

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Metoda Bambič

Naslov naloge: Biopsihosocialni model zdravja

Kraj: Ljubljana

Leto: 2008

Št. strani: 78

Št. slik: 0

Št. tabel: 14

Št. bibl. opomb: 0

Št. prilog: 3

Mentor: doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Deskriptorji: biopsihosocialni pristop, socialno delo v zdravstvu, interdisciplinarno sodelovanje

POVZETEK:

V nalogi zagovarjam biopsihosocialni model zdravja, torej pomen kompleksne interakcije bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov za človeka kot biopsihosocialne celote. Interdisciplinarno timsko delo izpostavim kot možnost učinkovite celostne obravnave pacienta in njegovih svojcev; kot obliko učinkovitega soustvarjanja želenih izidov vseh udeleženih v reševanju problemov zdravstvenega varstva. Posebno pozornost posvečam vlogi socialnega dela v zdravstvu in s tem pomenu socialnih dejavnikov in socialnega funkcioniranja za zdravje in bolezni. Empirična raziskava je kvalitativna in deskriptivna. Besedni opisi zaposlenih socialnih delavk v zdravstvu predstavljajo značilnosti timskega dela skozi doživljanje in razumevanje svoje vloge, vloge ostalih članov ter tima kot celote.

Title: Biopsychosocial model of health

Descriptors: biopsychosocial approach, medical social work, interdisciplinary collaboration

ABSTRACT:

In my thesis I advocate for biopsychosocial model of health, i.e. for the meaning of complex interaction of biological, psychological and social factors for a person as a biopsychosocial whole. I emphasize interdisciplinary team work as a possibility of effective integrated treatment of the patient and his relatives; as a form of effective co-creation for desired outcomes of all who participate in solving problems of the health care system. I devote a special attention to the role of social work in health care system and by this to the meaning of social factors and social functioning for health and illness. Empirical research is qualitative and descriptive. Word descriptions of employed social workers in health care system present the features of team work through experiencing and understanding of their own role as a social worker, the role of members and of the team as a whole.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA
BIOPSIHOSOCIALNI MODEL ZDRAVJA

Mentor: doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Metoda Bambič

LJUBLJANA 2008

PREDGOVOR

Človekova osebnost je celota vseh telesnih, duševnih in vedenjskih značilnosti posameznika. Človek je celota, ki je del večje celote – v vzajemnem součinkovanju s svojim mikro- in makrosvetom. Zdravje in bolezen sta zato večdimenzionalna koncepta, ki zahtevata celostno obravnavo.

Zdravljenje je eno najstarejših ljudskih del. Zgodovina medicine seže zelo daleč v preteklost in je prepletena s splošno kulturno in politično zgodovino, posebno pa s spremembami socialnih razmer in z razvojem naravoslovja (Kapš, 2000: 11).

Razpadanje tradicionalnih institucij v procesu modernizacije je Weber (1973) označil kot proces »odčaranja« tradicionalnega sveta: opuščanje religioznih, mitično-magičnih, organsko-celostnih, kvalitativnih pogledov na svet in na človeka ter njihova zamenjava z znanstvenimi, posvetnimi, instrumentalno-izračunljivimi pogledi na svet in na človeka (po Ule, 2003: 9). Moderna medicina se je vse bolj začela naslanjati na ugotovitve znanosti, na objektivno preverjene metode zdravljenja in raziskovalne dosežke, na medicinsko tehnologijo in pripomočke, ter se vedno bolj distancirati od bolnikov in dialoga z njimi. Za medicinsko ekspertizo je postajalo vedno manj pomembno to, kaj zdravniku pove bolnik o svojem počutju, občutkih, čustvih, in vedno bolj to, kar je o njegovem fizičnem stanju ugotovila medicina s pomočjo medicinskih preiskav in naprav (Ule, 2003: 23). Kot pravi Rakovec-Felser (1991: 9), je posameznik postajal vse bolj skupek celic in organov; v primeru, da je zbolel, je postajal vse bolj nosilec bolnega organa, ki se je spreminjal v objekt. Bolnik je tako postal »pacient«, ki je zavzel pasivno in nekritično vlogo v odnosu do bolezni in zdravljenja (Ule, 2003: 23).

Na bolezen usmerjen koncept medicine je zamajal šele Balint in njegovi nasledniki. Kot upor proti razčlovečenju vede, ki je bila in naj bi ostala najhumanejša med vsemi človekovimi dejavnostmi, kot upor, opozorilo, a tudi kot ponudba, je nastal t. i. psihosomatski pristop. Leta vidi posameznika kot biopsihosocialno celoto, pri čemer so njeni sestavni deli v stalni vzajemni in povratni zvezi. Vsaka sprememba v delovanju enega dela sproži premike v njenih drugih delih. Načela celovitosti ne upošteva le pri nastanku, izbruhu, poteku in izidu bolezni, ampak tudi pri oblikovanju ustreznih ukrepov zdravljenja in okrevanja. Osnovna pozornost ne velja bolezni, temveč bolniku. Njegove tegobe poskuša razumeti skozi posameznikovo

življenjsko zgodovino, torej ne le v prečnem, ampak tudi v podolžnem prerezu. Konkretno to pomeni, da tegobe razumemo celostno, če upoštevamo posameznikov dotedanji celostni razvoj oz. njegov pomen za sedanjo posameznikovo situacijo (po Rakovec-Felser, 1991: 10).

Kognitivni psihologi (transakcionalisti – konstruktivisti) so eksperimentalno dokazali, da človekova zaznava ni registracija »zunanje resničnosti«, ampak konstrukcija (interpretacija) »stabilne osebne resničnosti«, torej na (epistemoloških) predpostavkah utemeljen proces (Šugman Bohinc, 2005: 294).

Biopsihosocialni model zdravja kot razširitev biomedicinskega pristopa ponudi določene odgovore na potrebe zdravstvenega varstva v postmoderni družbi. Temelji na splošni teoriji sistemov in poudarja skupen pomen ter medsebojno vplivanje bioloških, psiholoških, kulturoloških in socialnih dejavnikov. S tem pa nakazuje potrebo po vključevanju znanja in spretnosti različnih profesij, po medpoklicnem sodelovanju, timskem delu, katerega aktivni član je tudi uporabnik – bolnik in njegovi bližnji.

V slovenskem zdravstvu se veliko govori o kakovosti in učinkovitosti delovanja sistema zdravstvenega varstva in o potrebnosti spreminjanja. Reforme zdravstvenega sistema so v vseh razvitih državah vedno del širšega programa reform javnega sektorja in temeljijo predvsem na političnih reformah, ki se najpogosteje kažejo kot tehnokratski in/ali ekonomski proces. Tako pripravljene reforme so deležne številnih kritik. Gregory (1999) poudarja, da med drugim ne vključujejo holističnega pristopa v obravnavi pacienta in strukturne človeške dinamike v zdravstvenih organizacijah, Blaauw in sodelavci (2003) pa navajajo, da je potrebno mehanistični in ekonomski perspektivi uvajanja sprememb v zdravstvu dodati še sociokulturno perspektivo, ki zajema posameznika z vsemi njegovimi sposobnostmi in lastnostmi, kjer so ljudje v nenehnem povezovanju, v odnosih, delajo v skupinah, imajo skupne norme, vrednote, zaupanje idr. (po Skela Savič, 2006: 172).

Za nadaljnji uspešni razvoj zdravstvenega sistema je torej pomembno, da se zdravstvo ne razume kot sistem izoliranih komponent, ampak kot odprt sistem, ki ga Cameron in Quinn (1999) opišeta kot timsko delo, povezovanje, inovativnost, odprtost in razvoj (po Skela Savič, 2006: 173).

V svoji diplomski nalogi zagovarjam biopsihosocialni model zdravja in pomen uvajanja značilnosti modela za izboljšanje razmer v zdravstvu. Model izpostavlja idejo o neločljivi

celovitosti človeškega bitja – pomen bioloških, psiholoških in socialnih razsežnosti, njihovo prepletenost in krožnost procesov. Celostno razumevanje človeka nakazuje potrebo po celostnem pristopu pomoči, ki pa je (potrjeno v mnogih raziskavah) najučinkovitejši v obliki timskega dela.

Raziskave medpoklicnega sodelovanja v slovenskem zdravstvu so vodile do ugotovitve, da trenutne razmere ne nudijo ugodne klime za razvoj interdisciplinarnega dela. Trenutna praksa, izobraževalni sistem, način plačevanja in regulativa ne podpirajo timskega dela (Robida, 2006: 27). Največkrat tečejo diskusije o sodelovanju in medsebojnih odnosih med najštevilnejšima in najpogostejše sodelujočima poklicnima skupinama v zdravstvu, to so medicinske sestre in zdravniki. Mene pa je zanimala tudi **vloga socialnega dela v zdravstvu**, ki je glede na število zaposlenih socialnih delavcev, delavk zelo »sekundarna«. Kljub temu (ali prav zaradi tega) želim z nalogo promovirati idejo interdisciplinarnega timskega dela v zdravstvu, vključujoč tudi socialno delo.

V empirični raziskavi sem izpostavila tri konkretne primere prakse timskega dela v zdravstvu in s tem tudi področja zdravstva, kjer je timsko delo pri nas najbolj razvito: področje psihiatrije, celostna rehabilitacija in paliativna oskrba. Moj namen je bil predvsem osvetliti pozitivne izkušnje medpoklicnega sodelovanja in s tem izpostaviti timsko delo kot možen način oz. prispevek k izboljšanju delovanja sistema zdravstvenega varstva. Posebno pozornost pa posvečam vlogi socialnega dela v zdravstvu in s tem pomenu socialnih dejavnikov in socialnega funkcioniranja. Vsem sodelujočim socialnim delavkam se iskreno zahvaljujem.

Zahvaljujem se mojim bližnjim in vsem pomembnim osebam v mojem dosedanjem življenju – za vse bogateče interakcije, ki so se tako ali drugače vlagale v moj sedanji osebni konstrukt.

Prof. Lea Šugman Bohinc, hvala za mentorstvo moje diplomske naloge – za razširitev mojih lastnih meja zaznavanja.

KAZALO

PREDGOVOR	2
1. TEORETIČNI UVOD	7
1.1 ZDRAVJE IN BOLEZEN	7
1.1.1 Objektivistična in kibernetična epistemologija zdravja	10
1.1.2 BIOMEDICINSKI IN BIOPSIHOSOCIALNI MODEL ZDRAVJA	12
1.1.2.1. Bolečina in različni pristopi pomoči	14
1.1.3 ČLOVEK KOT BIOPSIHOSOCIALNA CELOTA	15
1.1.3.1 Bolezenska situacija kot stresni (krizni) dogodek	16
1.1.3.2 Celostni pogled na človeka	17
1.2 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST KOT SISTEM	18
1.2.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje	22
1.2.1.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v Sloveniji	23
1.3 SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU	25
1.3.1 Zgodovina socialnega dela v zdravstvu v ZDA	27
1.4. MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU	29
1.4.1 TIMSKO DELO	32
1.4.1.1 Tim in skupina	33
1.4.1.2 Vrste timov	35
1.4.1.3 Odnosi v timu	36
1.4.1.4 Vrednote in etika v timu	37
1.4.1.5 Komunikacija v timu	38
1.4.1.5.1 Enosmerna in dvosmerna verbalna komunikacija	38
1.4.1.5.2 Komunikacija kot zdravljenje	40
1.4.2 SPECIFIČNOST VLOGE SOCIALNEGA DELA	41
1.4.3 MEDPOKLICNO IZOBRAŽEVANJE	43
1.4.3.1 Medpoklicno izobraževanje v Sloveniji	44
1.4.3.2 Medpoklicno izobraževanje v Veliki Britaniji	45
1.4.3.2.1 Medpoklicno izobraževanje na Fakulteti za zdravstveno in socialno varstvo, Univerza zahodne Anglije, Bristol, Velika Britanija	47
2. PROBLEM	49
3. METODOLOGIJA	50
3.1 Vrsta raziskave	50
3.2 Merski instrument	50
3.3 Populacija	51
3.4 Zbiranje podatkov	51
3.5 Obdelava in analiza podatkov	51
4. REZULTATI IN RAZPRAVA	53
4.1 Oblikovanje prvih domen	53
4.2 Značilnosti timskega dela izbranih primerov	54
4.2.1 Vloga socialnega dela	57
4.2.2 Strokovni tim	60
4.2.3 Tim kot celota	60
4.2.4 Interakcijske značilnosti tima	62
4.2.5 Zunanje okolje	65
4.2.6 Timsko delo – izraz biopsihosocialnega modela zdravja	66
4.3. Povzetek ugotovitev raziskave	67
5. SKLEPI	70
6. PREDLOGI	71
7. LITERATURA	72
8. POVZETEK	77

KAZALO PRILOG IN TABEL

9. DODATEK	- 1 -
Intervju 1	- 1 -
Intervju 2	- 3 -
Intervju 3	- 7 -
Tabela 3.5.1.....	- 12 -
Tabela 3.5.2.....	- 13 -
Tabela 3.5.3.....	- 15 -
Tabela 3.5.4.....	- 17 -
Tabela 3.5.5.....	- 18 -
Tabela 3.5.6.....	- 21 -
Tabela 3.5.7.....	- 24 -
Tabela 3.5.8.....	- 28 -
Tabela 3.5.9.....	- 29 -
Tabela 3.5.10.....	- 32 -
Tabela 3.5.11.....	- 35 -
Tabela 3.5.12.....	- 39 -
Tabela 3.5.13.....	- 41 -
Tabela 3.5.14.....	54

1. TEORETIČNI UVOD

1.1 ZDRAVJE IN BOLEZEN

Zdravje je večdimenzionalni koncept: ni stanje, ampak proces. Zdravje in z njim bolezen sta vprašanje stopnje in mesta, ki ga nekdo zaseda na tem kontinuumu (Letica, 1989; po Kvas, 2004: 15). Bolezen za posameznika pridobi pomen osebne resničnosti v prepletanju pomembnih življenjskih dejavnikov ter osebne občutljivosti in ranljivosti. Paradoksalno pri bolezni je, da je istočasno najbolj individualna in najbolj socialna stvar (Auge, 1995; po Ule, 2003: 53).

Glede zdravja in bolezni so se oblikovala različna teoretična gledišča, razumevanja, interpretacije.

V zahodnih družbah je bil preteklo stoletje **medicinski model** najpomembnejši model zdravja in bolezni. Osredotoča se na vzorce organske patologije, kar poimenuje obolenje, zdravje pa je razumljeno kot odsotnost obolenja (Payne in Walker, 2002: 22). Način razmišljanja ljudi v zahodnih družbah o svojih telesih, zdravju in boleznih je močno odvisen od diskurzov in praks znanstvene medicine (Ule, 2003: 40).

Antropologi menijo, da se medicinski sistemi razvijajo iz prepričanj, ki veljajo v določeni družbi in so zato lahko razumljeni le znotraj konteksta teh sistemov in prepričanj. Kleinman (1980) trdi, da kulture opremijo ljudi z načini razmišljanja o simptomih. To jim omogoči določiti, katere probleme naj definirajo kot bolezen in kaj naj storijo glede tega. Ljudje torej manifestirajo nezadovoljstvo v sprejemljivih kulturnih vzorcih obnašanja (po Payne in Walker, 2002: 23). Temeljna predpostavka **antropologije zdravja** je, da sta zdravje in bolezen kulturna konstrukta, njuni manifestaciji pa del kulturnih vzorcev neke določene družbe (Zaviršek, 1994: 39).

Laična interpretacija simptoma izvira iz notranjih občutij, informacij iz družbenega okolja in iz informacij, ki smo jih dobili s svojimi izkušnjami. Najprej se moraš zavedati fizioloških sprememb, kot je npr. razbijajoč občutek v glavi: ta mora doseči določeno kritično mejo in nekaj časa trajati, preden se ga začneš zavedati. Nato simptom označimo, ga potrdimo in začnemo iskati vzroke zanj. Preden ljudje pridejo v bolnišnico ali celo do zdravnika, gredo skozi dolg proces razmišljanja, ko poskušajo razumeti svoje simptome, lahko pa jih tudi

ignorirajo (Payne in Walker, 2002: 28). V vsakdanjem življenju pogosto spajamo predstave o normah in predstave o normalnem. To je sestavni del običajne morale. Predstave o zdravju in bolezni se zato pogosto opirajo na običajno moralo, kjer je vsako odstopanje od normalnosti označeno kot deviacija, ki ogroža normalni, to je zaželeni tok stvari (Ule, 2003: 26).

K **sociološkemu** razumevanju vloge medicine in bolezni v sodobni družbi je veliko prispeval Parsons. Vztrajal je pri tem, da je bolezen družbeni fenomen, na zdravje pa je gledal kot na pomembno družbeno dobrino, ki je bistvena podlaga za dosežke posameznika in za nemoteno delovanje družbe. Bolezen je konceptualiziral kot obliko deviantnosti oz. kot vlogo, v kateri posameznik lahko »pobegne« pred družbenimi obveznostmi. Skoznjo posameznik vstopi v vlogo bolnika, kar mu omogoča tudi določene ugodne socialne učinke. V nasprotju z drugimi oblikami odklonskosti (npr. kriminala) ne velja za krivega, če sprejme določena pravila vedenja (po Kvas, Seljak, 2004: 21).

Parsons je postavil medicino kot poglavitno institucijo nadzora deviantnosti v sodobni družbi. Posameznik, ki vstopa v bolezen, se s tem izogne običajnim odgovornostim, a obenem ima v vlogi pacienta določene dolžnosti, zlasti da želi ozdraveti in zato poišče strokovno pomoč. Zdravnik pa je tista družbena instanca, ki sankcionira vstop in izstop iz bolniške vloge. Parsons pravi, da zdravniki določajo, kdo ima pravico do vloge pacienta in kdo ne, koga zdraviti in koga ne, kar jim daje posebno vlogo v družbi, saj imajo pomemben nadzor nad usodo posameznika in tudi nad dodeljevanjem družbenih sredstev (po Kvas, Seljak, 2004: 21).

Faucault navaja, da socialna mreža zdravnikov izvira iz dejstva, da lahko definirajo resničnost. Po njegovem so zdravniki in policija nadomestili duhovnike kot varuhe družbene resničnosti. 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; po Kvas, Seljak, 2004: 25).

Bolezen vedno terja interpretacijo, ki presega individualno telo in specifično etiologijo. Ko govorimo o bolezni, posredno govorimo o družbi in naših odnosih z njo. Tako dobi bolezen nek pomen, ki presega njen ozki medicinski obseg. Postane označevalec, ki označuje odnos posameznika do družbenega reda (Ule, 2003: 68).

Psihološki modeli skušajo napovedati, kako se ljudje odločajo glede svojega življenjskega sloga in kako spreminjajo svoja vedenja, ki vplivajo na zdravje. Lau in Hartman (1983) menita, da vzroke za to, da zbolimo in ozdravimo, lahko ugotavljamo glede na tri dimenzije: stabilnost, lokus in možnost kontrole. Stabilnost se nanaša na relativno konsistentnost simptomov skozi čas. Lokus se nanaša na atribucije glede zaznanega izvora težav: ali gre za pripisovanje vzrokov notranjim (bolezen je moja krivda) ali zunanjim (vzrok za bolezen so drugi ljudje ali situacija) dejavnikom. Možnost kontrole pa se nanaša na posameznikovo zaznavanje zmožnosti kontrole nad obolenjem ali nad vzroki (po Payne in Walker, 2002: 30).

Pomen **socialnih dejavnikov** za zdravje prebivalstva potrjujejo številne analize. Večina sodobnih definicij socialnega dela poudarja, da je temeljni namen socialnega dela pospeševati socialno funkcioniranje. Le-to lahko opišemo s pomočjo trikotnika, ki ga sestavljajo naslednje stranice:

- posameznikovo doživljanje lastne vrednosti,
- njegovo zadovoljstvo z življenjskimi vlogami,
- pozitivni odnosi z drugimi ljudmi.

Če katerakoli stranica tega trikotnika popusti, je socialno funkcioniranje posameznika načeto ali porušeno (Rapoša, 1997: 16). S tem pa je porušeno tudi njegovo zdravje.

Sodobni **sistemiški modeli zdravja in bolezni** temeljijo na teoriji samoorganizirajočih procesov, ki vodijo od patogeneze k večjemu interesu za salutogenezo in salutodinamiko, posebno ker je raznolikost funkcionalnih vzorcev zdravja precej večja od raznolikosti vzorcev bolezni. **Model patogeneze** temelji na predstavi o homeostazi, torej da je za človeka normalno, optimalno stanje, da živi v stanju notranje in zunanje stabilnosti. Če se znajde v življenjskih krizah (npr. hudo zboli), naj bi prišlo do motnje stabilnosti. Gledano s te perspektive je potrebno le odstraniti motnje in znova vzpostaviti ravnotežje – zdravje. Po drugi strani pa je znano, da se tudi stabilnost lahko kaže kot bolezen. **Model salutogeneze** pa temelji na predstavi o heterostazi, da je človek nenehno v pomanjkljivi stabilnosti. Zdravja ne moremo razumeti niti kot normalno niti kot homeostatsko oz. ravnotežno stanje, ampak kot heterostatski, fleksibilni proces stalnega prilagajanja, kot proces proizvodnje in spreminjanja stanj reda (Schiepek, 1999; po Možina, 2005: 12).

Koncept salutogeneze (Antonovsky, 1987) poudarja, kako pomembno je stalno delo na lastnem življenjskem načrtu, tako da ohranjamo **občutek koherence**, ki ima tri dimenzije (razumljivost, obvladljivost in smiselnost lastnega življenja) in je pomemben vir za psihično in fizično zdravje. Poleg občutka koherence kot oblike interpretacije sebe in sveta pa so pomembni še drugi viri, predvsem socialni pogoji za razvoj tega občutka ter doživetja koherence v posameznikovem življenjskem stilu in uresničenem življenjskem načrtu. Zdravje ni kapital, ki bi ga trošili, ampak ga najdemo samo tam, kjer se vsak trenutek poraja. Če se ne poraja, je človek že bolan (po Možina, 2005: 16, 21).

1.1.1 Objektivistična in kibernetska epistemologija zdravja

Poglavje 1.1.1 v celoti povzemam po Jeriček, 2005.

Objektivistična epistemologija se ukvarja predvsem s tem, KAJ lahko spoznamo. Predpostavljamo, da tam zunaj obstaja resničnost, ki je neodvisna od spoznanja in ji naše spoznanje bolj ali manj korespondira, oziroma da je spoznavanje le preslikovanje tistega, kar je zunaj v zavest, ki je znotraj (Kordeš, 2005). **Kibernetsko** epistemologijo pa zanimajo spoznavne navade, vprašanja o tem, KAKO nastaja znanje. Ne gre torej za spraševanje o tem, kakšen je svet v resnici, ampak za lastnosti samega spoznavnega procesa. Kibernetsko epistemologijo zanima spoznavanje spoznavanja in njeno osnovno spoznanje je, da lahko spoznavanje utemeljimo le s spoznavanjem.

Iz **kibernetske epistemologije** se je razvil pogled na svet, v skladu s katerim se vidimo kot del sveta in ga imenujemo **stališče udeležnosti**. V skladu z njim svet ne obstaja tam zunaj, ločeno od nas, ampak ga nenehno soustvarjamo ali porajamo. O obstoju zunanje resničnosti ne moremo ničesar reči – niti je ne zanikati niti je ne priznati, kar pa ne pomeni, da objektivne resničnosti ni – le dokazati je ne moremo. Ta pogled objektivno in subjektivno razume kot komplementaren par, ki je medsebojno odvisen in se določa. Objektivno in subjektivno sta dva različna pogleda na isti proces, ki nima začetka in konca, ampak je vijačno raztegnjen v neskončnost. Ne glede na kateri točki začnemo razlago enega ali drugega, vedno nazaj zrcali to, da ga opisujemo, in ne glede na to, s katerim začnemo, vedno pridemo do drugega. Objektivnost ni utemeljena na nečem zunanjem, ampak na naučenih spoznavnih navadah.

Tako razumljen pojem objektivnosti ne govori o zunanjem svetu, ki je ločen od nas (čeprav ga lahko tako opisujemo), ampak o porajajočem se svetu, ki ima svojo trdnost v skupnem dogovoru in stalnem usklajevanju. Gre za krožno prehajanje med subjektivnostjo in objektivnostjo, ki je razprta v čas. Ta pogled preseže dualizem med subjektivnim in objektivnim s tem, da ju vzame kot krožno povezan par.

Pogled na zdravje, ki je utemeljen v **objektivistični epistemologiji**, nam omogoča analitičen pogled, daje možnost za napovedovanje in omogoča opredelitev indikatorjev ter determinant zdravja. Zdravnik ne vpliva na zdravje bolnika, ampak ga samo objektivno ovrednoti, analizira, preišče in skuša najti določene znake, ki so del vnaprej izdelanega splošnega sistema simptomov in naj bi bili značilni za določeno bolezen. S postavljeno diagnozo pacienta uvrsti v kategorijo določenih bolnikov, mu v skladu s tem predpiše zdravila in predpostavlja, da bo enako delovalo pri vseh bolnikih z isto diagnozo. Gre torej za koncept linearne zveze med zdravjem in boleznijo. Takšen odnos je lahko tudi učinkovit, saj določen del medicine deluje in je uspešen, čeprav temelji na objektivistični epistemologiji in ljudi obravnava kot predvidljive sisteme. Toda praksa dela z ljudmi dostikrat kaže, da je človekovo stanje kompleksno in da je delo z ljudmi nepredvidljivo in zato negotovo.

Stališče udeležенosti prinaša drugačno možnost gledanja na zdravnika, proces zdravljenja in bolnika. Gre torej za krožnost odnosa med zdravnikom in bolnikom. Krožno je razumljeno tudi zdravje oz. bolezen, saj le-ta ne obstaja, dokler je ne konstruiramo znotraj logike naše teorije, ko dobi tudi svoje abstraktno ime in s tem postane kategorizirana. Bolnik in zdravnik sta udeležena tako pri definiranju bolezni oz. zdravja kot tudi pri opredelitvi zdravljenja.

Z vidika stališča udeležенosti zdravnik najprej preveri lastne predpostavke delovanja in nato še bolnikove. Upošteva vse vpletene dejavnike, prisluhne zgodbi klienta ter ga poskuša gledati celostno, brez vnaprej pripravljenih kategorij in oznak. **Bolnikovo stanje ni nekaj rigidnega in trajajočega, ampak je zelo kompleksen proces, ki je neulovljiv in stalno spreminjajoč.** Zato ga težko enoznačno ujamemo v vnaprej definiran nabor simptomov in bolezni. V ozadju udeležенega pristopa je pogled, ki gleda na ljudi kot na nenapovedljiva in nepredvidljiva bitja, pogojena z zgodovino preteklih interakcij, na bitja, ki imajo svojo enkratno zgodbo in ki jih nikakor ne moremo povsem razčleniti in razumeti; torej kot na netrivialne sisteme. Z vidika stališča udeležенosti zdravniki niso vsevedni neodvisni

raziskovalci, ki posedujejo resnico o bolnikih, boleznih in zdravju, ampak sodelavci pri iskanju rešitev za posameznikov enkratni problem. Sodelovalen odnos pa pomeni tudi soodgovoren odnos; vsak je odgovoren zase, za svojo vlogo, ki je ne more prelagati na drugega.

Upoštevanje stališča udeležnosti pri ukvarjanju z zdravjem pomeni, da se tudi v primeru raziskovanja značilnosti zdravja zavedamo svojega vpliva in omejene veljavnosti svojih ugotovitev. To pomeni, da nikoli ne pridemo do končne resnice, modela ali ugotovitev, ampak le do začasnih oz. približkov. Vsako nadaljnje raziskovanje ali ukvarjanje z zdravjem vključuje in temelji na prejšnjih modelih. Ta proces bi lahko ponazorili z vijačnico, raztegnjeno v neskončnost. Raziskovalec se zadovolji z začasnimi modeli, ki imajo zanj v določenem trenutku veljavo trdnega sistema, ki pa lahko v naslednjem trenutku postane neuporaben in ga bo zato zamenjal z novim. To pomeni, da se odpovemo iskanju splošnega, za vse čase veljavnega sistema determinant ali indikatorjev zdravja in načinov njihovega merjenja.

1.1.2 BIOMEDICINSKI IN BIOPSIHOSOCIALNI MODEL ZDRAVJA

V zgodovini sta se razvila dva temeljna modela pojmovanja zdravja in bolezni: biomedicinski in biopsihosocialni. V nadaljevanju predstavljam bistvene značilnosti modelov (poglavje 1.1.2 v celoti povzemam po Kvas, Seljak, 2004).

Biomedicinski model zdravja je redukcionističen, kar pomeni, da bolezenski pojav zožuje na raven celice oz. kemijskega dogajanja. Predpostavlja, da so vse človeške motnje povezane s specifičnimi biokemijskimi vzroki v organizmu. Bolezen obravnava kot posledico določene motnje v delovanju človeškega telesa, ki je razumljeno kot **biokemijski stroj**. Ta model ima vse alternativne poglede za neveljavne in strogo loči telo od duha. Izključuje vse druge vplive, tudi socialne, psihološke in vedenjske razsežnosti človekovega telesnega blagostanja in dobrega počutja. Ker v njegovem kontekstu niso smiselni, jih zanemarja ali zavestno pušča ob strani. To je model linearnega, vzročno-posledičnega gledanja na bolezen. Za njen nastanek naj bi bili pomembni le biološki dejavniki, telo in psiha sta dve ločeni entiteti, brez vzajemnih povezav in vplivov. Biomedicinski model je predvsem model bolezni ne pa zdravja, kar pomeni, da je v celoti usmerjen v razlage nastajanja bolezni, okoliščine, ki ohranjajo in

krepijo zdravje, pa ga ne zanimajo. Vloga pacienta je le v tem, da daje informacije o stanju svojega telesa. Model je pretirano specializiran in zanemarja preventivne dejavnosti.

Biopsihosocialni model zdravja temelji na splošni teoriji sistemov in ni zanikanje, temveč razširitev prejšnjega, biomedicinskega modela. Poudarja skupen pomen in medsebojno vplivanje **bioloških, psiholoških, kulturoloških in socialnih dejavnikov**. Rakovec Felser (2002) opredeli zdravstveno stanje kot rezultat interakcij makronivojskih (socialni suport, depresije) in mikronivojskih (okvare v celicah, kemijsko neravnotežje) procesov. Povedano drugače, zdravje in bolezen sta multifaktorsko pogojeni stanji in imata vsako zase številne in različne učinke na človeka. Telesnih in psihičnih pojavov ni mogoče obravnavati ločeno, saj vzajemno vplivajo na posameznikovo zdravstveno stanje. Po tem modelu bolezen ne more imeti preprostega vzročnega okvira in ne more biti razumljena zunaj zgodovinskega, socialnega in kulturnega konteksta bolnega človeka. Širši model zdravja zagovarja tudi **holistična filozofija**, ki pravi, da je zdravje izraz telesnega, čustvenega, intelektualnega, socialnega in spiritualnega dobrega počutja posameznika. Vsak posameznik pa je edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij, ki so v nenehni interakciji.

V klinični praksi naj bi vedno pogosteje uporabljali biopsihosocialni model zdravja, ki zahteva **interdisciplinarni pristop k pacientu**, torej sodelovanje različnih strokovnjakov. Ta model poudarja pomen obeh, zdravja in bolezni in ne zgolj bolezni, zdravje pa dobiva poseben pomen. Zdravje ni več nekaj samo po sebi danega, temveč je dinamičen proces, ki je močno odvisen od izpolnjenosti posameznikovih bioloških, socialnih in psiholoških potreb, za kar se lahko vsakdo aktivno zavzame, zlasti če se nauči prisluhniti sebi.

Biopsihosocialni model eksplicitno poudarja **odnosno raven**, relacijo med pacientom in zdravstvenimi delavci, kot tudi pomen kvalitetnega odnosa znotraj delovnega tima. Če je odnos dober, zdravljenje poteka hitreje in učinkoviteje, krepi pa tudi pacientovo zaupanje v osebje in ustanovo, v kateri se zdravi. Že pri odločitvi za obisk zdravnika se poleg medicinskih zrcalijo tudi vsi psihološki, socialni, sociološko-družbeni in kulturološko-antropološki vplivi, ki močno učinkujejo na celoten postopek zdravljenja in ohranjanja zdravja. Dodaten vpliv, ki prav tako lahko oteži ali lajša odločitev za obisk zdravnika, je povezan z vrsto odnosov med poklici v zdravstvenem varstvu oz. z ustrezno delitvijo vlog, ki pa je spet močno odvisna od modela zdravja, ki je v določenih okoljih prevladujoč. V okviru

biomedicinskega modela, kjer se preučevanje bolezni omeji na kemijsko dogajanje v telesu, ima absolutno oblast samo tisti, ki to dogajanje pozna – zdravnik. Veliko ljudi se zaradi zdravnikove dominantne vloge ne more odkrito pogovarjati o svojih težavah, kar še dodatno zaplete proces zdravljenja. V okviru biopsihosocialnega modela, ki vključuje mnogo širšo paleto različnih dejavnikov, ki jih ne more obvladati samo ena poklicna skupina, pa je veliko prostora še za druge poklicne skupine v zdravstvu. Poudarja pomen kakovostnega **komunikacijskega odnosa**, saj je pogovor del procesa zdravljenja.

1.1.2.1. Bolečina in različni pristopi pomoči

Bolečina je neprijetna senzorična in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva ali opisana z značilnostmi takšne okvare (Pražnikar, 2006: 18).

Biomedicinski pristop je lahko učinkovit za primere akutne bolečine, pri bolnikih s kronično bolečino pa ne zagotavlja dobrega izida. Za terapevtsko vodenje bolnika s kronično bolečino je pomemben pristop, ki upošteva **biopsihosocialno kompleksnost bolečine**, ki je zgolj ena stroka sama po sebi ne zmore obvladovati. Za razvoj biopsihosocialnega pristopa obravnave in ocenjevanja bolnika s kronično bolečino sta pomembni dve sodobni teoretični spoznanji (Fatur Videtič, 2006: 68):

- model »teorije vrat«, s katerim sta Ronald Melzack in Patrick Wall izpostavila, da razumevanje bolečine upošteva:
 - nekonsistentnost v povezavi bolečine s stopnjo okvare tkiva,
 - da nezavedni dražljaji lahko povzročijo bolečino, mehanizem nastanka odražene bolečine in vztrajanje bolečine po zaključenem zdravljenju okvare tkiva,
 - mehanizem spreminjanja bolečine glede na lokalizacijo in trajanje.
- dejstvo, da biomedicinski model razumevanja bolezni ne razloži njene psihološke, socialne in vedenjske razsežnosti. Engel jih je zato združil v biopsihosocialni model razumevanja poteka in zdravljenja bolezni, v katerem je postal pomemben tudi bolnik kot posameznik (po Fatur Videtič, 2006: 68).

Cop (1974) navaja, da trpljenje izhaja iz bolečine same, pa tudi iz strahu pred bolečino in iz izkušenj bolečine; zaradi izgube obstoja brez bolečine, iz strahu pred »ostati sam« in iz strahu pred nejasno prihodnostjo (po Öhman, 2006: 118). Bolečina je tisto, kar nekdo čuti kot bolečino in obstaja, kadar koli nekdo reče, da obstaja (Payne in Walker, 2002: 171).

1.1.3 ČLOVEK KOT BIOPSIHOSOCIALNA CELOTA

Zaradi velike teže, ki jo imajo naravoslovni zakoni v medicini, zaradi potrebe po znanstveni objektivnosti sodobna medicina tako težko prizna, da obstajajo pri zdravju in bolezni določene duševne dimenzije, ki se odtegujejo medicinsko-tehnični diagnostiki (Ule 2006: 111).

Kakor da bi nas ne prevevala in vznemirjala čustva, kot bi ne poznali strahu in tesnobe, jeze in besa, nezadovoljstva, potrnosti in obupa. Kot bi se silna energija, ki jo sprožajo emocije, ne kazala v telesnih procesih ... Ali nas od dolgo potlačene jeze in nezadovoljstva ne prične boleti glava? Ali nas od preživete tesnobe ne stiska v prsih ali v grlu? In nasprotno. Ali ni normalno, da smo vznemirjeni, če se glavobol prične oglašati pogosteje, če so bolečine in počutje vse nadležnejši? (Rakovec-Felser, 1991: 9).

Še več, prepričanja o zdravju in bolezni so del širšega razumevanja sveta, v katerem živimo, in našega mesta v njem. So del znanja o boleznih in telesnih znakih ter socialni vlogi bolnika, kar vse dolgujemo kulturnemu kontekstu (Ule, 2003: 53).

Moderna medicina je dolgo časa dajala vtis, da ji gre le za bolezen, tj. bolno telo, ne pa za bolnika, tj. bolnega človeka. Zdelo se je, da lahko bolezen kot fiziološki in biološki proces abstrahiramo od bolnika. Do tega je prišlo zaradi prevlade biomedicinskega modela bolezni in zdravljenja, ki temelji na naravoslovni znanstveni paradigmi, kjer lahko dozdevno abstrahiramo objekt preučevanja od človeškega subjekta in njegovega doživljanja (Ule, 2003: 54). Proti temu dualizmu subjekta in objekta pa danes govorijo med drugim tudi najnovejša spoznanja naravoslovja, npr. opažanja moderne fizike o izginjanju meja med objektivnim svetom in subjektivno zavestjo o svetu. Podobno lahko rečemo: kar znanstvena medicina opazuje, ni bolezen po sebi, ampak stanje, ki ga izpostavijo medicinska vprašanja. Takšna stališča spreminjajo vladajočo znanstveno paradigmo (Ule, 2003: 112). Tudi biopsihosocialni model zdravja se je oblikoval kot potreba po razširitvi biomedicinskega koncepta zdravja in bolezni – kot potreba po celostnem dojemanju človeka.

V okviru biopsihosocialnega modela zdravja razlagajo, da **kompleksna interakcija** posameznikove **biološke osnove, psihološkega stanja in socialnega okolja** določa, ali bo posameznik zbolel ali ne (Payne in Walker, 2002: 106). Upoštevanje soodvisnosti vseh treh komponent posameznika je torej nujno tudi v procesu okrevanja.

Človek je urejen krožni sistem, vendar tako kompliciran, da za velikokrat presega vsak umetni stroj. Pri tem je mišljena možnost za obnovo samega sebe in reorganizacijo (Mayer, Kautzky, 1995: 17).

Vsaka bolezen oz. poškodba je obremenilen dogodek v človekovem življenju, ki zahteva od posameznika obvladovanje. Obvladovanje pomeni reakcije posameznika na življenjske obremenitve, ki služijo temu, da prepreči fizično in emocionalno bolečino, se ji izogne ali jo začne kontrolirati. Bolnik potrebuje dober odnos z zdravstvenim osebjem, da obvlada emocionalno bolečino, strahove in negotovost, ki so povezane z boleznijo (Ule, 2003: 98), kajti človek v bolezni je ranljivo bitje (Öhman in sod., 2006: 115).

1.1.3.1 Bolezenska situacija kot stresni (krizni) dogodek

Stres je situacija alarma. Je stanje posameznikove psihične in fizične pripravljenosti, da se z obremenitvijo sooči, se ji prilagodi in jo obvlada. Pri tem so obremenitve lahko zunanje ali notranje izvora. Lahko so fizične, kemične, biološke, socialne oz. psihološke narave. Učinek stresogenih dejavnikov občuti vsak po svoje. Kako se bo posameznik nanje odzval, je odvisno od njegove psihofizične konstitucije, življenjske zgodovine, pa tudi od trenutnega spleta okoliščin oz. konteksta. To pomeni, da stresogeni dejavnik dobi svoj pravi pomen, ko se njegove objektivne lastnosti povežejo s subjektivnim pomenom (Rakovec-Felser, 2003).

Zaznane obremenitve oz. grožnjo posameznik oceni in presodi svoje zmožnosti spoprijemanja z nastalo situacijo. Pri oceni imajo pomembno vlogo številni dejavniki okolja (socialna opora, oprijemljivi viri, drugi stresorji) in posameznikova osebna občutljivost oz. odpornost (trenutno psihofizično stanje, osebnostna trdnost, način spoprijemanja, samospoštovanje), izidi ocenjevanja pa so strategije spoprijemanja z obremenitvijo. Uspešno spoprijemanje s stresom ponavadi imenujemo prilagoditev ali adaptacija, neuspešno pa maladaptacija. Psihološke posledice negativnih rezultatov vključujejo anksioznost in depresijo. Zaznana negotovost in nepredvidljivost se povezujeta z anksioznostjo, zaznana nezmožnost kontrole (brezup) pa z depresijo (Payne in Walker, 2002: 113).

Zaznave pa so vedno zgrajene na osebnih izkušnjah, zato bodo pri različnih ljudeh različne. Ali bo kriza nastopila ali ne seveda ni odvisno toliko od težavnosti situacije same, temveč mnogo bolj od pomena, ki ga ima za posameznika. Obremenilna situacija ima sprožilni pomen šele, če je nanjo določena oseba posebej občutljiva, in sicer zaradi vsega, kar je doživela dotlej. Kar je posameznika kdaj v življenju posebno zbolelo, ostane kot njegova večno slabo zaraščena rana. Vsaka nova, podobna situacija prebudi spomin na staro travmo, z njo pa zažive vsa davna, dolgo potlačena čustva. Psihična dimenzija pa je močno povezana s socialno. Battegay pravi, da so posameznikove bojazni vedno vezane na posameznikovo socialno okolje, saj je smisel človekovega bivanja uresničen šele v povezanosti z drugimi ljudmi (po Rakovec-Felser, 2003: 33).

Posameznik se torej na zaznano nevarnost odziva kot povezana, soodvisno delujoča celota. Zaznava sproži določene nevrofiziološke, a tudi nevrokemične premike. To oblikuje značilne premike v mentalnem odzivanju in reagiranju, oblikuje določene telesne odmeve na dogajanje ter vodi k ustreznim motoričnim ukrepom. Vse to pa zopet vpliva nazaj na zaznavo samega sebe in situacije, v kateri se je posameznik znašel (Rakovec-Felser, 2003: 31).

1.1.3.2 Celostni pogled na človeka

Ali so zdravniki dolžni upravljati tudi z bolnikovimi psihološkimi in socialnimi problemi? Psihološki oz. socialni problemi so lahko vzrok ali rezultat doživljanja bolezni. Psihološke in socialne posledice doživljanja bolezni lahko izzovejo nova bolezenska stanja, zato jih zdravnik ne more ignorirati in zaobiti. Tudi ne upravlja dobro z njimi, če jih obravnava strogo medicinsko (farmakološko). Ne moremo pa seveda pričakovati, da bi zdravniki specialisti v svoji stroki obvladovali še svetovalno, socialno in psihološko stroko. Lahko pa sodelujejo z ostalimi strokami (Ule, 2003: 177).

Bolezen je del življenja in ima zato vedno mesto v opisu poteka življenja. To pomeni, da na izkušnjo bolezni vplivajo izkušnje predhodnega življenja in zaznave, katera upanja in sanje so bile zaradi bolezni prekinjene ali spremenjene (Bleeker, Mulderij, 1992; po Öhman in sod. 2006: 114). Za zaposlene v zdravstvu so torej potrebni znanje in sposobnosti za

prepoznavanje, razumevanje in učinkovito odzivanje na bolnika kot individualno bitje (Šmitek, 2006: 130).

Videti vsakega klienta kot nov, netrivialen primer, upoštevati medsebojno sovplivanje v procesu zdravljenja in poznati »prtljago«, ki jo prinaša (zmožnost, volja, izkušnje, navade, pričakovanja), so znamenja netrivialnega pristopa – edinega res uspešnega načina obravnavanja živih sistemov (Kordeš, 2004: 137).

V okviru biomedicinskega koncepta zdravljenja je bolezen vedno zlo, motnja, ki jo je mogoče v najboljšem primeru premagati s popolnim ozdravljenjem. S celostno obravnavo človeka pa tudi bolezen dobi drug pomen, s svojim kontekstom in skozi osebni konstrukt posameznika. Kajti če svoje življenje priznamo za tako, ki se ga da s smislom napolniti, potem mora to veljati tudi za bolezen.

Eden izmed načinov, da pridemo do **osmislitve bolezni**, je nekaj, čemur pravimo narativna rekonstrukcija življenja, preusmeritev lastne življenjske zgodbe. Vloga naracije je rekonstrukcija življenjskega poteka in umestitev bolezni v normalen življenjski potek, da se s tem ohranja osebna in socialna kompetentnost posameznika. Tu ne gre samo za funkcionalno prilagoditev bolnega telesa na zahteve zdrave družbe in tudi ne samo za pripovedovanje zgodbe o razvoju bolezni, ampak za socialno integracijo posameznika v družbi z vsemi izkušnjami in povratnimi informacijami, ki jih tak posameznik prinese v »družbo zdravih« (Ule, 2003: 89).

In končno, ko lahko težave, ki smo jih izkusili, uporabimo pri pomoči drugim, ko se kdo drug iz našega trpljenja nauči boljše poti skozi trpljenje, vse naše trpljenje in boji izpuhtijo ter dobijo namen in dostojanstvo, ki sta celo onkraj nas samih (Norwood, 1994: 20).

1.2 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST KOT SISTEM

S pojmom zdravstvena dejavnost zajemamo vse aktivnosti, službe, postopke, procese, organizacijske subjekte, povezave in soodvisnosti dejavnikov, razmeščene po vsem območju Republike Slovenije, ki so potrebni za učinkovito opravljanje nalog celotnega sistema zdravstvene dejavnosti in družbenega sistema nasploh. Pretežni del vsebine dela tega sistema temelji na medicinski znanosti, teoriji in praksi. Vendar sistem, temelječ samo na medicinski znanosti, ni usposobljen za delovanje niti znotraj sistema samega (brez drugih spremljajočih

dejavnosti oz. znanosti) in še toliko manj v povezavi z okoljem, v katerem deluje (Brus, 1994: 3).

Zdravje je univerzalna vrednota in človekova pravica. Zdravstveno varstvo so zato vse dejavnosti, s katerimi se ščiti in ohranja zdravje posameznikov v družbi. Elementi zdravstvenega varstva (Keber, 2003: 18) so:

- uporabniki zdravstvenega varstva (zavarovanci in samoplačniki),
- dobrine zdravstvenega varstva (storitve in izdelki),
- organizacije zdravstvenega varstva (izvajalci zdravstvenega varstva in organizacije zdravstvenega zavarovanja),
- država (z neposrednim posegom v upravljanje organizacij in z ukrepi reguliranja).

Osnovno izhodišče socialnega modela zdravstvenega varstva je, da zdravje ni običajno tržno blago, temveč javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je ena izmed državljanskih pravic, ki jo je potrebno omogočiti vsem, ne glede na njihovo zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje (Keber, 2003: 18).

Sistem zdravstvene dejavnosti je po eni strani dokaj trden, okoren in neprilagodljiv, po drugi strani pa razgiban in z močnim vplivom na okolje ter obratno. Povsem zgrešeno je mnenje, da je cilj sistema zdravstvene dejavnosti samo v tem, da ozdravi bolnika, mu lajša bolečine in povrne zdravje. Na tej usmeritvi se žal skoraj v celoti gradi zdravstvena politika, saj se tudi pretežen del sredstev usmerja v kurativo. Iz tega izhaja tudi napačno sklepanje, da sistem zdravstvene dejavnosti, zlasti medicinski podsistem, lahko deluje sam zase in po svoje, neodvisno od okolja. Delovanje zdravstvenega sistema, zlasti še kakovost opravljenih storitev, ima nepopisno velik vpliv na svoje okolje, kot imajo tudi dogajanja v okolju (gospodarske in družbene krize, epidemije, naravne nesreče) velik vpliv na sistem zdravstvene dejavnosti (Brus, 1994: 37).

Če organizacijo opredelimo kot odprt sistem, potem poudarimo njeno odprtost v okolje in njeno odvisnost od le-tega. Sistemski pristop k proučevanju organizacije je mogoče graditi na trditvi, da so organizacije odprti sistemi, katerih osrednji dejavnik obstoja je dinamična interakcija z okoljem (Katz in Kahn, 1966). Ker odvisnost organizacije od okolja ovira njeno avtonomno delovanje, mora to odvisnost aktivno upravljati, da lahko preživi kot avtonomna enota (Kotter, 1979). Organizacije upravljajo odvisnost od okolja tako, da stalno izmenjujejo vire z drugimi organizacijami (Levine in White, 1961). Povezave v sistemu so krožne narave.

Sistemi se učijo s povratno zanko, ki jim pove, koliko so njihove povezave v sistemu in z okoljem kakovostne. Takojšnja povratna informacija o delovanju sistemu daje možnost boljše izbire povezav v prihodnosti (po Ovsenik, Ambrož, 2006: 132).

Če ima določen sistem še dovolj regulacijskega prostora in dobro izravnalno sposobnost, potem lahko skozi svojo kompleksnost nekaj nastalega nereda spet uravna – vsaj v nekem določenem časovnem obdobju. Toda s slabljenjem regulacijskih sposobnosti in z naraščanjem jakosti posegov vanj sistem odpove in udari nazaj (Vester, 1991: 9).

Zdravstveni sistemi se po vsem svetu zaradi napredka medicinske znanosti in tehnologije ter večje osveščenosti ljudi soočajo s povečanim povpraševanjem po novih zdravstvenih pravicah in po njihovi univerzalni dostopnosti in kakovosti. Razkorak med razpoložljivimi možnostmi zdravstvenega sistema in pričakovanji prebivalstva povzroča nejevoljo in zaskrbljenost tako pri izvajalcih kot pri uporabnikih storitev. Tako se pogosto dogaja, da se pri iskanju hitrih rešitev in izboljšav za posamezne podsisteme pozablja na pomen kibernetских zakonitosti delovanja celotnega sistema in s tem na medsebojno soodvisnost.

Kompleksnejši procesi sodobne družbe zahtevajo svojo posebno pozornost. Pojavljajo se novi socialni primeri oz. njihove okoliščine, ki se porajajo v kontekstu ekonomskih in družbenih sprememb postmoderne družbe. Raznolikost in pluralnost družbe pa zahteva odprto, ustvarjalno mišljenje in prepoznavanje razlik. Za nadaljnji uspešni razvoj zdravstvenega sistema je torej pomembno, da se zdravstvo ne razume kot sistem izoliranih komponent, ampak kot **odprt sistem**, ki ga Cameron in Quinn (1999) opišeta **kot timsko delo**, povezovanje, inovativnost, odprtost in razvoj (po Ovsenik, Ambrož, 2006: 129).

Za postmoderno, ali še bolj natančno **postindustrijsko organizacijo** je značilno, da deluje fleksibilno v odnosu do svojega okolja. Osrednja faktorja fleksibilnosti v organizaciji sta učinkovita izraba znanja vseh posameznikov in skupin v organizaciji. Organizacija mora biti nenehno sposobna **sproščati dovolj učnega in razvojnega potenciala**, ki ji omogoča nenehno učenje in prilagajanje okolju. Organizacija razvija svoj učni potencial, če ustrezno organizira delitev dela in nalog na delovnem mestu na vseh ravneh delovanja. Delitev dela v organizaciji je produkt ustrezne birokratske strukture, določene organizacijske kulture in managementa (Ovsenik, Ambrož, 2006: 129).

Številni avtorji menijo, da je bilo tri četrtine prizadevanj za uvedbo sodobnih metod dela v zadnjih dvajsetih letih, kot so reinženiring, celovito obvladovanje kakovosti, strateško planiranje in zniževanje stroškov, neuspešnih zaradi neupoštevanja organizacijske kulture organizacije. Reforme zdravstva, ki so usmerjene samo na strukturne spremembe, ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela, če jim niso dani še elementi spreminjanja kulture organizacije. Teorija organizacijske kulture je kombinacija organizacijske psihologije, socialne psihologije in socialne antropologije; je vzorec osnovnih domnev, ki jih je določena skupina iznašla, odkrila, razvila v procesu učenja reševanja problemov (Skela Savič, 2006: 172).

Kolektivno sebstvo ali organizacijska kultura je splet miselnih modelov in skupnih paradigem v organizaciji o tem, kako svet deluje ali naj bi deloval. Osnovna značilnost kolektivnega sebstva je njegova kolektivna narava, saj je proizvod skupinskega življenja v organizaciji in posledica skupnih vrednotnih usmeritev. Člani organizacije jo oblikujejo tedaj, ko komunicirajo z drugimi člani organizacije in z ljudmi zunaj nje. V socialnem spoju z okoljem se kolektivno sebstvo nenehno spreminja in prilagaja novim okoliščinam, ki sprožajo razvoj novih vedenjskih vzorcev in načinov delovanja. V tem procesu nekateri vzorci izginjajo, drugi nastajajo in tako oblikujejo zelo dinamično kolektivno sebstvo, ki je produkt določenega kulturnega okolja. Kolektivno sebstvo organizacije je naučen splet vrednot, prepričanj, vedenj, ki se uresničujejo in razlagajo kot norme in pravila, ki jih organizacija upošteva pri svojem delovanju (Ovsenik, Ambrož, 2006: 49). Timsko delo je odraz organizacijske kulture.

Vpeljava drugačnih organizacijskih pristopov, še zlasti timskih pristopov, zahteva specialna znanja, ki so splet abstraktnih konceptov, preskušanj, aplikacij, natančnih meritev in nenazadnje ustvarjalnosti in domišljije. Ti procesi so možni samo v organizaciji, ki je odprt sistem in se stalno uči v interakciji z okoljem (Senge, 1999; po Ovsenik, Ambrož, 2006: 57).

Vedno bolj postaja jasno, da so timi v zdravstvenih organizacijah temeljni element mikrosistema in predstavljajo temeljni vzvod za spremembe v zdravstvu. Učinkovito vodeni timi v zdravstvu (Ferlie in Shortell, 2001) so povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave, zato je v zdravstvenih ustanovah svojevrsten izziv, kako razvijati učinkovite time in kako timsko delo preoblikovati iz timskega dela znotraj poklicnih skupin v

multiprofesionalno timsko delo vseh poklicnih skupin v zdravstveni organizaciji (po Skela Savič, 2006: 177).

1.2.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje

V svetu obstajajo zelo različni sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Gre za odprte, s tradicijo, kulturo, vrednotami in političnimi posebnostmi zaznamovane ureditve enega izmed najbolj občutljivih in pomembnih sestavin človeškega življenja – zdravja (Stepan, 1999: 10).

Javni sistemi zdravstvenega varstva delijo usodo drugih področij socialne varnosti. Podedovane široke pravice iz javnih zdravstvenih zavarovanj, vse večja pričakovanja in zahteve glede kakovosti zdravstvene oskrbe in brezkompromisna stališča ljudi, ki ne dopuščajo zniževanja doseženega zdravstvenega standarda niti v obdobjih gospodarskih težav – vse to so razvojni izzivi, s katerimi se soočajo razvite družbe v začetku enaindvajsetega stoletja. Temeljno poslanstvo javnega zdravstvenega zavoda je nepridobitno opravljanje javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe. Pri nas so ustanovitelji in lastniki javnih zdravstvenih zavodov lokalne skupnosti ali država. V svetu pa so lastniki tudi osebe zasebnega prava, npr. dobrodelni skladi, ki jih ustanavljajo bogati posamezniki kot darila in volila, cerkev idr. (Česen, 2003: 14).

Zdravstvene politike v razvitih evropskih državah se odzivajo na vedno večje stiske javnega financiranja pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja v dveh smereh:

- počasi in zmerno, vendar zanesljivo omejujejo pravice ter jih prenašajo v zasebno financiranje,
- z občutkom za politično realnost iščejo novo raven smiselne solidarnosti na področju javnega zdravstvenega zavarovanja, s katero bi še naprej nudile vsem ljudem »potrebno« zdravstveno oskrbo na javni račun ter ohranile podobo socialne države (Česen, 2003: 34).

Glede na organiziranost javnega zdravstvenega zavarovanja v sistemih zdravstvenega varstva razvitih evropskih držav delimo zdravstvene sisteme na dve veliki skupini:

- na sisteme **nacionalnih zdravstvenih služb** (Beveridgeov vzorec organiziranosti), ki jih država sama pravno ureja, vodi in nadzira, financira pa jih neposredno prek proračunov države in lokalnih oblasti (po vzoru Velike Britanije);
- na sisteme **zavarovalniškega tipa** (Bismarckov vzorec organiziranosti), v katerih je zdravstveno varstvo organizirano v javne zdravstvene zavarovalne sklade, ki se financirajo s prispevki delodajalcev in zaposlenih. Upravljalci skladov imajo relativno visoko stopnjo samostojnosti, ključne dejavnike delovanja pa še vedno nadzira država (Česen, 2003: 157).

Osnovno zavarovanje pogosto dopolnjujejo zasebna zavarovanja za posebne storitve, ki jih ne krije osnovna tarifa. **Prostovoljno zavarovanje** pomembno polni vrzeli, ki jih puščajo obvezna zavarovanja v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Z dopolnilno in predvsem z dodatno ponudbo prostovoljno zavarovanje konkurira obveznemu zavarovanju. Če doseže v družbi zelo širok obseg, je to znak dvoma in nezaupanja prebivalstva v resnično zadostnost in ustreznost obveznega zavarovanja. Vsebina, obseg in oblike prostovoljnega zavarovanja so odvisni od tega, kako zdravstvena politika v konkretni državi razreši temeljno razvojno dilemo tega zavarovanja: ali gre pri njem za socialni popravek v javnem interesu ali za osebne interese posameznikov (Česen, 2003: 155, 162).

1.2.1.1 Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v Sloveniji

Slovenija ima zelo dolgo tradicijo pri oblikovanju javnih sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Prva bolniška blagajna po vzoru Bismarckovega modela socialnega zavarovanja je bila ustanovljena v Ljubljani že leta 1889. Zatem je bilo na območju Slovenije, ki je bila takrat v sestavi Avstro-Ogrske monarhije, še 30 bolniških blagajn. Te so z določenimi spremembami delovale vse do druge svetovne vojne. V tem času je bil storjen velik napredek pri razvoju primarnega zdravstvenega varstva in skrbi za najbolj ranljive skupine prebivalstva, kot so otroci, šolarji in druga mladina. Po drugi svetovni vojni je šel razvoj zdravstvenega varstva oz. zavarovanja skozi različne faze in organizacijske oblike, ki so bile rezultat političnega in ekonomskega razvoja v tedanji Jugoslaviji. Takoj po drugi svetovni vojni so delovali okrajni (območni) zavodi za socialno zavarovanje, ki so vključevali področja zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, zavarovanje za čas

brezposelnosti in področje otroškega varstva. Šele leta 1971 se je področje zdravstvenega zavarovanja izločilo iz ostalega socialnega zavarovanja in postalo samostojno (Stepan, 1999: 145).

V letu 1972 so bile prvič izenačene pravice vseh zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev na območju celotne Slovenije, saj se je za tako izenačitev na referendumu izreklo več kot 80 odstotkov prebivalstva. To je bil tudi začetek sprememb sistema, ki se je čedalje bolj približeval Beveridgevemu modelu nacionalne zdravstvene službe. Z raznimi ideološkimi primesmi se je ta sistem obdržal do začetka leta 1992, ko je kmalu po osamosvojitvi Slovenije prišlo do spremembe sistema zdravstvenega varstva. Ponovno je bilo uvedeno zdravstveno zavarovanje (Stepan, 1999: 146).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bil sprejet leta 1992 (prav tako tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti). Novi zakon je v Republiki Sloveniji ponovno uvedel sistem zdravstvenega zavarovanja in s tem zamenjal tedanji model nacionalnega zdravstvenega varstva, v katerem so imeli vsi občani z zakonom in na podlagi solidarnosti zagotovljene vse pravice do zdravstvenih storitev. S sprejetjem zakona je možno uveljavljanje zahtev po zdravstvenih storitvah in nekaterih drugih pravicah le v okviru pravil zavarovanja oz. zdravstvene zavarovalnice. V zakonu so kot zavarovane osebe opredeljene vse vrste zavarovancev in njihovih družinskih članov, vključno z zavezanci za prispevke. Predvideno je obvezno in prostovoljno zavarovanje. Pravice iz obveznega zavarovanja urejajo pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja ter drugi akti Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki jih ob soglasju vlade in Ministrstva za zdravje sprejema skupščina zavoda. Z zakonom je pomemben del odgovornosti za lastno zdravje prenesen tudi na zavarovance same. Obseg pravic se je pričel krčiti. Sredstva Zavoda za zdravstveno zavarovanje so del javnofinančnega sistema države in tako umeščena v odvisnost od rezultatov gospodarstva (Cijan, 2003: 182).

Zakon o zdravstveni dejavnosti ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje zdravstvenih organizacij in delavcev v zbornice in združenja. V **Ustavi Republike Slovenije** je pravica do zdravstvenega varstva urejena v poglavju o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah. Zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji je poleg notranjih virov socialne varnosti urejeno tudi z mednarodnimi akti, kot so Splošna deklaracija OZN o človekovih pravicah, Mednarodni pakt

o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, Konvencija MOD, Evropska socialna listina idr. (Kavar Vidmar, 2003: 6, 8).

1.3 SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVU

Morales in Sheafor (1986) navajata, da je bistvena značilnost socialnega dela ta, da je razpredeno po številnih in zelo različnih področjih dejavnosti. Ne glede na področje dejavnosti ima socialno delo povsod isti temeljni cilj: uporabo vsega potrebnega znanja, spretnosti in vrednot, da bi s tem doseglo želene spremembe. Vsako področje socialnega dela ima določene specifične lastnosti in vsako lahko predstavlja izziv za socialnega delavca oz. vzpodbudo za napredek profesije. Glede na to, kakšno je v določeni instituciji mesto socialnega dela kot stroke in socialnega delavca kot njenega nosilca, pa ločimo tri različna področja: primarno, sekundarno in partnersko (po Milošević Arnold, Poštrak, 2002: 93–94).

Vloga socialnega dela na področju zdravstva zavzema sekundarno področje delovanja. Socialno delo kot **sekundarna disciplina** nastopi takrat, ko socialno delo »gostuje« na primarnem področju oz. instituciji. V tem primeru je vloga socialnega delavca ta, da s svojim specifičnim znanjem in veščinami zagotavlja podporne storitve primarni disciplini in s tem doprinese k celovitejši obravnavi neke problematike. V takšni organizaciji so ponavadi socialni delavci v manjšini, so samostojni, vendar imajo omejeno moč glede vodenja in usmerjanja razvoja tega področja. Socialne storitve v bolnišnici se opravljajo na predlog zdravnika in so organizirane tako, da ne ovirajo časovnega razporeda in dela medicinske stroke (Milošević Arnold, Poštrak, 2002: 95).

Na način, kako socialno delo funkcionira v praksi, pa vplivajo tudi razlike glede na vrsto storitev socialnega dela. Splošno socialno delo je organizirano predvsem na primarnih in deloma partnerskih področjih, sekundarno področje pa zahteva praviloma specializirane strokovne prijeme in torej tudi **specialistično znanje socialnih delavcev**. Socialno delo se je v procesu svoje profesionalizacije zelo hitro specializiralo in se je na ta način uspešno uveljavljalo na sekundarnih področjih (za zdravstvo v ZDA že leta 1905). Specializacija je pri tem pomenila določeno prilagajanje strokovne doktrine potrebam konkretnega področja, kar je zahtevalo tudi tem potrebam prilagojeno izobraževanje, organiziranost in povezovanje

profesionalcev v ustrezna društva, nastajanje potrebne strokovne literature ipd. (Milošević Arnold, Postrak, 2002: 95–96).

Bolj specifične kot so potrebe določene skupine, s katero se socialni delavec pri svojem delu srečuje, toliko večja je tudi potreba po specialističnem prijemu. Pri socialnem delu v zdravstvu je potrebno najprej upoštevati subspecializacije področij dela, saj ima svoje posebne značilnosti npr. socialno delo v bolnišnicah, v zdravstvenih domovih, v psihiatriji, medicinski rehabilitaciji itd. Delo socialnih delavcev pa je prilagojeno tudi različnim namenom in organizacijski strukturi institucij, v katerih je razvito socialno delo. Naloge lahko razdelimo v splošne in posebne. Splošne naloge so enake v vseh vrstah zdravstvenih institucij, posebne pa zavisijo od vrste zdravstvenega varstva, ki ga v njej nudijo. Zaradi visoke stopnje specializacije v zdravstvu se povečuje tudi število posebnih nalog v socialnem delu, s tem pa tudi potreba po posebnih znanjih socialnega delavca (Milošević, Arnold, 1989; po Eržen, Jovanovič, 2002: 39).

Zdravstvo je po svoji naravi blizu sociali. Obema je skupna pomoč človeku v njegovi nemoči (Ramovš, 1995: 262). V zdravstvenih organizacijah so ljudje sistem, v katerem se srečujejo posamezniki in skupine (uporabniki in izvajalci storitev) z zelo različnimi dojemanji in razmišljanji in skupaj tvorijo sistem različnih pogledov in interesov. Uspešnost in učinkovitost zdravstvene organizacije se ne kaže v tem, kaj posamezna komponenta sistema dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med njimi za doseganje skupnih ciljev (Skela Savič, 2006: 172).

V Sloveniji se je socialno delo v zdravstvu začelo uveljavljati šele po letu 1957. V letu 1960 je bilo na pobudo takratnega Republiškega sekretariata za zdravstvo in socialno varstvo sklicano posvetovanje zdravstvenih in socialnih delavcev Slovenije, kjer je bilo poudarjeno, da naj bi socialno delo postalo integralni del zdravstva. Leta 1963 je zato izšlo Strokovno navodilo za organizacijo in delo socialnih služb v zdravstvenih zavodih, ki je narekovalo, da se socialna služba uvede v bolnišnicah z več kot 200 posteljami in da tovrstna dejavnost dopolnjuje zdravnika pri socialnem delu zdravljenja (Eržen, Jovanovič, 2002: 38).

Socialno delo se je kot poklicna dejavnost v zdravstvu najprej pojavilo v ZDA (začetek 20. stol.), z nadaljnjo profesionalizacijo se je institucionaliziralo in se začelo širiti predvsem po drugi svetovni vojni (Milošević Arnold, 1989; po Eržen, Jovanovič, 2002: 38).

1.3.1 Zgodovina socialnega dela v zdravstvu v ZDA

Poglavje 1.3.1 v celoti povzemam po Beder, 2006.

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 npr. pričela s posebnim programom 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, npr. razširjenost tuberkuloze in sifilisa. Oba primera bolezni sta zahtevala dolgo hospitalizacijo ter podaljšano nego, ločeno od svojcev. Prav tako je nosečnost neporočenih žensk vplivala na potrebo po socialnem delu v zdravstvu.

Dr. Richard C. Cabot, vodja zdravniške službe v bolnišnici MGH (Massachusetts General Hospital), je tako dobil idejo, da vpelje v bolnišnico nemedicinski profil – socialno delo. Kot zdravnik je priznal, da je medicinsko osebje odrezano od neposrednega stika s pacientom in tako nezmožno oceniti pomen dejavnikov za bolezen in okrevanje, kot so dom, medosebni odnosi v družini, na delu idr. Socialni delavec naj bi v bolnišnici skupaj z zdravnikom pomagal reševati socialno problematiko pacienta v sklopu celotnega zdravljenja. Bolniku naj bi pomagal tako pri prilagoditvi na hospitalizacijo (z zagotavljanjem potrebnih informacij in drugih virov, pomembnih za bolnika in svojce) kot tudi pri odpustu iz bolnišnice.

Leta 1905 je dr. Cabot zaposlil prvo socialno delavko v ZDA, postopoma pa se je realizirala potreba po socialnem delu tudi v drugih bolnišnicah. Leta 1919 je vodstvo v bolnišnici MGH priznalo socialno delo kot integralno področje bolnišnice, socialna delavka Ida Cannon pa je postala vodja socialne službe. Teoretična osnova dela je temeljila na treh glavnih konceptih:

- delo s posameznikom,

- prepoznavanje pomena socialnih dejavnikov za bolezen in počutje bolnika,
- zagovarjala je pomen medpoklicnega sodelovanja (medicine, zdravstvene nege, socialnega dela idr.).

Socialno delo v zdravstvu je čedalje bolj pridobivalo na pomenu kot nujen del oskrbe pacienta. Tako je bilo socialno delo do leta 1913 vključeno že v stotih bolnišnicah, leta 1923 pa v štiristotih.

Proti koncu osemdesetih let je postalo jasno, da so preveliki stroški v zdravstveni oskrbi v ZDA pripeljali do krizne situacije. Razlogov je bilo veliko, npr. starajoča se populacija, hiter razvoj tehnologije, naraščajoči stroški storitev. Neredno plačevanje zavarovalnic in naraščanje bolnišničnih stroškov je vodilo v propad manjših bolnišnic ali v združevanje manjših enot v večje z namenom, da ne propadejo. Razvijati se je začel tako imenovani »Managed Care«¹ oz. »vodenno zdravljenje«, kot odgovor na potrebo po nadzoru stroškov v zdravstvu. Načrti tega programa so bili zmanjšati stroške v zdravstvu z ukinjanjem nepotrebnih storitev, z določanjem omejitev trajanja in vrste dela ter s pogajanjem na trgu za najugodnejše izvajalce.

Vodeno zdravljenje je imelo velik vpliv na prakso socialnega dela v zdravstvu. Provokativno je vplivalo na etična načela in na način dela. V storitev socialnega dela je bilo vneseno več birokracije zaradi zahteve po dokaznem gradivu dela in izidov zdravljenja. Od socialnih delavcev se je zahtevalo tako spremljanje izpolnjevanja plana kot tudi natančno vodenje dokumentov. Občutljiva je postala profesionalna etičnost: širši dostop do dokumentacije pacientov je ustvaril možnosti za zlorabo zaupnosti podatkov. Poleg tega je prešla v pristojnost organizacij vodenega zdravljenja tudi časovna omejitev zdravstvene oskrbe, kar pa pomeni etično dilemo za socialnega delavca. To je opaziti predvsem v bolnišnicah, ko je pacient odpuščen, še preden je po mnenju socialnega delavca sposoben uspešno delovati izven bolnišnice. Dodatne administrativne obremenitve so tudi skrčile čas neposrednega odnosa s pacientom.

Vsaka profesija je občutila določene spremembe in obremenitve glede nove organiziranosti dela. A prav v teh razmerah je tudi socialno delo dobilo priložnost, da si poišče svojo lastno

¹ Industrijski revoluciji v medicini se reče »vodenno zdravljenje« (managed care), namreč računalniško podprto in vodenno zdravljenje (Ule, 2003: 283). Organizacije »Managed Care« (MCO ali upravno-oskrbovalni sistemi) imajo v zdravstvu vlogo posrednikov in so kot take »udeležena tretja stran«, ki po eni strani sklepa pogodbe z zavarovanci ali njihovimi delodajalci, po drugi strani pa z ustreznimi ponudniki zdravstvenih storitev. Odločilna razlika med tradicionalno urejenim pretokom in »Managed Care« je ta, da je povezovalni člen med bolnikom in zdravnikom menedžer, ki potek zdravljenja organizira, spremlja, vodi in nadzoruje (Stepan, 1999: 112).

nišo v strukturi vodenega zdravljenja v smislu medpoklicnega sodelovanja in krepitev odnosov s pacienti ter njihovimi svojci – v obliki timskega dela.

Danes je vloga socialnega dela v zdravstvu v ZDA jasno opredeljena. Socialni delavci so zaposleni na vseh področjih zdravstvenega varstva. Od 477. 000 socialnih delavcev in delavk, zaposlenih v ZDA v letu 2002, je bilo več kot četrtnina zaposlenih v zdravstvu. Različna področja zahtevajo primerno prilagoditev, a glavni koncepti socialnega dela služijo kot podlaga za povezovanje vseh socialnih delavcev v zdravstvu. Kljub razvoju stroke pa se osnovna orientacija dela še vedno nanaša na teorijo pionirskega dela Ide Cannon, in sicer videti pacienta kot del sistema, ki vključuje tudi njegove svojce, v povezavi s širšo skupnostjo in politično ureditvijo, ki določa pravice in odgovornosti. Spremenili pa so se odnosi. Socialni delavci niso več podrejeni zdravnikom. Znotraj institucij so se razvili drugačni odnosi med zaposlenimi v zdravstvu, odnosi, ki poudarjajo profesionalno avtonomnost, a obenem pomen vstopanja v sodelujoče, timske odnose.

Glavna orientacija dela je celostno razumevanje človeka in njegove povezanosti z okoljem ter biopsihosocialni pristop do uporabnika. Biopsihosocialni model upošteva tri prepletajoče se dejavnike pacientovega funkcioniranja: »bio« se nanaša na biološki in medicinski vidik pacientovega zdravja, »psiho« nakazuje na pacientovo samopodobo, samospoštovanje in čustvene vire, »socialni« pa se navezuje na socialno okolje, na interakcijo pacienta z okoljem. Interdisciplinarno sodelovanje članov različnih profesij v zdravstvu je kompleksen in dinamičen proces ter pomembno vpliva na kvaliteto zdravljenja. Seveda pa medsebojno povezovanje ljudi z različnimi vrednotami, navadami in orientacijami lahko privede tudi do zapletov, ki jih je potrebno razrešiti v dobro pacienta.

1.4. MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVU

Že v poznih 70-ih letih 20. stoletja je Svetovna zdravstvena organizacija medpoklicno sodelovanje identificirala kot bistveni element zadovoljivega izvajanja storitev. Primarno zdravstveno varstvo ... je na lokalni in na nadaljnjih ravneh odvisno od zdravstvenih delavcev, vključujoč zdravnike, medicinske sestre, babice, pomožne in skupnostne delavce, ko je to smotno, ko je potrebno, pa tudi tradicionalne praktike, ki so ustrezno socialno in

strokovno izobraženi za delo v zdravstvenem timu in se odzivajo na izražene zdravstvene potrebe skupnosti (WHO, 1978: 5; po Pollard, 2006: 60).

Tschannen (2004) definira sodelovanje kot partnerstvo, v katerem so na poti k doseganju skupnih ciljev prepoznane in cenjene moč, znanje in izkušnje vsakega posameznika. Definira ga tudi kot učinkovito, nehierarhično medsebojno komunikacijo, ki poteka med strokovnjaki z različnimi znanji in izkušnjami. Vsak član tima prispeva svoj lasten, edinstven pogled na situacijo. Upoštevanje le-teh omogoča razvoj bolj kreativnih rešitev, kar je bolje, kot pa če bi nekatere poglede spregledali. Pravi, da so bolj učinkoviti tisti timi, v katerih so njihovi člani čim bolj različni po znanju in informacijah, ki jih imajo, in čim bolj enotni glede vrednot, ki jih zagovarjajo (po Ovijač in sod., 2006: 219).

Vključenost različnih strokovnih profilov zdravstvenega osebja v obravnavo bolnikov in zdravih oseb v zdravstvenem varstvu že dolgo ni novost, temveč je dolgoletna realnost v različnih državah. Obravnava bolnikov tako ni zgolj domena zdravnikov, temveč je razdeljena v timu, ki se postopoma veča in vključuje vedno več profilov. Pri tem postaja vedno bolj pomembna učinkovita in zaželeno komunikacija med posameznimi profili. Seveda pa je potrebno zagotoviti primerno in transparentno delitev dela, ki jo mora spremljati tudi zagotavljanje ustrezne usposobljenosti ter pravilna opredelitev prioritet v zdravstvenem sistemu. V današnjem času smo priče nekakšnega vmesnega stanja. Večina sistemov v razvitih državah je še vedno medikocentričnih, čeprav je v mnogih državah prišlo do postopnega prenosa nalog na različne sodelavce v timu (Albreht, 2006: 32).

Da zagotovimo pogoje za vzpostavljanje sodelovanja v zdravstvenih skupnostih, rabimo ustrezno koordinacijo in komunikacijo. Za uspešno delovanje zdravstvenih skupin se morajo vsi člani počutiti enakovredne. Člani različnih poklicev se morajo počutiti pomembni v svojih vlogah. Le tako bodo lahko delili svojo poklicno avtonomijo in prispevali k učinkovitosti timskega dela. Zdravstveni sistem je lahko učinkovit le, če deluje enovito, to pa je možno le s timskim pristopom, ki upošteva vlogo vseh profilov. Toda enakopravna vloga sodelujočih v timu ne izključuje strokovne hierarhije, ki izhaja iz odgovornosti in je eden od pogojev za učinkovito delovanje tima. To pomeni, da mora zlasti v primeru zahtevnih postopkov odgovorni nosilec dejavnosti, ki je praviloma zdravnik, odrediti naloge in skrbeti za uresničevanje zastavljenih strokovnih ciljev. Tako je strokovna hierarhija, ki teži bremena

strokovnih odločitev in prevzemanja odgovornosti prenaša na posameznika, namenjena k vzpostavljanju določenega reda in nikakor ne pomeni podrejanja drugih profilov, ki sodelujejo v timu. Pomembno pa je, da se vloge vseh sodelujočih natančno opredelijo (Poredoš, 2006: 15).

Slednjo, nekoliko dvoumno izjavo zdravnika o strokovni hierarhiji v timu lahko razumemo kot posledico »formalne ovire« k skupni odgovornosti, ki jo predstavlja 3. člen Zakona o zdravniški službi (2006), kateri navaja, da je zdravnik pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen, da svobodno izbere najprimernejši način zdravljenja in da je odgovoren za strokovno delo delovne skupine. Razmišljanje, da je za zdravstveno oskrbo odgovoren le zdravnik, se navezuje na tradicionalno vlogo zdravnika, ki daje ukaze in navodila, drugi pa jih izvršujejo. Biti poslušen pa je v nasprotju z odprto komunikacijo, z odkritim izražanjem stališča.

Ule (2003) pravi, da zdravniki ne stremijo namerno k svoji dominanci nad bolniki in zdravstvenim osebjem, pač pa se vedejo tako, kot jim narekuje institucionalizirani zdravstveni sistem in normativno določena poklicna vloga oz. zgodovinsko ukoreninjena statusna hierarhija. Vendar so premiki nujni. Večkrat je bilo že dokazano, da dobro sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, zato mora biti sistem zdravstvene oskrbe, kot navaja Robida (2006), organiziran tako, da vzpodbuja povezovanje in sodelovanje med različnimi partnerji, med različnimi ravni in različnimi poklicnimi skupinami (po Ovijač, 2006: 220). Bistvo dobrega medpoklicnega sodelovanja pa je tudi poznavanje poklica in stroke ter razmejitev nalog med posameznimi poklici na osnovi kompetenc (Filej, 2006; 17).

V današnjem času je v svetu skupno odločanje in sodelovanje najbolj prisotno na oddelkih za intenzivno delo in na področju paliativne oskrbe (Ovijač in sod., 2006: 220).

Partnerstvo je ena temeljnih vrednot v zdravstvu, saj pomeni združevanje moči in znanja vseh strokovnjakov za doseganje skupnih ciljev, kakršni so izboljšanje zdravja ljudi, preprečevanje bolezni, lajšanje bolezenskih težav, bolečin in trpljenja ter zavzemanje za enakost in socialno pravičnost. Predvsem pa partnerstvo pomeni medsebojno spoštovanje, spoštovanje dosežkov sodelavcev, zahteva strpnost in medsebojno pomoč ter sposobnost, da prisluhnemo drugim (Pretnar Kunstek, 2006: 18).

Sodelovanje je proces medsebojnega vplivanja in odnosov med zdravstvenimi strokovnjaki ne glede na to, ali se smatrajo za del tima ali ne. Timsko delo je zagotovo sodelovanje, samo sodelovanje pa ne pomeni vedno timskega dela (Robida, 2006: 25).

1.4.1 TIMSKO DELO

V poslovni svet je termin tim prišel iz športa. Pa ne kar tako, iz vsakdanjega športa, ampak kot posledica analize, zakaj nekaterim ekipam uspe zmagovati kljub mnenju športnih strokovnjakov, da nimajo najboljših igralcev. Na drugi strani pa so bile ekipe z najboljšimi igralci, ki pa niso bile vedno zmagovite. V športu se je začutil in dokazal fenomen dodane vrednosti, ki jo je moč doseči (Rems, 2007: 13).

Na cestni dirki ne moreš zmagati sam. Sotekmovalci so v kolesarstvu bistvenega pomena – v Motorolini ekipi sem jih imel osem in potreboval sem prav vsakega od njih. Pri težavnem vzponu sem lahko prihranil do trideset odstotkov energije, če sem vozil za kolegom »pripet« nanj. In ob vetrovnem dnevu se je osem mojih sotekmovalcev postavilo spredaj in me varovalo pred vetrom, da mi je bilo treba opraviti petdeset odstotkov dela manj, kot bi ga sicer. Vsaka ekipa potrebuje šprinterje, gorske kolesarje, fante, ki so pripravljeni opraviti težaško delo. Zelo pomembno je, da se zavedaš prizadevanja vsakega sodelujočega – in da ga ne zapraviš (Armstrong, 2006: 60). Razvoj delovanja timskega dela v športu je postal zanimiv tudi za teoretike v sociologiji in kmalu tudi v managementu.

Cohen in Bailey (1997) opredelita tim kot skupino posameznikov, ki so soodvisni pri izpolnjevanju nalog, soodgovorni za izide, ki vidijo sami sebe in ki jih vidijo drugi kot socialno celoto, katera je vključena v enega ali več širših socialnih sistemov in ki skrbi za medsebojne povezave izven mej svoje ustanove (po Robida, 2006: 25).

Timu je potrebno pomagati, da si pridobi zrelost in povezanost med člani. To pomeni, da mora vodja skrbno izbrati člane in jim zagotoviti možnost sodelovanja in tudi tekmovanja z drugimi timi. Člani potrebujejo čas, da izoblikujejo skupne norme in se razvijejo v dozorelo skupino. Za uspeh je pomembna tudi sestava tima, ki mora pokrivati vse vloge članov. Timi morajo pristati na skupne cilje, razviti vzajemno sposobnost planiranja in se naučiti sodelovati. Vse to je možno le z zaupanjem, ki se najhitreje razvije z odprto komunikacijo.

Zaupanje se gradi še z informiranjem, poštenostjo, resnicoljubnostjo, vzajemnim spoštovanjem, podporo, pravičnostjo, sposobnostjo in delom članov. Cilji so dobri takrat, ko so merljivi, dosegljivi in razumni. Tako člani ne izgubijo motivacije. V uspešnem timu člani dopolnjujejo drug drugega (Mesec, Stritih, Ovsenik, Velič, 2004; po Ocvirk, Jarkovič, 2005).

V učinkovitem interdisciplinarnem timu posamezen član razume vlogo in veščine drugih članov ter tudi medsebojno komplementarnost. Področja odgovornosti so jasna in opredeljena glede na posameznikov strokovni profil in izobrazbo. Pomembno je, da posamezni člani tima razumejo svobodo drug drugega pri sprejemanju odločitev znotraj svojega področja dela. Razumevanje tega prispeva k razvoju kohezivne timske strukture. Vodenje tima, avtoriteta in odgovornost so dodeljene osebi, katere strokovno področje je najprimernejše za obravnavo določene klinične situacije in ki ima najustreznejše veščine za vodenje tima (Ajemian, 1993; po Simonič 2006: 276).

Za delovanje tima je pomembna organizacijska kultura, ki spodbuja timsko delo. To pomeni, da imajo timi na voljo potrebne vire, možnost uvajanja sprememb, podporo vodstva, sistem nagrajevanja, ustrezne pogoje za izobraževanje in čas za usposabljanje za timsko delo. Učinkovit tim ima jasno vizijo, razvito motivacijo, zaupanje in vzajemno spoštovanje. Ti dejavniki se redko pojavijo v timu zgolj slučajno, navadno gre za spodbude s strani vodje. Vloga vodje je izredno važna pri oblikovanju in vzdrževanju tima. Uspešen vodja je socialen in motiviran za svoje delo. Stil vodenja zna prilagajati različnim situacijam in razvojnim stopnjam (Kadivec in sod., 2006: 182–183).

1.4.1.1 Tim in skupina

Pojem skupine je širši kot pojem tim. Razlika je kakovostna. Skupine so temeljne celice organizacije v ekonomskem, socialnem, zgodovinskem in antropološkem smislu. Obnašanje skupin je lahko popolnoma kaotično, lahko pa jih z organiziranjem povzdignemo do popolne urejenosti, ki zagotavlja uspeh. Skupina se razvije v tim, ko postane njihov splošni namen razumljiv vsem članom. V uspešnem timu ima vsak član predpisano vlogo, tako da čim bolje uveljavi svoj talent in znanje (Rems, 2007: 13).

Timski način dela je razširjena oblika izvajanja kompleksnih nalog, pri katerih potrebujemo znanje z različnih strokovnih področij. Namen oblikovanja tima je, da se znanja sodelavcev z različnih področij pri reševanju določenega problema združijo in s tem omogočijo kompleksno in celovito delovanje in boljše rešitve. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je tim opredeljen kot »skupina ljudi, ki opravlja skupno delo« (SSKJ, str. 1397). Skupno delo prispeva k temu, da se v timih vzpostavljajo drugačni odnosi kakor v skupinah, kjer članov ne družijo tolikšna soodvisnost (Švab, 2004: 139).

Lamovec (1998) navaja značilnosti timov in običajnih skupin, ki se nanašajo predvsem na značilnosti vedenja članov v obeh tipih (po Švab, 2004: 144):

TIM

- člani sprejemajo soodvisnost, zavedajo se, da bodo uspeli le ob vzajemni podpori,
- odložijo osebne koristi, zavezani so dogovorjenim ciljem,
- prispevajo k skupnemu cilju, ustvarjajo ozračje zaupnosti,
- izražajo misli, stališča, čustva, nestrinjanje,
- trudijo se razumeti poglede drugih članov,
- dajejo in sprejemajo podporo, konflikt vidijo kot neizogibni del odnosov in kot možnost za razvoj novih idej,
- sodelujejo pri odločanju, zavzemajo se za rezultate in cilje.

SKUPINA

- skupino razumejo kot formalnost,
- delajo neodvisno od drugih članov in so osredotočeni nase,
- svoje delo dojemajo kot naloženo nalogo, manj izražajo svoja mnenja,
- ne zaupajo motivom drugih članov, saj premalo poznajo njihove naloge,
- so previdni, stopnja zaupanja med člani skupini je manjša,
- nestrinjanje je škodljivo, konfliktov ne razrešujejo, izogibajo se soočanju,
- konformnost je pogosto pomembnejša od rezultatov.

1.4.1.2 Vrste timov

Glede na organizacijo timov se ločijo tudi **tipi vodenja**. V rezultatih švedske raziskave o načinih organizacije timskega dela (Thylefors, 2005) so izpostavljeni trije tipi vodenja: multi-, inter- in transdisciplinarni tip (po Domanjko in sod., 2006: 256):

- **multidisciplinarni** tip zaznamuje tradicionalni način vodenja. Organiziran je tako, da člani posameznih disciplin delujejo ločeno in z drugimi sodelujejo le v primeru izmenjave mnenj. Vodjo bi lahko opisali kot tradicionalnega managerja;
- **interprofesionalni** način timskega dela ima značilnosti visoke ravni medsebojnega sodelovanja, skupnega načrtovanja, skupne odločitve in delitve odgovornosti. V tem modelu ima vodja vlogo »trenerja«;
- v **transprofesionalnem** timu pa je vodenje odvisno od situacije. Tim deluje na principu dopolnjevanja vlog, kjer so meje posameznih disciplin delno zabrisane. Dinamika tima je samousmerjevalna (Domanjko in sod., 2006: 256).

Medtem ko v multidisciplinarnem pristopu člani delujejo vzporedno in neodvisno (pomembne so individualne profesionalne identitete), je pri **interdisciplinarnem** pristopu timska identiteta najpomembnejša. Pogosto dobijo bolniki oskrbo s strani multidisciplinarnega tima brez formalne komunikacije, medtem ko v interdisciplinarnem timu poteka sprejemanje odločitev in izmenjava komunikacij skozi konsistentno in zanesljivo komunikacijo (Ajemian, 1993). Transdisciplinarni pristop pa predstavlja višjo stopnjo integracije dela, v katerem člani tima presežejo tako konceptualne kot tudi metodološke meje svojih disciplin, ki so sicer naravne pri multi- ter interdisciplinarnem timskem delu (Corner, 2003; po Simonič, 2006: 276).

V interdisciplinarnem timu je identiteta tima nad identiteto posameznega člana tima, vodenje pa se deli med člane tima glede na trenutne aktualne vloge, ki jih je potrebno rešiti (Rimac, 2006). Značilno je tesno sodelovanje med vsemi člani tima; komunikacija, ki poteka horizontalno, presega strokovni jezik posamezne discipline in omogoča neposredno povezovanje več strok na ravni spoznavanja, ravnanja oz. dogovarjanja. Vsak član tima opravi svojo nalogo, ocene in mnenja pa se nato prediskutirajo skupaj v timu, kjer se oblikuje skupna

ocena opravljenega dela in poda odločitev za nadaljnje korake (Miklavčič Šumanski, 2004; po Selan, 2007: 14).

Raziskave kažejo, da se večina timov na področju zdravstva giblje med multi- ter interdisciplinarnimi oblikami dela (Simončič, 2006: 256).

1.4.1.3 Odnosi v timu

Medsebojni odnosi predstavljajo srečevanje ljudi v različnih okoljih in okoliščinah ter vzpostavljanje besedne in nebesedne komunikacije z opredeljenimi cilji. Za vzpostavljanje profesionalnih medsebojnih odnosov potrebujemo strokovno znanje, ki zagotavlja, da bomo pričakovane cilje lahko zadovoljili, in sposobnosti, ki omogočajo, da bo naša interakcija z drugimi obojestransko zadovoljiva, torej učinkovito komunikacijo, vzpostavljanje zaupanja, spoštovanja in profesionalnega povezovanja. Vzpostavljanje medsebojnih odnosov ni možno brez medsebojnega izražanja, zaznavanja in razumevanja čustev, ki so sestavni del človekovega vsakdanjega življenja in vedenja (Šmitek, 2006: 123).

Interakcijska učinkovitost pomeni, da človek učinkuje na okolje in ob tem dobiva povratno informacijo, ki mu omogoča testiranje realnosti in izgrajevanje lastne identitete. Pri interakcijski učinkovitosti ne gre toliko za učinkovitost kot za **kvaliteto odnosov**, skozi katere človek osebnostno raste v procesu koevolucije. Koevolucija je proces recipročnega vplivanja v odnosu soodvisnosti, v katerem vse udeležene strani pridobivajo in v katerem tudi naletijo na meje možnega (Kobal, 2005; po Willi 1999).

Za vsak uspešen tim je značilna povezanost članov in pristno sodelovanje med njimi. Ključne značilnosti učinkovitega timskega dela so sproščena atmosfera, odprta diskusija med člani tima, jasno postavljeni cilji, člani tima se poslušajo med seboj, prisotno pa mora biti tudi nestrinjanje, doseganje konsenza in konstruktivna kritika. Timsko sodelovanje ne more uspevati, če posamezni člani ne cenijo vloška članov drugih poklicev, če nastopajo motnje v komunikaciji ali če organizacija ne nudi potrebne podpore. **Možne ovire** za dobre medsebojne odnose so ljubosumje, strah pred izgubo avtonomije, pomanjkanje znanja, nerealna pričakovanja drugih članov tima in nastajanje obrambnih mehanizmov, kadar so ljudje

»porinjeni« v delo v timu. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu so eden od temeljnih pogojev za kakovostne zdravstvene storitve (Kadivec in sod., 2006: 182).

1.4.1.4 Vrednote in etika v timu

Vrednota izraža odnos med emocionalnim doživljanjem osebe in določenimi kognitivnimi kategorijami (Jones in Gerard, 1993). Vrednote dajejo smernice za vedenje. Vrednota pomeni prepričanje, da je nekaj dobro in zaželeno, pomembno in vredno truda (Haralambos, 1980; po Kvas, Seljak, 2004: 113).

Izhodišče vsake etike je tisto, čemur pravimo moralna drža človeka (Hribar, 1996: 35). Pri njej gre za preučevanje ciljev in moralnih hotenj, za temeljna vrednotenja moralnih dejanj. Profesionalna etika je zapisana v etičnih kodeksih, ki so lahko tudi neformalni in jih torej zasledimo pri profesijah in pri poklicih (Kvas, Seljak, 2004: 117).

Odločanje po nujnosti omogoča linearno razvrščanje dejanj in dogodkov, odločanje po svobodi zahteva krožno oz. samoopisovanje in samopojasnjevanje (Šugman, Bohinc, 1997: 306). Konstruktivistična etika naredi zasuk od objektivnosti k odgovornosti: konstruktivizem postavlja temelje etike v svobodno izbiro odnosa do sveta (Kordeš, 2004: 253). Etika se tako iz morale, ki drugim predpisuje pravilnost ali ustreznost ravnanja, zaobrne v etiko etike, v kibernetiko, v kateri lahko le vsakdo sebi zapoveduje način lastnega doživljanja in obnašanja (Šugman, Bohinc, 1997: 306).

Skozi zgodovino ljudi spremljajo etična vprašanja, med katerimi sta v kontekstu profesionalne etike pomembni predvsem dve: Kaj je prav, da storim v tem položaju? Kaj sem dolžan storiti? **O etičnem ravnanju človeka govorimo takrat, ko zavestno doživlja zakonitosti celote in jih upošteva** (Kvas, Seljak, 2004: 115).

V vsakem pogovoru, ki ga imam, si prizadevam obvladati uporabo svojega jezika tako, da je etika implicitna ... S tem mislim, da naj jezik in ravnanje plavata na podzemni reki etike. Pri tem pa je treba paziti, da se ne potopita, tako da etika ne pride eksplicitno do besede in da se jezik ne izrodi v moralno pridigo (Förster, 1993; po Stritih, 1996: 111).

1.4.1.5 Komunikacija v timu

Komuniciranje je kompleksen dinamičen proces izmeničnega dajanja in sprejemanja. Poteka na različnih ravneh človekove eksistence: na fiziološkem, psihološkem in socialnem. Vsaka od teh ravni je medsebojno povezana z drugo, tako da skupaj tvorijo omrežen, kompleksen komunikacijski sistem. Motnje na eni ravni zato vodijo do motenj celega sistema in obratno: pozitivne komunikacijske izkušnje z ene ravni, npr. socialne ali medosebne, dobro delujejo na ostali ravni, na psihično in fiziološko. Komuniciranje pomeni bistveno več kot izmenjavo besed. Je zapleten proces medsebojne udeležnosti: jaz postajam nek tvoj del in ti postajaš nek moj del. Le če najdemo dostop do drugih, se dogajata sporazumevanje in komuniciranje (Ule, 2003: 114, 133).

Komunikacija je pogojena z mnogimi dejavniki, ki omogočajo vzpostavljanje pozitivnih delovnih razmerij. Komunikacija je tako pomembna, ker:

- morajo pripadniki različnih poklicev razumeti, kako delo posameznih članov prispeva k izidom, in vedeti, kako komunicirati z ostalimi;
- učinkovita komunikacija je potrebna za dobra pogajanja z drugimi člani tima;
- komunikacija je sredstvo za druge potrebne dejavnike sodelovanja, kot je npr. spoštovanje (San Martin-Rodriguez; po Kadivec in sod., 2006: 184).

Dobro komuniciranje je komuniciranje, ki presega ekonomske, sociokulturne in medosebne razlike ter proizvaja **zaupanje, spoštovanje in sodelovanje** (Ule, 2003). Komunikacija je osnova za nudenje zdravstvene oskrbe ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino (Ovijač in sod., 2006: 221).

1.4.1.5.1 Enosmerna in dvosmerna verbalna komunikacija

Pri enosmerni verbalni komunikaciji potuje sporočilo samo od oddajnika k sprejemniku, torej le v eno smer. Poteka hitreje kot dvosmerna verbalna komunikacija in daje videz večje urejenosti. Ker je komunikacija izmenjava sporočil, bi lahko rekli, da enosmerna verbalna komunikacija sploh ni komunikacija (Možina, Damjan, 1994: 17).

Toda eno od ključnih razumevanj, ki se je porodilo v okviru kibernetских, sistemskih pristopov sredi dvajsetega stoletja (Watzlawick in sod., 1967), je, da ljudje ne moremo ne

komunicirati. Kakršno koli že je naše komuniciranje – aktivno ali pasivno, z besedami ali s tišino, zavedno ali nezavedno, namerno ali nenamerno, uspešno ali neuspešno – v vseh primerih z njim nekaj izražamo, nekaj sporočamo in z njim vplivamo na tiste, s katerimi smo v interakciji, oni pa ne morejo ne odgovoriti na naše komuniciranje. Seveda pa to ne pomeni, da prejemniki sporočilo razumejo tako, kot ga je razumel njegov sporočevalec (po Šugman Bohinc, 2003: 81–83). Pri verbalnem sporazumevanju je zato pomembna dvosmerna komunikacija oz. povratni odziv: medsebojno preverjanje razumevanja, razlikovanje, dopolnjevanje, reinterpreteriranje – ustvarjanje skupnega jezika, ki v procesu krožnega povezovanja bogati obe strani.

Razgovor lahko opredelimo kot ožji proces znotraj širšega komunikacijskega konteksta, v katerem sogovorniki rekurzivno izmenjavajo svoje osebne interpretacije tega, kar je predmet razgovora, in skozi intenzivno preverjanje razumevanja partnerjevega razumevanja (z vprašanji in odgovori, s povzemanjem in pogajanjem, z ustvarjanjem dodatnih opisov – analogij, s preokvirjanjem dosedanjega, morda nezadovoljujočega pomena v smeri novih, bolj zadovoljujočih pomenov), razvijajo in bogatijo te svoje interpretacije v smeri novosti (novih interpretacij, pomenov, puntuacij, vedenjskih oblik in konkretnih akcij), se občasno sporazumejo o (največkrat za vse partnerje novih) skupnih interpretacijah, pri tem pa ohranjajo medosebno interpretativno različnost (Pask, 1992; po Šugman Bohinc, 2003: 84).

V socialnopsihološkem smislu je medosebno komuniciranje najpopolnejša oblika komuniciranja. Medosebno komuniciranje je dinamičen dvosmeren proces, ko sprejemnik da odgovor na sporočilo, ki ga je prejel. Medosebno komuniciranje je torej dogajanje, za katerega je značilna prisotnost ekspresivnih dejanj pri eni ali več osebah, zavestna ali nezavedna percepcija takšnih dejanj pri drugih ljudeh in povratno opazovanje, da takšno ekspresivno dejanje zaznavajo drugi (Ule, 2006: 118).

V zdravstvu se pogosto govori o pomembnosti informiranja uporabnika kot strategije za premagovanje tesnobe in strahu pred nepoznanim, v smislu pridobivanja kontrole nad situacijo in občutka obvladljivosti. Tudi Skynner (1994) pravi, da je pozitivna informacija pomemben blažilec stresne situacije. Pa vendar, četudi se oddajnik trudi z navajanjem obilice raznovrstnih informacij in nasvetov, je lahko ves trud zaman, če ne preverja razumevanja pri prejemniku. Bolan človek v stiski je namreč slab sodelavec, pogosto še svoj zaveznik ne more

biti, zato ima tako pomembno vlogo pri razvijanju delovnega odnosa prav empatično komuniciranje pomagajočega, nenehno preverjanje in napredovanje v majhnih korakih.

Prav tako prihaja do motenj komunikacije v medpoklicnem odnosu, če niso vzpostavljeni enakovredni odnosi. Enosmerna, linearna komunikacija je odraz hierarhičnih odnosov.

1.4.1.5.2 Komunikacija kot zdravljenje

Pogovor je del zdravljenja. Zdravljenje prav tako kot komuniciranje temelji na vzajemnosti, na obojestranskem angažiranju, na pomirjanju drugega. S takim razširjenim konceptom zdravljenja kot medsebojnega delovanja presegamo dualizem med zdravnikom in bolnikom. Tako predpostavljamo, da sta zdravljenje in bolezen tudi zdravnikov, ne pa samo bolnikov problem, da tudi zdravnika spravljata v stisko, in, seveda, da je rešitev problema, ozdravljenje osrečujoč občutek ne samo za bolnika, ampak tudi zdravnika in da je to osnova kvalitetnih komunikacijskih odnosov med njima (Ule, 2003: 113).

Močno zmanjšana **možnost izražanja** bolnika lahko pripelje v težko krizo, posebno če se že sicer čuti življenjsko ogroženega.

Čustva se sprožijo zaradi dogodkov, ki so lahko zelo dramatični ali popolnoma neopazni; intenzivnih trenutkov v našem življenju in naših potreb (potreba po dajanju in sprejemanju, potreba, da sprejemamo odločitve in smo sami odgovorni za svoje življenje, potreba po poizvedovanju oz. iskanju informacij ter komuniciranju) (Dickson, 1998). Čustva so povezana s potrebami. Če so te zadovoljene, se dobro počutimo. Kadarkoli zanikamo svoja čustva, se pretvarjamo, da nimamo potreb – imamo skrivnosti, te pa predstavljajo težko breme, ki ga moramo nositi sami (Field 1999; po Žnidarec Demšar, Erlah, 2004: 116).

Kjer ni komuniciranja, tam je strah – in občutek negotovosti, okrepljen z lastno nemočjo, ali, kot pravi Gottschlich (1998): Kdor ne more sporočiti svoje bolečine, ta v svojem duhu ne more razviti tudi nobene zdravilne moči za vodenje bolezenskega dogajanja (Ule, 2003: 149).

Kolikor manj medicina zaznava človeka v njegovi celosti, toliko manjše je njegovo izvorno zaupanje do osebja, ki nudi pomoč. Komunikacijska spretnost konstruira enega od ključnih

elementov terapije – **zaupanje** (Ule, 2003: 154); varen prostor za razvijanje odnosa. **Kajti če je navzoče zaupanje, lahko pride do usklajenosti, usklajenost omogoči strinjanje, ko se pojavi strinjanje, se rodi resničnost** (Kordeš, 2004: 258).

Zaupanje kot dejavna življenjska drža, kot način aktivne soudeležbe pri ustvarjanju sveta pomeni usmerjenost v tu in zdaj, hkrati pa stalno pripravljenost na spremembe. To je odsotnost dvomov v sedanji trenutek in sedanje početje, ne da bi izgubili zavest, da ne vemo, kaj bo prinesla prihodnost (Kordeš, 2004: 258).

1.4.2 SPECIFIČNOST VLOGE SOCIALNEGA DELA

Avtonomnost socialnega dela ni sama sebi namen, ampak je nujna za kontinuirano razvijanje odnosov socialnega dela kot avtonomnega podsistema družbe z drugimi strokami (Stritih, 1998; po Milošević Arnold, Poštrak, 2002: 7).

Socialno delo se od drugih strok in znanosti, ki se ukvarjajo s človekom in njegovo družbenostjo, razlikuje prav po tem, kako je vpleteno v človeško in družbeno vsakdanjost, in še zlasti v tem, da mora v svoji žlahtni, nebirokratizirani obliki podati **konkretne odgovore na konkretne stiske ljudi** (Flaker, 1995; po Žnidarec Demšar, 2004).

Tudi Jordan (1984) je pri iskanju svojevrstnosti socialnega dela ugotovil, da ga je nujno potrebno razmejiti od drugih disciplin. Od sociologije ga lahko razmejimo tako, da poudarimo pomembnost posameznikov, ki so v stiski, in njihovo umeščenost v skupnost. Od psihologije pa tako, da posameznikov ne kategoriziramo, ampak razumemo situacijo tako, kot jo predstavljajo ljudje. In kot pravi Čačinovi Vogrinčič (1998), da skupaj z uporabniki iščemo odgovore oz. odpiramo prostor za ustvarjanje zgodbe o sedanjosti in za nove možnosti spreminjanja preko sporočila o resničnem doživetju, sporočila o tem, kdo sem, kaj želim in kaj potrebujem (po Žnidarec Demšar, 2005).

Postmoderni, konstruktivistični pristop v socialnem delu poudarja proces, pluralnost znanja in glasu, raziskovanje možnega in odnosno kvaliteto znanja in vedenja (Čačinovi Vogrinčič, 2005: 1).

»Sociala« je nastala kot odgovor na socialne težave in stiske ljudi (Ramovš, 1995: 63). Predmet socialnega dela je reševanje kompleksnih socialnih problemov. Ključni pojmi so pomoč, reševanje problema in soustvarjanje novih rešitev v socialno delovnem odnosu, s katerim lahko mobiliziramo moč, ki jo ima posameznik ali družina. V temelju gre vedno za projekt sodelovanja, ki ga oblikujemo s sporazumevanjem, dogovarjanjem in skupnim ustvarjanjem rešitev, da bi, kot pravi Peter Lüssi (1991), udeleženci v problemu postali udeleženci pri rešitvi (po Čačinovič Vogrinčič, 2005).

Socialno delo s postmodernim, **kibernetiskim** pogledom na svet presega tradicionalni, znanstveno razumsko-objektivni pogled na svet, saj pojmuje resnico kot družbeno konstruirano (interpretirano) resničnost, resničnost torej, ki jo dogovorimo oz. ustvarimo v **socialnih interakcijah**. Ključ za sožitje pluralnosti osebnih in družbenih konstrukcij sveta pa je dialog, komunikacija; sposobnost, da se naučimo govoriti več jezikov (Anderson, 1995) in znamo pogledati tudi skozi okno drugega gledalca (po Šugman Bohinc, 2005: 157).

V socialnem delu se vedno znova srečujemo z osebnimi pogledi, osebnimi teorijami, osebnimi jeziki, skozi katere uporabniki psihosocialne pomoči konstituirajo in vzdržujejo sebe, svojo življenjsko zgodbo, **svojo resničnost**. In v psihosocialnih interakcijah smo tudi kot pomagajoči vedno neizogibno udeleženi s svojo lastno osebno zgodbo. Socialni delavec, ki izbere za svoj strokovno-teoretski okvir kibernetiko II. reda, se ne more več doživljati ločenega od opazovanega sistema, temveč se doživlja kot opazujoči sistem, neizogibno vključen v sistem svojega opazovanja, ki je prav tako opazujoč (Šugman Bohinc, 1997: 289).

Postmoderna konstruktivna paradigma v središče postavi **pogovor**, jezik pomoči, jezik socialnega dela. V procesu pomoči sta socialni delavec in uporabnik sogovornika. Lynn Hoffman jasno opozori, da strokovnjak odstopi od moči, da poseduje resnice in rešitve. Strokovnjakovo moč nadomesti občutljivo skupno iskanje, raziskovanje in soustvarjanje novega (Čačinovič Vogrinčič, 2005: 12). **Sistematično nesistematični pristop**, pristop čimbolj raznolikega odzivanja socialnega delavca na raznolikost uporabnikov njegovih uslug, zahteva veliko samostojnost strokovnjaka, saj se mora znajti in odgovoriti **tukaj in zdaj**, v vsakokrat novi, **neponovljivi** in **nepredvidljivi** socialni interakciji (Šugman Bohinc, 1997: 304).

Postmoderna perspektiva koncepta krepitve moči nas opozori, da mora socialno delo namesto objektivizacije problemov svoje ravnanje usmeriti v interpretacijo situacij s pomočjo komuniciranja in razgovora s klienti in skupnostjo (Healy, Fook, 1994; po Žnidarec Demšar, 2004). Premik k perspektivi moči nas usmeri, da v prispevku uporabnika iščemo njegovo moč, njegove vire. Koncept pomoči, ki temelji na **etiki udeležnosti in perspektivi moči**, ubesedi sedanost na novo, in sicer tako, da se ubesedijo novi viri moči in smisla, obnovijo se stari (Čačinovič Vogrinčič, 2005: 19).

1.4.3 MEDPOKLICNO IZOBRAŽEVANJE

Leta 1973 je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) začela svetovno gibanje medpoklicnega izobraževanja. Poudarila je **izboljšanje delovnega zadovoljstva in celosten odziv na pacientovo potrebo** (WHO, 1973). Medpoklicno izobraževanje omogoča študentom pridobivanje znanj, veščin in vedenj, ki jih v tradicionalnem načinu izobraževanja ne bi mogli pridobiti. Glavna naloga medpoklicnega izobraževanja je pripraviti bodoče člane zdravstvenega tima na sodelovanje ter jih opremiti z znanjem, vedenjem in veščinami, ki jih za to potrebujejo. Njegov namen je širjenje in bogatenje strokovnega znanja preko stikov s študenti različnih poklicev in obenem izboljševanje medosebnih spretnosti, ki služijo uspešnejšemu sodelovanju različnih strokovnjakov (University of Toronto, 2003). Usmerjeno je v vloge posameznih poklicev v zdravstvu, v posameznikove komunikacijske spretnosti, spretnosti spoznavanja in reševanja konfliktov ter skupinske spretnosti (Hall in Weaver, 2001; po Peterle, 2006: 262).

Ta način izobraževanja je po svetu že precej razširjen. Študije o medpoklicnem izobraževanju se v Severni Ameriki pojavljajo že od leta 1969 dalje. Najpogostejše udeleženske medpoklicnega izobraževanja so bile medicinske sestre, sledijo jim zdravniki, socialni delavci, farmacevti, fizioterapevti, delovni terapevti, psihologi, zobozdravniki, logopedi, patronažne medicinske sestre in babice ter dietetiki. V tujini se je izobraževanje za medpoklicno sodelovanje že marsikje vključilo v redno izobraževanje v obliki interdisciplinarnih modulov, problemsko zasnovanih predmetov, izbirnih vsebin ipd. Te oblike so lahko daljše in obsegajo več sto ur dela študentov do najkrajših, eno- ali dvodnevni seminarjev. Tako se študenti na različne načine srečujejo z bodočimi sodelavci že v času

formalnega izobraževanja in se s tem pripravijo na kasnejše delo. Avtorji navajajo številne **prednosti** takšnega izobraževanja **za študente, učitelje in paciente**. Študenti so nasploh visoko vrednotili medpoklicno učno izkušnjo, učiteljem je takšno izobraževanje prineslo priložnost za osebni, poklicni in akademski razvoj, pacienti pa so zaradi pogostejšega stika s študenti dobili več informacij in individualne pozornosti. S tem načinom izobraževanja se odpirajo možnosti za sodelovanje različnih fakultet, odpirajo se nove poti izobraževanja in raziskovanja (Peterle, 2006: 261–263).

Med definicijami, ki opredeljujejo medpoklicno izobraževanje, je najbolj razširjena definicija Centra za razvoj medpoklicnega izobraževanja v Angliji (UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE). »Izobraževanje je medpoklicno, ko se pripadniki/študenti dveh ali več poklicev/profesij učijo drug z drugim, drug od drugega in drug o drugem z namenom izboljšati sodelovanje in kvaliteto dela« (CAIPE, 2002; po Peterle, 2006: 261).

1.4.3.1 Medpoklicno izobraževanje v Sloveniji

Klasične oblike izobraževanja, kakršne so predavanja, konference in seminarji, imajo bolj malo učinka na spreminjanje prakse in so preživele. Izobraževanje, ki najbolj vpliva na spreminjanje obnašanja in kliničnega odločanja, je tisto, ki je organizirano za udeležence več poklicev istočasno, v majhnih skupinah, z metodami interaktivne udeležbe in z izkustvenim učenjem razreševanja različnih situacij. Še posebej je takšno izobraževanje učinkovito, kadar se nadaljuje s presledki, da udeleženci lahko preverjajo svojo prakso in se spet vrnejo v učni proces (Lunder, 2006: 195).

V slovenskem prostoru je medpoklicno izobraževanje organizirano predvsem v obliki podiplomskega izobraževanja – sodelovanja med strokovnjaki z že izoblikovanimi profesionalnimi identitetami. Dodiplomsko medpoklicno izobraževanje pa je v primerjavi s tujino še na začetku razvoja in uveljavljanja takšne prakse. Navajam dva primera dobre prakse.

Zdravstveni tim je pomembna aktivnost na področju medpoklicnega sodelovanja študentov. Leta 1998 se je začel izvajati na pobudo študentov farmacije, k sodelovanju pa so bili

povabljeni tudi študenti z Medicinske fakultete in Visoke šole za zdravstvo (kasneje tudi študenti Fakultete za socialno delo). Študentom omogoča dodatno strokovno izpopolnjevanje na specifičnih področjih in spoznavanje skupinskega dela na interdisciplinarnem področju.

Projekt je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela ter sega na področja, ki jih pokriva medpoklicno izobraževanje. Na teoretičnem delu, ki poteka dva dni, strokovnjaki iz različnih področij predstavijo teoretično ozadje določenega kliničnega problema, s katerim se študenti srečajo tretji dan v praktičnem delu, ki poteka na oddelkih Kliničnega centra v Ljubljani. Vsako leto izideta tudi dve publikaciji (Peterle, 2006: 264).

Mednarodni interdisciplinarni predmet Umiranje in žalovanje združuje študente različnih poklicev in celo različnih narodnosti. Razvit je bil pod vodstvom docentke dr. Majde Pahor (Visoka šola za zdravstvo) in docentke Birgit Rasmussen (Oddelek za zdravstveno nego Medicinske fakultete Univerze v Umei na Švedskem) in praktično uveden v študijskem letu 2002/03. Mednarodni interdisciplinarni predmet je izbirni predmet, ki vključuje študente višjih letnikov zdravstvene nege, delovne terapije in fizioterapije, splošne medicine, psihologije in socialnega dela Univerze v Ljubljani ter enakih oddelkov Univerze v Umei na Švedskem. Študenti torej sestavijo virtualni tim, saj prihajajo iz različnih fakultet in držav, zato je fizično druženje težko izvedljivo. Predmet je enosemestrski, dodiplomski, s 56-imi kontaktnimi urami. Poteka 12 tednov v angleščini s pomočjo računalniške platforme Ping Pong. Cilji predmeta se dotikajo osebnega področja študentov glede občutkov, pričakovanj, stališč in vrednot. Spoznajo vpliv družbenih struktur na umiranje in žalovanje, vloge različnih poklicev v interdisciplinarnem timu ter pridobijo ustrezno znanje in spretnosti o skrbi za umirajoče in svoje (Peterle:2006: 265).

1.4.3.2 Medpoklicno izobraževanje v Veliki Britaniji

V Veliki Britaniji in številnih drugih predelih sveta je promoviranje medpoklicnega sodelovanja in medpoklicnega izobraževanja visoko na zdravstvenem dnevnem redu.

Odgovorni organi za področje zdravstvenega in socialnega varstva v Veliki Britaniji so že prepoznali pomen priložnosti za študente različnih poklicev, da se izobražujejo skupaj, kot zaželen vidik začetnega poklicnega usposabljanja. Služba za zagotavljanje kakovosti navaja, da mora biti udeleženec izobraževanja za zdravstveni poklic sposoben učinkovito sodelovati v

pristopih k zdravstvenemu in socialnemu varstvu, ki vključujejo več poklicev in služb (Miers, 2006: 93).

Seveda pa je glavno gonilo medpoklicnega izobraževanja v Veliki Britaniji prav **Ministrstvo za zdravje, ki je medpoklicno izobraževanje vključilo v svojo splošno reformo zdravstva**, med drugim tudi kot odziv vlade na opažene neuspehe v zdravstvenem in socialnem varstvu, ki bi jih deloma lahko pripisali težavam v komunikaciji med strokovnjaki in kulturami zdravniške prevlade. Vendar pri promoviranju medpoklicnega izobraževanja Velika Britanija upošteva tisto, kar že dolgo poudarja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO; 1988) – potrebo po tem, da so zdravstveni delavci socialno in tehnično primerno usposobljeni, da delajo kot zdravstveni tim in se odzivajo na izražene zdravstvene potrebe skupnosti. Ministrstvo za zdravje je vključilo skupno delo več poklicev in služb v številne dokumente. Politika Ministrstva za zdravje v zvezi z delovno silo skuša vzpostaviti »pregled veščin«, ki ponujajo možnost za razvoj temeljnih znanj in kompetenc, kar omogoča poklicni napredek brez nepotrebnih ovir. Skupno izobraževanje se razume kot podpora skupnemu delu, timsko delo pa kot nujno za razvoj kakovosti zdravstva. Ministrstvo za zdravje vidi dve glavni možni vlogi medpoklicnega izobraževanja:

- promoviranje komunikacije in veščin timskega dela,
- povečevanje prilagodljivosti delovne sile in pa možnost razvoja novih vlog (po Miers, 2006: 93–94).

V smislu promoviranja medpoklicnega izobraževanja je Ministrstvo za zdravje financiralo štiri skupne izobraževalne pobude v Angliji (Southampton, Sheffield, Newcastle in London). Financiralo je tudi triletni program *Vzpostavljanje medpoklicne delovne sile*, ki je zadolžen, da izdela strateški okvir za izobraževanje in usposabljanje, ki bo podpiral timsko prakso in partnerstvo v delu zdravstvenega in socialnega varstva v Veliki Britaniji (Hughes in Marsh, 2006; po Miers, 2006: 93). V končni fazi gre pri izboljševanju medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja za izboljševanje izvajanja zdravstvene oskrbe, od česar bodo imeli največ koristi uporabniki storitev, saj je danes splošno razumljeno, da pojem »medpoklicno sodelovanje« vključuje tudi uporabnike storitev (Pollard, 2006: 69).

Kljub promoviranju inovativnih izobraževalnih pobud pa pogosto ni popolnoma jasno, kako organizirati izobraževanje, da bi pripeljalo do zelenih izidov. Glede primernosti časa izobraževanja potekajo razprave o tem, ali naj bo del izobraževanja na poti k profesionalni kvalifikaciji ali pa naj ga prevzamejo posamezniki, ki so že kvalificirani praktiki. Argument,

ki podpira **dodiplomsko** medpoklicno izobraževanje, je ta, da lahko reducira oblikovanje negativnih stereotipov o ostalih disciplinah, za kar je znano, da se razvije v času profesionalne socializacije (Herzberg, 1999). Druga alternativa pa je naklonjena **podiplomskemu** medpoklicnemu izobraževanju, ko je profesionalna identiteta že bolj izoblikovana, učenje pa je lažje postavljeno v klinično prakso (Freeth, 2005: 13). Ne glede na pogled o primernem času medpoklicnega izobraževanja pa med praktiki obstaja soglasje o potrebi po njegovem izvajanju (po Pollard, 2006: 63).

1.4.3.2.1 Medpoklicno izobraževanje na Fakulteti za zdravstveno in socialno varstvo, Univerza zahodne Anglije, Bristol, Velika Britanija

Navajam primer povzet po Miers (2006).

Septembra 2000 je Fakulteta (Faculty of Health and Social Care, University of the West of England, Bristol) uvedla nov dodiplomski medpoklicni predmet (modul) za vse poklicne skupine, ki jih izobražuje (zdravstvena nega odraslih, zdravstvena nega otrok, diagnostično slikanje, zdravstvena nega na področju mentalnega zdravja, zdravstvena nega za osebe z motnjami učenja, babištvo, delovna terapija, fizioterapija, radioterapija in socialno delo). Okvir predkvalifikacijskega učnega načrta obsega tri komponente, ki zagotavljajo stalne medpoklicne izkušnje:

- medpoklicne module, ki so obvezni za vse študente,
- program enopoklicnih modulov, ki vključuje rezultate medpoklicnega učenja,
- medpoklicno delo, ki je eden od elementov nadzorovane prakse študentov.

V času razvoja dodiplomskega medpoklicnega kurikulumu se je fakulteta strinjala, da odpre raziskovalni program, ki bo ovrednotil učni načrt. Splošni cilj programa je bil razumevanje učinkov predkvalifikacijskega medpoklicnega učnega načrta na timski študij in timsko delo študentov zdravstvenega in socialnega varstva od vpisa do kvalificirane prakse. Rezultati študije so pokazali, da so bili študenti, ki so imeli priložnost za timski študij, bolj pozitivni v medpoklicnih odnosih ob kvalifikaciji kot pa študenti, ki te priložnosti niso imeli. Poleg tega so bile medpoklicne skupine po devetih mesecih prakse znatno bolj pozitivne glede odnosov kot skupina z enim poklicem. Iz teh odkritij sledijo sklepi, da priložnost za medpoklicni študij prispeva k zaupanju študentov v njihove medpoklicne odnose. Ko študenti delajo kot kvalificirani poklicni strokovnjaki, obstaja tudi korelacija med njihovim zaupanjem v lastne

komunikacijske veščine oz. veščine za skupinsko delo in njihovimi medpoklicnimi odnosi. Pozitiven učinek medpoklicnega izobraževanja na zaupanje v medpoklicne odnose je verjetno posledica poudarka na timskem delu v učnem načrtu, kar pripelje do večjega zavedanja skupinske dinamike, lastne vloge in delovanja v skupini ter prepoznavanja dobre prakse kot tudi preprek, ki zavirajo le-to. Nekateri kvalitativni podatki raziskave pa so pokazali, da celo na fakulteti, ki poudarja medpoklicno sodelovanje, prihaja do določenih delitev med poklicnimi skupinami in do statusnih vprašanj, kar nakazuje, da ni lahko zagotoviti pozitivne izkušnje, če gre za timski študij v skupinah z zelo pestro sestavo.

2. PROBLEM

V slovenskem zdravstvu se zadnja leta veliko govori o kakovosti in potrebnosti spreminjanja. Raziskave zadnjih let so pokazale, da reforme zdravstva, ki so usmerjene samo na strukturne spremembe, ne prinašajo pričakovanih izboljšav v kakovosti dela (Scott in sod., 2003; Mills in sod., 2001). Blaauw in sod.(2003) navajajo, da je potrebno mehanistični in ekonomski perspektivi uvajanja sprememb v zdravstvu dodati še sociokulturno perspektivo, ki zajema posameznika z vsemi svojimi sposobnostmi in lastnostmi, kjer so ljudje v nenehnem povezovanju, odnosih, delajo v skupinah, medsebojno sodelujejo, imajo svoje vrednote, zaupanje idr. in, kot dodaja Gregory (1999), omogočiti holističen pristop do pacienta (po Skela Savič, 2006:172).

Razmere postmoderne družbe z vsemi posledicami ekonomskih in družbenih sprememb, so po eni strani osvobajajoče, saj ponujajo nove možnosti, po drugi strani pa povzročajo nova tveganja in nevarnosti. Kot pravi Beck (1998), so za sodobno »družbo tveganja« značilni novi riziki in novi socialni problemi. Ne samo da ni mogoče matematično izračunavati verjetnosti, da novi riziki nastopijo, ne da se niti predvideti, kakšni bodo, ker jih povzroča človek sam (po Kavav Vidmar, 2003: 10). Gre torej za kompleksne procese, ki nimajo jasne vzročno-posledične razlage, kajti vzrok in posledica izhajata drug iz drugega. Za učinkovito obravnavo posameznika v stiski je zato nujen celostni pristop, ki priznava skupen pomen bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, torej dojema človeka kot celoto notranjih procesov, v interakciji z zunanjim okoljem.

Biopsihosocialni model zdravja ponuja dopolnitev biomedicinskega modela zdravja in s tem prispevek k izboljšanju razmer v zdravstvu. Pri obravnavanju zdravja in bolezni vključuje vrsto različnih dejavnikov, ki jih ne more obvladati samo ena poklicna skupina, in tako nakazuje na potrebo po interdisciplinarnem timskem sodelovanju. V dosedanjih raziskavah je bilo ugotovljeno, da prav učinkovito timsko delo, vključujoč strokovnjake različnih profilov, lahko privede do zelenih rezultatov, to je do zadovoljstva vseh udeleženih (bolnikov in njihovih svojcev ter zdravstvenih delavcev). Glede na to, da je interdisciplinarno timsko delo v slovenskem zdravstvu v primerjavi s tujino še v razvoju, je namen moje empirične raziskave raziskati konkretne primere timskega dela pri nas in s tem opozoriti na timski način dela kot možnost za učinkovitejše delovanje sistema zdravstvenega varstva. Predvsem pa želim opozoriti na »socialni« del biopsihosocialnega modela zdravja; na pomen socialnih dejavnikov in socialnega funkcioniranja; na pomen socialne službe v timu in v zdravstvu.

3. METODOLOGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava je kvalitativna in deskriptivna, saj opisuje značilnosti timskega dela. Osnovno izkustveno gradivo sestavljajo besedni opisi, ki so obdelani po načelih in po postopku kvalitativne analize. Za izdelavo raziskovalne naloge sem uporabila kvalitativno metodo – polstandardizirani intervju. Ustni pogovor je potekal neposredno iz oči v oči. Zbrano gradivo predstavlja konkretne timske izkušnje socialnih delavk v zdravstvu: doživljanje in razumevanje svoje vloge ter vlog ostalih članov in s tem tima kot celote (Priloga 1, 2, 3).

3.2 Merski instrument

Podatke sem zbrala z neposrednim spraševanjem respondentk, tj. socialnih delavk, članic naslednjih timov:

- Tim dnevnega oddelka Enote za rehabilitacijo, Psihiatrična klinika Ljubljana;
- Tim centra za poklicno rehabilitacijo, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo;
- Paliativni tim Kliničnega oddelka za pljučne in alergijske bolezni (KOPA) Golnik.

V prvem primeru sem si odgovore zapisovala med intervjujem ter jih naknadno prepisala in dopolnila po spominu. V ostalih dveh primerih pa sem pogovor snemala na diktafon in relevantne odgovore naknadno zapisala. Merski instrument je polstrukturirani vprašalnik sestavljen iz dvanajstih vprašanj, ki sem jih med pogovorom dopolnjevala z dodatnimi podvprašanji oz. vzpodbudami za nadaljevanje respondentkinega pripovedovanja. Navajam vprašalnik:

1. Kako bi vi na kratko predstavili vaš tim (timsko delo), vizijo in cilje?
2. Kako bi opredelili svojo vlogo v timu? Kako jo doživljate?
3. Kako doživljate ostale člane tima?
4. Kako bi opredelili vlogo bolnika in njegovih svojcev? Kako jih doživljate, kako doživljate sebe v odnosu z njimi?
5. Kako doživljate medpoklicno sodelovanje? Kako vpliva na vašo profesionalno identiteto?

6. Kaj vas najbolj moti pri usklajevanju medpoklicnega dela? Kako rešujete konflikte?
7. Kaj vas motivira pri vašem delu?
8. Kako doživljate medosebne odnose v timu? Kako prispevate k dobri klimi?
9. Katere vrednote vašega tima bi izpostavili?
10. Kako bi ocenili procesni vidik timskega dela (koordinacija, načrtovanje, odločanje, komunikacija)? Kakšen je tip vodenja tima?
11. Kako razumete vlogo institucije (bolnišnice) in širšega okolja pri podpiranju timskega dela?
12. Ali lahko razmejite poklicno od zasebnega? Kaj vam je pri tem v pomoč?

3.3 Populacija

Populacijo predstavljajo tri socialne delavke, zaposlene v zdravstvu. So članice naslednjih timov: Tim dnevnega oddelka enote za rehabilitacijo (Psihiatrična klinika Ljubljana), Tim centra za poklicno rehabilitacijo (Inštitut RS za rehabilitacijo) in Paliativni tim (KOPA Golnik).

3.4 Zbiranje podatkov

Raziskovanje timskega dela v zdravstvu in odkrivanje primerov, relevantnih za nadaljnjo raziskavo, je potekalo preko telefonskih pogovorov in preko elektronske pošte v marcu in aprilu 2008. Intervjuje treh izbranih primerov sem opravila konec aprila in v začetku maja 2008. Pogovori so trajali približno uro in pol. Intervjuji so bili izvedeni v prostorih socialne službe posamezne institucije in sicer v Ljubljani (Psihiatrična klinika Ljubljana, Inštitut RS za rehabilitacijo) ter na Golniku (KOPA Golnik).

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Besedila intervjujev so obdelana po metodi kvalitativne analize, vsak primer posebej. Najprej sem s podčrtavanjem označila relevantne izjave ter jih, oštevilčene po vrstnem redu izpisala. Sledilo je prosto pripisovanje pojmov. Glede na zaznane vsebinske sklope kodiranih izjav sem le-te razporedila v širše kategorije. Sledilo je urejanje pojmov ter oblikovanje podatkov v

model značilnosti tima. Podatki vsakega intervjuja posebej so torej ločeno kvalitativno analizirani:

- Tim dnevnega oddelka: tabela: 3.5.1 – 3.5.4
- Tim poklicne rehabilitacije: tabela: 3.5.5 – 3.5.8
- Paliativni tim: tabela: 3.5.9 – 3.5.12.

Tabela 3.5.13 je primerjalna tabela končnih ugotovitev vseh treh timov (3.5.4, 3.5.8, 3.5.12), ki so združene v rezultate raziskave v tabeli 3.5.14.

4. REZULTATI IN RAZPRAVA

4.1 Oblikovanje prvih domen

Po opravljenih intervjujih so se oblikovali moji prvi splošni vtisi. Psihiatrija (psihiatrične bolnišnice) in celostna rehabilitacija (Inštitut RS za rehabilitacijo) sta področji zdravstvenega varstva, kjer je timsko delo že uveljavljeno in utečeno. Institucije so naravnane k timskemu načinu dela, ga podpirajo in po drugi strani tudi določajo s standardi, normativi, zakonodajo. Organizacijski okvir institucije (struktura, filozofija, način vodenja in upravljanja organizacije) se močno odraža skozi timsko delo, tudi člani tima so določene determinante sprejeli kot oporo pri svojem delu, kot stabilnost pri načrtovanju. A glede na to, da se pojavljajo znotraj iste institucije in celo istega oddelka različne timske dinamike ter specifične značilnosti timskega dela, je jasno, da institucija ne določa dokončne podobe tima. Notranje značilnosti tima: struktura, procesi in konkretni člani tima so tisti, ki oblikujejo specifično timsko identiteto. Vsekakor je vsebina oz. narava dela pogosto tista, zaradi katere so se oblikovale določene organizacijske značilnosti sodelovanja, ki narekujejo prilagajanje in svojo posebno pozornost, a tudi te se oblikuje skozi osebni pogled članov tima in kot take sovplivajo na rezultate in s tem na institucijo. Skratka, moje prve ugotovitve so bile, da so za učinkovito delovanje timskega dela sicer nujno potrebni določeni pogoji, določene okoliščine, ni pa moč oblikovati teoretično optimalnega modela tima, torej določiti odločilnih dejavnikov za oblikovanje dobrega timskega dela, kajti tim je dober prav tedaj, ko je fleksibilen. Poleg sistemskih in organizacijskih dejavnikov so zelo pomembni interakcijski dejavniki, torej individualna vloga vsakega člana posebej in njegova sposobnost za medsebojno komplementarnost. Dober tim je torej tisti tim, ki v konkretnih situacijah s konkretnimi ljudmi dosega svojo optimalno učinkovitost.

Paliativni tim bolnišnice Golnik še posebej izpostavlja pomen aktivne vloge članov tima. Je primer »oranja ledine« na tradicionalno hierarhičnem področju zdravstva. Inicativo in odgovornost za razvoj paliativne oskrbe so prevzeli zaposleni sami in v svoje običajno delo uvedli dve novi obliki dela: informativna srečanja za bolnike s pljučnim rakom in njihove svojce ter klinično pot. Predvsem s prvo intervencijsko strategijo, torej z informativnimi srečanji, so doprinesli k pomembnim spremembam v medosebnih odnosih v timu, kar pa je lahko učinkovit primer prakse in vzpodbuda za razvijanje sodelovalnih odnosov tudi na drugih področjih institucije oz. zdravstva.

4.2 Značilnosti timskega dela izbranih primerov

Zbrano besedno gradivo sem kvalitativno analizirala in oblikovala končni model značilnosti timskega dela, v katerega so vključene določene skupne značilnosti kot tudi specifične lastnosti posameznega primera. V razpravi skušam izkustveno gradivo povezati z že oblikovano teorijo, kot tudi izpostaviti konkretne značilnosti primerov v smislu raziskovanja novosti in specifičnosti. Le te so tudi pomemben prispevek mojega empiričnega dela naloge, kajti, kot pravi Mesec (1989), nam v okviru kvalitativnega pristopa ni do tega, da bi ugotovili pogostost različnih značilnosti pri določeni vrsti primerov (in prišli do posplošenih ugotovitev), ampak da bi odkrili konkretne spletke značilnosti, različne poteke dogodkov in raznolike možnosti doživljanja in ravnanja sistemov. Na posameznih primerih torej proučimo, kako so posamezne lastnosti, procesi ali dogodki med seboj povezani, v kakšnih odnosih in razmerjih so (Mesec, 2003: 11). Navajam model timskega dela (tabela 3.5.14).

MODEL TIMSKEGA DELA

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

svetovanje in informiranje

- spretnost pogovora in razgovora
- strokovnost: znanje in delovne izkušnje
- soustvarjanje izkušnje spoštovanja in osebnega dostojanstva

vzpostavljanje, vzdrževanje in razvijanje delovnega odnosa

- dogovor o sodelovanju, delitev vlog, dela in odgovornosti
- celostni pristop do uporabnika in svojcev
- spoštovanje edinstvene osebne izkušnje in osebnega dostojanstva
- krepitev moči posameznika
- delo na odnosni mreži iz perspektive moči; širjenje socialne mreže, reševanje konfliktov
- osebno vodenje: empatičnost

koordiniranje medosebnih odnosov v timu

- zagovorništvo uporabnika
- koordinacija interesov uporabnika, svojcev, strokovnega tima, institucije

ugotavljanje pravic iz socialne varnosti in pomoč pri uveljavljanju le-te

- svetovanje na podlagi zakonodaje in sodelovanje z različnimi institucijami

- priskrba materialnih virov

STROKOVNI TIM

delo brez uporabnika za uporabnika

- delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti med strokovnimi člani tima
- timski sestanki strokovnega osebja

relativna izključenost uporabnika iz procesa odločanja

krepitev strokovne timske identitete, kohezija, razbremenitev

- mesečno timsko druženje

CELOTNI TIM

struktura tima

skupni cilji

- določeni individualno z uporabnikom
- kakovostna celostna obravnava uporabnika in svojcev

delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti

- enakovrednost in soodvisnost vseh članov tima
- vodja tima vzpodbuja enakopraven položaj in enakovredno sodelovanje vseh članov

vpetost tima v zunanje okolje

- delo z uporabniki izven institucije
- sodelovanje z zunanjimi sodelavci, z relevantnimi službami, ustanovami, organizacijami

procesi v timu

sodelovanje

- preverjanje, koordinacija, načrtovanje
- komunikacija: pretok informacij, izmenjava mnenj, aktivno sodelovanje s predlogi
- medsebojna pomoč, reševanje problemov

vključevanje vseh članov tima v vse faze dela

VLOGA INSTITUCIJE IN ZUNANJEGA OKOLJA

podporna institucionalna klima

- naravnost institucije k timskemu delu
- organizirano izobraževanje

zunanje okolje

- podpora medijev
- družbenopolitični sistem: zakonodaja, socialna politika

DOŽIVLJANJE SEBE V ODNOSU Z DRUGIMI ČLANI TIMA

poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

samoiniciativa

- znanje, profesionalnost, delovne izkušnje
- odločnost, pogajanje, aktivna vloga
- komunikativnost, širjenje mreže strokovnih sodelavcev

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

samozavestna drža

- asertivna komunikacija
- odprtost za problematiko
- pozitivna naravnost

zavedanje osebne občutljivosti

sposobnost razbremenitve

- sprostitvene tehnike
- postavljanje meja

osebnostna rast

- delo na sebi

DOŽIVLJANJE MEDOSEBNIH ODNOSOV

vrednote tima kot celote

- delo v isto smer, v dobro uporabnika
- medsebojno sodelovanje, dopolnjevanje, razbijanje stereotipov
- ohranjanje avtonomnosti
- odprta komunikacija, razreševanje konfliktov
- zaupanje, lojalnost, enakovrednost, doslednost
- kohezija tima

ovire pri timskem delu

- manjkajoči član tima
 - menjava članov tima
 - zunanji sodelavec tima
-

4.2.1 Vloga socialnega dela

Iz rezultatov je razvidna kompleksna vloga socialnega dela, s celotnim mandatom. Tudi pri najbolj standardno pogojenem timu (Tim poklicne rehabilitacije) je razvidno, da ugotavljanje upravičenosti uporabnika do določenih pravic ne poteka zgolj administrativno, na podlagi dokumentacije, ampak skozi delovni odnos z uporabnikom in v povezovanju z zunanjo socialno mrežo.

Kajti mandat socialnega dela je več kot le posredovanje, da uporabniki dobijo, kar jim po zakonu in zapisanih konceptih pomoči pripada. Predmet socialnega dela ni zgolj dajanje pomoči, temveč pomoč pri reševanju kompleksnih socialnih problemov skupaj z njo (Čačinovič Vogrinčič, 2005: 24). Le soustvarjen proces pomoči, v katerem vsi udeleženi v problemu raziskujejo svoj delež v rešitvi, lahko pripelje do želenih in uresničljivih sprememb. *Glede svojcev in bolnika je zame zelo pomembno, da že takoj na začetku sklenemo, kdo bo kaj delal in kaj bom pri tem naredila jaz. Pomembna pa je tudi časovna razporeditev, da se naloge podajo v nizu* (tabela 3.5.11: 21).

Vzpostavljjanje, vzdrževanje in razvijanje delovnega odnosa socialne delavke z uporabniki in njihovimi svojci je temeljna kompetenca vloge socialnega dela v timu, kot tudi strategija za doseganje učinkovitosti pri delu. Delovni odnos v socialnem delu je koncept, ki omogoča in olajša proces pomoči. Okvir delovnega odnosa daje varnost in obenem vzpodbudo za sodelovanje; omogoča razvidno strokovno delo skupaj z uporabniki, soustvarjanje pogovora, soraziskovanje in sokreiranje dobrih izidov. Spretnost pogovora in razgovora je zato pomembna veščina socialne delavke, skozi katero lahko uporabi vse vire svoje profesionalne moči (Milošević Arnold, Poštrak, 2002: 102-105), t.j. teoretično znanje, praktične izkušnje ter svoje osebnostne lastnosti. *Pogovor, jezik je edino orodje, ki ga lahko uporabim* (tabela 3.5.3: 07). *Če nisi komunikativen, pripravljen poslušati, pomagati, potem ni možna uspešna rehabilitacija* (tabela 3.5.7: 42).

Predmet kibernetško utemeljenega socialnega dela nista več posameznik in »njegova« patologija, temveč **komunikacija** (interakcija, odnos) in predvsem **konverzacija**, v kateri skozi dialektiko (rekurzivnost) vprašanj in odgovorov uporabnik razvija novosti. Metoda kibernetškega socialnega dela je hermenevtika, krožna logika razumevanja skozi interpretiranje interpretacij. V postmodernem socialnem delu se socialna delavka, delavec uči

razumeti teorijo uporabnika (o problemu, virih moči, ciljih), da bi v razgovoru z njim prispeval k temu, da uporabnik razvija svoje interpretacije (vključno z vzorci obnašanja, socialnimi interakcijami) v smeri želenih, dogovorjenih ciljev, ki predstavljajo vodilno vrednost (Barnes, 1994: 163; po Šugman Bohinc, 2005).

Pogovor pa omogoči tudi izkušnjo spoštovanja in dostojanstva. Človek, ki v stiski vstopa v proces pomoči, potrebuje to izkušnjo, ta vir moči, da ga opogumi za nadaljevanje začetega. *Predvsem je naloga socialne delavke ta, da stvari zna predočiti na takten, postopen in individualen način* (tabela 3.5.11: 08). Pri delu z bolniki je še posebno pomemben spoštljiv odnos, drža, ki ohranja osebnostno dostojanstvo bolnika – odnos, ki neguje pozitivno samopodobo; krepi samospoštovanje in preprečuje fizično stigmo.

Postmoderni koncepti delovnega odnosa v socialnem delu poudarjajo predvsem partnerstvo, ravnanje iz etike udeležенosti in iz perspektive moči. Iz rezultatov je razviden koncept krepitve moči in delo na socialni mreži (aktiviranje naravne socialne mreže). *Ob bolečini je tudi socialna mreža zmedena in ti moraš najti nekoga, ki bo vodja in z njim navezati stik, torej s tistim, ki je trenutno najmanj čustveno prizadet* (tabela 3.5.11: 23). *Zelo pomembno se mi zdi delo na odnosni mreži, da gradim na tistem članu, ki je pripravljen sodelovat, če pa je socialna mreža skrčena, da jo malo razširim; da ene odnose omilim, druge skušam ojačati, krepiti, kjer se da* (tabela 3.5.11: 13). Koncept krepitve moči se nanaša na razpoložljivost virov (moči) in spreminjanje moči v vpliv (aktualizirana moč) (Žnidarec Demšar, 2004).

Praksa, ki temelji na perspektivi moči, pomeni, da bo vse, kar delaš kot socialni delavec, utemeljeno s tem, da pomagaš odkriti, olepšati, raziskati in izkoristiti klientovo moč in vire, ko mu pomagaš, da doseže svoje cilje, uresniči svoje sanje in razbije okove oviranosti in nesreč (Saleebey, 1997; po Čačinovič Vogrinčič, 2005: 18).

Delovni odnos v socialnem delu je tudi osebni odnos. Socialna delavka se osebno odziva: po načelu interpozicije ravna empatično, osebno se odzove na dogajanje v odnosu, ki nastaja (Čačinovič Vogrinčič, 2005: 16). *Odnose s pacienti doživljam precej osebno, določeni primeri me še vedno prizadenejo* (tabela 3.5.3: 14).

Za vzpostavljjanje in vzdrževanje kontinuiranega delovnega odnosa je potreben pristanek na sodelovanje vseh udeležенih ter sprejemanje odgovornosti za lastni delež pri soustvarjanju

rešitve. Delovni odnos zahteva svoje posebne pogoje, predvsem pa primeren prostor in dovolj časa. V socialnem delu pa se vzpostavljajo tudi enkratni odnosi, npr. pri informiranju, svetovanju idr. Tudi tu je pomembna komunikativnost in spretnost pogovora, le da je v takih primerih strokovnjak zaradi same narave dela nekoliko bolj izpostavljen pastem strokovnjaštva (drža vsevednosti). Etika udeležенosti (Hoffman, 1994) pa nas usmerja v to, da objektivnega opazovalca, socialno delavko, nadomesti sodelovanje; občutljivo skupno iskanje, raziskovanje (po Čačinovič Vogrinčič, 2005: 18). Tim zaposlitvene rehabilitacije še posebno izpostavi potrebo po odgovornem in sposobnem delovanju socialne delavke, pri občutljivem iskanju ravnovesja med osebno udeležенostjo in podrejanjem zakonodaji. *Socialne delavke imamo zelo močno vlogo ugotavljanja nekih pravic posameznika za naprej, kje je upravičen in kje ne* (tabela 3.5.7: 08).

Vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika je zelo izrazita v primeru paliativnega tima. Zagovorništvo je ena od aktivnosti, po katerih se socialno delo razlikuje od drugih pomagajočih poklicev. Namen zagovorništva je, da poveča občutek moči posameznice in posameznika; pomaga jima, da pridobita večje samozaupanje, postaneta asertivnejša, dobita več izbire v svojem življenju, izboljšata kvaliteto življenja in zmanjšata izgube, prikrajšanosti ter izključenosti (Zaviršek, 2002: 80). *Vseskozi pa je pomembna vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika...sposobnost vse to na timu prikazati, osvetliti določene težave tudi drugim članom* (tabela 3.5.11: 27).

Bolnikova vloga naj bi bila tista, ki jo je potrebno prvenstveno »zagovarjati«, toda praksa socialnega dela zahteva tudi prilagajanje in koordinacijo interesov bolnika, svojcev, timskega osebja in institucije.

Postmoderno naravnana socialna delavka, delavec se uči pričakovati novost, odgovoriti na enkratnost in raznolikost, s katero se sreča v interakciji psihosocialne pomoči, in biti pripravljen na presenečenje (Barnes, 2001; po Šugman Bohinc, 2005). *Moj odnos do njih je zelo različen, vsakič znova drugačen, glede na situacijo in razpoloženje, predvsem pa je zelo odprt* (tabela 3.5.3: 04). *Se pa dogajajo tudi presenetljivi premiki, zato je pomembno spremljati spremembe in izhajati iz vsakokrat nove situacije* (tabela 3.5.3: 13).

4.2.2 Strokovni tim

Izrazito interdisciplinarni tim, tim, ki postavlja v središče svoje pozornosti bolnika in njegove svojce, je med raziskovanimi primeri le Paliativni tim: informativna srečanja. V tem primeru so bolniki in njihovi svojci polno vključeni v proces dela in soodločanja, tudi na timskih sestankih. Kolikor bolj pa se delo strokovnega tima ločuje od uporabnika, toliko bolj se razblinja celovita timska identiteta. Delo tima brez uporabnika za uporabnika relativno izključuje soodločanje le-tega. Vključenost uporabnikovega interesa na timskih sestankih je sicer odvisna tudi od »zagovornišva« uporabnika s strani prisotnih članov strokovnega tima, vendar tak posreden način odločanja ne more nadomestiti prisotnosti uporabnika samega. Zato bi bila lahko pogostost delovanja strokovnega tima brez uporabnika eden od kazalcev stopnje interdisciplinarnosti tima.

Po raziskavah sodeč je v slovenskem zdravstvu večina timov nekje med multi- in interdisciplinarno obliko. Za multidisciplinarne time je navadno značilna hierarhična ureditev, člani delujejo vzporedno in neodvisno, individualne profesionalne identitete izpodrivajo timsko identiteto, bolniki pogosto dobijo oskrbo brez formalne komunikacije (Simonič, 2006: 276). Vse te značilnosti v raziskovanih timih niso prisotne, saj gre pri vseh primerih za zelo močno povezanost članov, za enakovreden in sodelovalen odnos. Pogostejše delovanje strokovnega tima brez uporabnika in svojcev pa kaže na oddaljevanje od »izrazito« interdisciplinarne oblike tima. Morda pa bi lahko ta način dela označili kot nekakšen hierarhičen odnos – moč stroke, ki poseduje resnice in rešitve, napram uporabniku, kar daje pridih multidisciplinarnega tima.

Povsem nekaj drugega pa so mesečni timski strokovni sestanki, ki ponudijo priložnost za krepitev medosebnih odnosov, kot tudi možnost za čustveno razbremenitev strokovnega osebja.

4.2.3 Tim kot celota

Rezultati raziskave kažejo, da je skupni cilj tima pomembna skupna točka, torej vrednota, ki povezuje in usmerja vse člane tima. V skupnem interesu je kakovostna obravnava uporabnika in njegovih svojcev, učinkovitost pri delu pa prinaša zadovoljstvo in s tem dodatno motivacijo za skupno vztrajanje vseh udeleženi.

V uspešnem timu ima vsak član predpisano vlogo, tako da čim boljše uveljavi svoj talent in znanje (Rems, 2007: 13). Pomembna je tudi vloga vodje, ki zna razširiti realistično vizijo sodelovanja, motivirati strokovnjake, ustvariti ustrezen organizacijski okvir (Pahor, 2007: 119). Bistvo celovitosti tima pa je enakovrednost vloge uporabnika in njegovih svojcev z ostalimi člani tima; zavedanje (Thomas, 2005), da mora biti v procesu izvajanja storitev glas uporabnika storitev slišan (po Pollard, 2006: 69). Temeljna značilnost interdisciplinarnih timov je namreč prav celostna obravnava bolnika, ki zahteva vključenost različnih strokovnjakov, kot tudi aktivno vlogo bolnika in svojcev.

Celovito sodelovanje pomeni dvosmerno komunikacijo, razumevanje in spoštovanje vlog drugih članov, delitev moči pri odločanju idr. Predvsem pa celostna naravnost tima pomeni razumevanje človeka kot biopsihosocialne celote. *Pri doživljanju stiske v bolezni pa gre še za specifične dejavnike, ki vplivajo na trpljenje. Zelo je pomembno, v katerem času življenjskega cikla je bolnik, kakšno pozicijo je imel v življenju, ali mora svojo bolezen prikrivati idr. Izgube na različnih področjih so različno pomembne za posameznika glede na dotedanji način življenja, vse to pa še sovpada s telesno bolečino* (tabela 3.5.11: 2, 25).

V okvir soustvarjanja in vzdrževanja ugodnega konteksta za razvoj zelenih sprememb in njihovo stabilizacijo sodijo koncepti in postopki, ki jih včasih imenujemo **pridruževanje klientskemu sistemu** in se nanašajo na vse, kar slednji prinese v interakcijo psihosocialne pomoči. Klientski sistem prinese v odnos s socialno delavko svoj osebni (lokalni) jezik doživljanja, razlikovanja, interpretiranja, razumevanja sebe, sveta, odnosov, svojega problema in njegove rešitve ter ravnanja z njima, prinese pa tudi svoje vire (po)moči, ki segajo od njegovih pozitivnih preteklih izkušenj z reševanjem problemov, njegovih močnih strani oziroma nadarjenosti, njegovih načrtov za prihodnost, upanja in hrepenenja, njegove socialne mreže, ekonomskih, izobrazbenih idr. virov, s katerimi razpolaga, itn., kar vse označujemo s pojmom perspektiva moči (Saleebey, 1992). Ne raziskujemo le klientovih virov (po)moči, ki si jih prizadevamo podpreti, okrepiti in aktivirati za učinkovitejšo rabo. Raziskujemo tudi klientove neučinkovite paradoksne vzorce reševanja problema, da bi jih konstruktivno preusmerili s postopki preokvirjanja (Watzlavick, 1974), kot je uporaba paradoksa, prestrukturiranje problema in rešitve v prostoru in času, pripovedovanje zgodb, metafor, analogij, raziskovanje izjem itn. (po Čačinovič Vogrinčič, Šugman Bohinc, 2000: 178).

Videti vsakega klienta kot nov, netrivialen primer, upoštevati medsebojno sovplivanje v procesu zdravljenja in poznati »prtljago«, ki jo prinaša (zmožnost, volja, izkušnje, navade, pričakovanja), so znamenja netrivialnega pristopa – edinega res uspešnega načina obravnavanja živih sistemov (Kordeš, 2004: 137).

Tim je torej skupina posameznikov s skupnim ciljem, ki so soodvisni pri izpolnjevanju nalog, soodgovorni za izide in so kot taki, kot socialna celota, povezani tudi z drugimi socialnimi sistemi, vključeni tudi v okolje izven institucije. Raven notranje strukturiranosti tima lahko pomembno vpliva na timsko delo, ki s procesnega vidika vključuje koordinacijo, načrtovanje, komunikacijo, vodenje, vključevanje članov, medsebojno pomoč, razreševanje konfliktov idr. Skozi vse te procese pa se vključujejo v sodelovanje posamezniki, ki s svojimi osebnimi značilnostmi in interakcijskimi sposobnostmi nenehno sovplivajo na kakovost sodelovanja in s tem na učinkovitost timskega dela. A tudi tim kot celota, še posebno, če so člani v močni interaktivni navezi, pomembno vpliva na posameznikovo samopodobo. Ule (2000) pravi, da posameznik gradi podobe o sebi na podlagi različnih, zanj pomembnih odnosov z drugimi ljudmi. Za nas pomembni ljudje nam s komentarji, mimiko, čustvenimi izrazi, s katerimi reagirajo na naše vedenje, postavljajo zrcalo, v katerem se ogledujemo, prepoznavamo in ocenjujemo (po Kvas, Seljak: 2006: 145).

4.2.4 Interakcijske značilnosti tima

Iz raziskave vseh treh primerov timskega dela je razvidno, da se socialne delavke v odnosu do drugih strok počutijo avtonomne in enakovredne. Strokovno identiteto socialnega dela so si pretežno pridobile z lastno iniciativo, *ki jo je treba vsak dan znova ohranjat in krepit* (tabela 3.5.11: 32)...*da ohranjam aktivno vlogo in ne da samo kimam in se zgubim med drugimi* (tabela 4.3: 06).

Eden izmed kriterijev za uveljavitev statusa profesije je tudi lasten odnos do izobraževanja. Respondentke poudarjajo pomen znanja in stalnega izobraževanja. V dveh primerih ima pri tem pomembno podporno vlogo institucija. Poleg izobraževanja je zelo pomembno tudi učenje. V zadnjem času pridobiva vedno večji pomen tako imenovano vseživljenjsko učenje in izobraževanje, ki je skupna formula, v okviru katere se lahko združijo vse vrste učenja in

poučevanja (Kvas, Seljak, 2006: 54), tudi učenje na delovnem mestu. *Treba je stalno spremljat novo zakonodajo in nove stvari vnašat* (tabela 3.5.7: 38).

Na vedno večji pomen vseživljenjskega učenja in izobraževanja vplivajo zlasti hitre spremembe v današnji družbi, ki zahtevajo od posameznih skupin, institucij in od posameznikov prožnost in ustvarjalnost. Ule (1999) navaja, da izobraževanje odraslih postaja v postindustrijskih družbah normalna sestavina življenja, ko posameznik le nadaljuje učenje in dopolnjuje že doseženo znanje. Primarni cilj takega izobraževanja je predvsem osebni razvoj, skratka povečanje posameznikovega »kulturnega kapitala« (po Kvas, Seljak, 2006: 54). *Vedno znova pleteš mrežo strokovnih sodelavcev različnih ustanov, vseskozi pleteš in širiš to mrežo in se nadgrajuješ* (tabela 3.5.7: 40).

Profesionalno držo, samozaupanje v lastno vlogo torej respondentke utrjujejo z znanjem (pridobljenim skozi izobraževanje in z delovnimi izkušnjami) ter z lastnim, aktivnim zastopanjem identitete socialnega dela. Strokovno znanje je pomemben vir moči in krepitve vloge socialnega dela, skupaj s sposobnostjo komunikacije, ki omogoča udejanjanje znanja. Aktivno zastopanje vloge socialnega dela pa je izvirno in prepričevalno le tedaj, ko verjameš vanjo. *Delo mi je v zadovoljstvo in če bi se morala še enkrat odločit, bi se še enkrat za isto* (tabela 3.5.7: 43). Dobro počutje v lastni vlogi torej vodi v dobre rezultate pri delu, ki so vir zadovoljstva, zadovoljstvo pri delu pa je v vseh primerih izpostavljeno kot najmočnejši motivator za nadaljnje delo... Tako se procesi krožno podpirajo in napajajo drug iz drugega. Tudi osebno samozaupanje se nekako prepleta s poklicnim, saj je iz pripovedi respondentk razvidno, da delovno mesto, ki nudi zadovoljstvo, zasede pomemben delež osebne niše posameznice.

Seveda pa je potrebna tudi zavestna skrb za čustveno razbremenjevanje in preventiva pred »poklicno izgorelostjo«. Glede na to, da v institucijah niso organizirane supervizije, je tudi na tem področju razvidna lastna skrb za svoje počutje. *Pomemben je lasten način življenja, da se znaš sprostiti, se razbremeniti s pogovorom; delo na samem sebi, osebna rast; sposobnost postavljanja meja* (tabela 3.5.11: 44-46).

Doživljanje medosebnih razmerij v timu je povezano s skupnimi vrednotami tima in pa z zaznanimi ovirami pri timskem delu.

Pripravljenost na sodelovanje pomeni željo, ostati v skupini, odvisna pa je od izobraževanja, predhodnih izkušenj in osebne zrelosti (Pahor, 2006: 120). Sposobnost priklicati drug drugega v sodelovanje; zaupanje in lojalnost; razumevanje, spoštovanje in upoštevanje mnenj vseh članov; odprtost tudi za konflikte – vse to so v raziskavi navedene vrednote tima, ki izražajo pripravljenost na sodelovanje. *Delo v isto smer, v dobro bolnika in svojcev* (tabela 3.5.11: 37) pa je verjetno tista temeljna vrednota tima, ki odpira varen in obenem motivacijski prostor za razvijanje ostalih skupnih vrednot.

Komunikacija v timu je nujno potrebna za sodelovanje, obenem pa je tudi vrednota, ki odnose krepi in bogati. *Brez timskih sestankov si sploh ne znam predstavljati dela; imamo zelo odprto komunikacijo* (tabela 3.5.7: 21, 41).

Komunikacija je osnova za nudenje kompletne zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi. Ne pomeni le prenosa informacij, temveč je posrednik drugih sestavin sodelovanja, kot so medsebojno spoštovanje in zaupanje (Henneman in sod., 1995; po Domanjko in sod., 2006: 257).

Kakovost komuniciranja se izraža tudi pri spoprijemanju s konflikti. *Konflikte rešujemo vedno odprto in glasno* (tabela 2: 18). Člani torej vidijo konflikte kot neizogibni del odnosov in obenem kot izziv, kot možnost za razvoj novih idej. Podlaga za odprto komunikacijo pa je tudi medsebojno zaupanje v odnosu.

Ena najpomembnejših posledic medosebnega komuniciranja je medosebni odnos. Medosebni odnos se začne z obojestranskim spoznavanjem. Brez samorazkrivanja ni mogoče ustvariti odnosa. Samorazkrivanje pomeni, da z drugimi delimo svoja čustva in reakcije na trenutno situacijo, a tudi tiste podatke, ki so nujni za razumevanje naših sedanjih razkrivanj. Če skrivamo svoje reakcije do drugega, se odnos ne bo razvijal, temveč bomo čutili napetost in neugodje. Samorazkrivanje vedno vključuje tudi tveganje, da nas bodo drugi prizadeli ali zavrnil. Torej temelji tudi na zaupanju (Ule, 1992: 191).

Je pa problem pri teh timskih delih, ko pač en člen verige popusti in ga ni (tabela 3.5.7: 45). Notranja stabilnost in zrelost tima naj bi omogočala odprtost za spremembe in fleksibilnost – tudi v primerih odsotnosti člana tima, kar pa zahteva dodatno energijo in čas. Iz izjav respondentk je razvidna pomembnost stalnih članov tima, torej prednost »uigranega« tima.

4.2.5 Zunanje okolje

Pomen ožjega – institucionalnega okolja za timsko delo se kaže predvsem v fleksibilnosti organizacijske strukture, ki naj bi podpirala vizijo in cilje tima. Kajti, če je organizacijska struktura hierarhična (Pahor, 2006: 119), bodo v njej zelo težko zaživel sodelovalni odnosi. Institucija, v kateri poteka timsko delo, je neposredno okolje, iz katerega člani tima pridobivajo sredstva za delovanje: čas, prostor, material, podporo pri pridobivanju znanja. Rezultati raziskave kažejo na podporno institucionalno klimo timskemu načinu dela. Predvsem je izražena v obliki zagotavljanja materialnih pogojev in organiziranja izobraževanja za zaposlene. *Če pričakujemo, da bodo zdravstveni delavci v okrilju tima delali skupaj in si delili strokovno znanje, je pomembno, da jih izobraževanje in usposabljanje na tak način delovnega sodelovanja tudi pripravi* (Romanow, 2002; po Šmitek, 2006: 142).

Širši kontekst timskega dela pa oblikujejo različni sistemi (družbeni, kulturni, poklicni, izobraževalni), ki na globalni ravni določajo temeljna razmerja v družbi. Družbeni sistem pomeni najširši normativni okvir, ki vključuje politično ureditev in porazdelitev moči. Ta lahko sistematično producira politične in pravne spodbude medpoklicnemu sodelovanju, saj je to zapisano v temeljnih aktih večine sodobnih držav, ni pa nujno tako, kar bi pokazala podrobnejša analiza državnih aktov in ukrepov. Ovire za sodelovanje so družbene in poklicne razlike v moči, statusu in vlogah (Pahor, 2006: 118).

Iz raziskave je razviden vpliv zakonodaje na delo socialnih delavk, širše gledano torej vpliv socialne politike oz. družbenopolitičnega sistema.

Socialna politika je sklop ciljev, ukrepov in drugih instrumentov za usmerjanje socialnega razvoja. Socialna politika (Barker, 1995) pomeni vse tiste dejavnosti in načela, ki usmerjajo načine intervencij in uravnavajo razmerja med posamezniki, skupinami, skupnostmi in socialnimi institucijami. Ta načela in aktivnosti izhajajo iz družbenih vrednot in običajev in v precejšnji meri določajo delitve razpoložljivih virov in stopnjo blaginje ljudi. Socialna politika torej vsebuje načrte in programe na področju izobraževanja, zdravstva, pravosodja, ekonomske varnosti in socialnega varstva, ki jih pripravljajo vlade, dobrodelne organizacije in predstavniki civilne družbe. Sem sodi tudi socialna perspektiva, ki izhaja iz družbenih možnosti in omejitev (po Milošević Arnold, Poštrak, 2002: 12, 13).

V Veliki Britaniji je npr. država oz. Ministrstvo za zdravje preko projektnega financiranja in še na druge načine spodbujala interprofesionalno sodelovanje v zdravstvu (Pollard, 2004; po Pahor, 2006: 118). Ministrstvo za zdravje je namreč medpoklicno izobraževanje vključilo v svojo splošno reformo zdravstva, kar pa ne velja za Slovenijo. Robida (2006: 26) poudarja, da potrebujemo za sistematičen pristop pri razvoju uspešnega timskega dela v Sloveniji usklajeno sodelovanje med ključnimi interesnimi skupinami, kot so izvajalci, vodstvo, izobraževalni sistem, plačniki in zdravstvena politika.

4.2.6 Timsko delo – izraz biopsihosocialnega modela zdravja

V klinični praksi naj bi vedno pogostejše uporabljali biopsihosocialni model zdravja, ki zahteva interdisciplinarni pristop k pacientu. Eksplicitno poudarja odnosno raven (relacijo med pacientom in zdravstvenimi delavci), ki vpliva na potek zdravljenja. Ta model poudarja pomen obeh, zdravja in bolezni, ne le bolezni, zdravje pa dobiva poseben pomen. Zdravje ni več nekaj samo po sebi danega, temveč dinamičen proces, ki je močno odvisen od izpolnjenosti posameznikovih bioloških, socialnih in psiholoških potreb, za kar se lahko vsakdo aktivno zavzame, zlasti če se nauči prisluhniti sebi (Kvas, Seljak, 2006:18).

Interdisciplinarno timsko delo, z enakovrednim vključevanjem bolnika in njegovih svojcev, ponuja prijetnejši in učinkovitejši način dela za vse udeležene v procesu zdravstvene oskrbe. Če je vzpostavljen delovni odnos, ki omogoča aktivno vlogo bolnika in bližnjih, se skozi delovno interakcijo razodene celostna podoba bolezenske situacije. Edino kot taka, celostna in osebno resnična, lahko omogoči raziskovanje in sooblikovanje dobrih izidov. Potrebno je le zagotoviti določene predpogoje, kot so: varen, zaupanja vreden odnos, odstopanje od absolutne moči strokovnjaštva, spoštovanje edinstvenosti osebne izkušnje, dopuščanje netrivialnosti idr., da se lahko vzpostavi in ob primerni podpori (usmerjenost na vire) razvija sodelovalni proces pomoči, ki vse udeležene v problemu »transformira« v udeležene v rešitvi.

Svojo posebno pozornost pa zahteva tudi proces ponovne stabilizacije spremenjenih vzorcev (npr. življenjskega stila) pri klientu. Za to klient potrebuje številne povratne zveze in potrjevanja, preizkušati mora nove vedenjske vzorce v različnih situacijah, kot tudi integrirati

in preplesti nove vedenjske vzorce in koncepte o sebi v obstoječe smiselne odnose, opise samega sebe in v socialne strukture (Schiepek in sod., 2005: 10).

Enakovredna udeležенost in slišанost v odnosu pomeni tudi enakovredno odgovornost. Z vidika stališča udeležенosti se vsak vidi kot del sveta, zato je vsak odgovoren zase in ne more prelagati odgovornosti na nikogar drugega. Kar pomeni, da je npr. zdravnik odgovoren zase in za to, kar se dogaja njemu, in bolnik zase. Bolnik ni brezvplivni predmet opazovanja ali delovanja drugega, ampak je aktiven soustvarjalec svojega stanja in odločitev glede svojega življenja in tudi zdravja. On je tisti, ki lahko dopusti spremembe v svojem življenju in vzpostavi določene življenjske navade (Jeriček, 2005: 232).

Biopsihosocialni model zdravja kot razširitev biomedicinskega modela zdravja – s celostnim pristopom v obliki timskega dela – ponudi določene odgovore na potrebe zdravstvenega varstva v postmoderni družbi. Človek kot biopsihosocialna celota zahteva celostno zdravljenje, ki pa je po rezultatih dosedanjih raziskav najučinkovitejše v obliki interdisciplinarnega timskega dela. Tudi moja empirična kvalitativna raziskava na svoj edinstven način potrjuje pomen timskega dela.

4.3. Povzetek ugotovitev raziskave

Empirično gradivo raziskave sem pridobila skozi intervjuje s socialnimi delavkami – torej predstavljajo gledišče socialnih delavk na timsko delo v zdravstvu. Moj namen je bil sicer intervjuvati tudi ostale člane tima (in s tem pridobiti kompleksnejše rezultate), vendar v konkretnih razmerah to ni bilo izvedljivo, zato sem se osredotočila na dogovarjanje s socialnimi delavkami, zaposlenimi v zdravstvu. Izpostavila sem tri socialne delavke oz. njihova delovna mesta, kjer je socialno delo vključeno v timsko delo. Rezultati raziskave so pokazali, da je socialno delo v vseh treh primerih enakovredno zastopano v primerjavi z ostalimi strokami. Vloga socialne delavke, njena specifična dela in naloge izražajo pomen socialnega dela v timu; predstavljajo nenadomestljivi timski delež, za katerega je v procesu soustvarjanja skupnih ciljev odgovorna socialna delavka. V Timu poklicne rehabilitacije je socialna delavka tudi vodja tima, kar pomeni, da so člani odgovornost za vodenje tima

dodelili osebi, katere strokovno področje smatrajo kot najprimernejše za vodenje poklicne rehabilitacije.

Paliativni tim KOPA Golnik predstavlja dober primer prakse paliativne oskrbe v Sloveniji. Temeljna značilnost paliativnega tima je celostna naravnost, torej sprejemanje človeka kot biopsihosocialne celote. Specifičnost vloge socialne delavke se kaže v zagovorništvu bolnika in v konkretni, pristni povezanosti z uporabnikom in njegovimi svojci. Socialna delavka je s svojo lastno iniciativo ustvarila enakovredno mesto profesiji socialnega dela v odnosu z drugimi profesijami.

Tim dnevnega oddelka predstavlja dober primer prakse timskega dela na področju psihiatrije, kjer je socialno delo enakovredno vključeno v proces dela z ostalimi strokami. Prav tako tudi Tim poklicne rehabilitacije predstavlja obliko timskega dela z uveljavljeno vlogo socialnega dela v timu. Timsko delo je v obeh primerih že utečeno in preizkušeno kot učinkovita oblika pomoči. Tudi respondentki obeh timov sta izrazili, da si ne predstavljata učinkovitega zdravljenja brez timskega sodelovanja. Posamezniki pa so tisti, ki oblikujejo karakteristiko določenega tima, tako v smislu lastne iniciative članov, kot v smislu medosebnega odnosa oz. timske dinamike. Zato bi verjetno raziskave ostalih timov na teh področjih prikazale še več specifičnosti, ki se nanašajo na interakcijske značilnosti tima in na potrebo po fleksibilnosti tima, medtem ko je timski način dela sprejet (in podprt s strani institucije) kot učinkovita oblika dela.

Model timskega dela vključuje notranjo in zunanjo strukturiranost, procesni vidik ter medosebne značilnosti timov. Temeljno ogrodje modela predstavlja struktura tima (skupni cilji, delitev vlog, nalog pravic in odgovornosti, povezanost z okoljem), procesni vidik pa je izražen kot enakovredno in enakopravno sodelovanje, dobra in odprta komunikacija, medsebojna pomoč in sposobnost reševanja konfliktov. Specifični delež timskega dela oblikuje posameznik oz. interakcija posameznika s konkretnimi člani tima in v konkretnih okoliščinah. Primerjalni model značilnosti timov (tabela 3.5.13) tako vključuje določene temeljne značilnosti, pomembne za učinkovito timsko delo, kot tudi specifične značilnosti posameznega tima, ki so dobre in učinkovite samo v konkretnem timu in v konkretnih okoliščinah.

Pri oblikovanju rezultatov raziskave pa ne smem zanemariti tudi vpliva raziskovalca, torej mene osebno, na rezultate. Upoštevanje stališča udeležnosti namreč pomeni, da opazovalec, ki se vključi v sistem svojega opazovanja, skozi interakcijo soustvarja odnos in tako s svojo osebno udeležnostjo sovpliva tudi na rezultate. Čeprav je bila moja empirična raziskava tako rekoč korak na neznano področje (za razliko od raziskav, ki so jih opravile kolegice z delovnimi izkušnjami v zdravstvu), pa v raziskavi ni šlo le za »odkrivanje« (nečesa, kar že obstaja), ampak, zaradi moje osebne vključenosti, tudi za »soustvarjanje« rezultatov.

Z zastopanjem biopsihosocialnega modela zdravja sem torej poskušala raziskati tudi vlogo socialnega dela v zdravstvenem timu – odkriti in obenem soustvariti pomen socialnega dela za bolezen in zdravje.

5. SKLEPI

- Človek je celota, ki je del večje celote, v nenehni interakciji s svojim okoljem. Zdravstveno stanje tako kompleksne celote lahko označimo le kot trenutno stanje, saj gre pri zdravju oz. bolezni za večdimenzionalni koncept, za proces, ki se spreminja z osebnim (ne)spreminjanjem – v interakciji s pomembnimi življenjskimi dejavniki. Bolezen za posameznika pridobi osebni pomen resničnosti tedaj, ko se objektivne lastnosti povežejo s subjektivnim pomenom, z osebno občutljivostjo. Za učinkovito pomoč bolniku je zato nujen celosten pristop, ki poudarja pomen bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov.
- Biopsihosocialni model zdravja s konceptom celostnega pristopa do pacienta ponuja možnost učinkovitega reševanja kompleksne problematike sodobnega bolnika. Na osnovi teoretskih in empiričnih raziskovanj je bilo ugotovljeno, da je interdisciplinarno timsko delo najučinkovitejša oblika zdravstvene oskrbe za vse udeležene v timu, tako za bolnika in njegove svojce, kot za strokovno osebje. Biopsihosocialni model zdravja pri obravnavanju zdravja in bolezni vključuje vrsto različnih dejavnikov, ki jih ne more obvladati samo ena poklicna skupina, zato ostane v okviru tega modela veliko možnosti za delovanje različnih profesij.
- V rezultatih empirične raziskave sem predstavila vlogo socialnega dela v zdravstvenem timu; konkretna dela in naloge socialnih delavk, ki izražajo pomen socialnega dela v timu in v zdravstvu.
- Teorija socialnega dela (koncepti in metodika) se učinkovito vključuje v področje zdravstvenega varstva. Različna področja sicer zahtevajo svojo specializacijo, velik pomen pa zaposlene socialne delavke pripisujejo učenju ob delu (delovne izkušnje) oz. vseživljenjskemu izobraževanju.
- Pomen posamezne vloge v timu se ne povezuje z nazivom profesije, ampak gre bolj za osebne oz. interakcijske dejavnike. Za enakovrednost in slišnost med sodelavci se mora vsakdo sam potruditi in svoj status, svojo profesionalno identiteto ohranjati vsak dan sproti. Za uveljavljanje novosti je prav tako pomembna lastna iniciativa.

6. PREDLOGI

- Biopsihosocialni model zdravja s svojo celostno naravnanoostjo odpira možnost za delovanje različnim strokam v zdravstvu. Tudi socialno delo si lahko ustvari svojo lastno nišo v sistemu zdravstvenega varstva, s strokovnim in samozavestnim zastopanjem svoje profesionalne identitete. Pomembna je povezanost in organizirano sodelovanje socialnih delavk in delavcev zaposlenih v zdravstvu, kot tudi ustvarjanje trdnega zaledja s kompetentnimi institucijami kot so Fakulteta za socialno delo, Društvo socialnih delavk in delavcev Slovenije, Socialna zbornica Slovenije idr.
- Za slišnost glasu socialnega dela v zdravstvu predlagam aktivno sodelovanje Sekcije socialnih delavk in delavcev zaposlenih v zdravstvu z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, s Slovenskim zdravniškim društvom in drugimi organiziranimi pobudami v zdravstvu.
- Za uveljavljanje socialnega dela v zdravstvu in za večjo prepoznavnost v javnosti predlagam več literature o socialnem delu v zdravstvu ter avtorske prispevke, objavljene v različnih revijah, publikacijah, javnih medijih.
- Uveljavljanje interdisciplinarnega timskega dela v zdravstvu zahteva aktivno medpoklicno sodelovanje. Pomembna je pripravljenost na sodelovanje različnih fakultet (povezovanje študentov socialnega dela, medicine, zdravstvene nege in drugih v skupno organizirane projekte dodiplomskega študija) kot tudi interes zaposlenega osebja v zdravstvu za medpoklicno izobraževanje.
- Sekundarna vloga socialnega dela v zdravstvu, s slabo urejenim organizacijskim in podpornim sistemom, razpeta med dve ministrstvi (Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve), kliče po posebni pozornosti tudi s strani Fakultete za socialno delo, zato predlagam več organiziranega sodelovanja. Predlagam tudi raziskavo na temo socialnega dela v zdravstvu kot organiziran projekt in pobudo fakultete.

7. LITERATURA

1. Albreht, Tit. 2006. Sodelovanje med različnimi poklici v zdravstvenem varstvu. V: Kvas, Andreja, Pahor, Majda, Klemenc, Darinka, Šmitek, Jana (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT).
2. Armstrong, Lance. 2006. Ne gre samo za kolo: moja vrnitev v življenje. Tržič: Učila.
3. Beder, Joan. 2005. Hospital Social Work: the interface of medicine and caring. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
4. Brus, Alojz. 1994. Organizacijsko-ekonomski in informacijski procesi v zdravstveni dajavnosti. Kranj: Moderna organizacija.
5. Cijan, Rafael, Cijan, Vladimir. 2003. Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
6. Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 2005. Socialno delo z družinami: študijsko gradivo za šolsko leto 2005/2006. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
7. Čačinovič Vogrinčič, Gabi, Šugman Bohinc, Lea. 2000. Učinkovitost (uspešnost) razgovora v socialnem delu z družino. *Socialno delo* 39, 3:175-190.
8. Červ, Branka, Klančnik, Maja. 2006. Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. *Obzornik* 40, 2: 90-112.
9. Česen, Marjan. 2003. Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
10. De Vries, Sjef. 1995. Psihosocialna družinska terapija. Logatec: Firis.
11. Dolenc, Anton. 1993. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Tangram.
12. Domanjko, Barbara, Kvas, Andreja, Štrancar, Klelija, Bojc, Nina, Pahor, Majda. 2006. Živeta interprofesionalna razmerja. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
13. Eržen, Irena, Stevanovič, Jolanda. 2002. Kakovost delovnega življenja socialnih delavk zaposlenih v zdravstvu. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
14. Fatur Videtič, Andrejka. 2006. Upoštevanje bolečine pri odločanju o bolnikovi vrnitvi na delo. *Rehabilitacija* V,1-2: 68-73.
15. Filej, Bojana. 2006. Gradimo danes za jutri. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.

16. Hribar, Tine. 1996. Etika in profesionalnost. V: Pauk, Miha (ured.), Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik. Maribor: Inštitut Antona Trstenjaka.
17. Jeriček, Helena. 2005. Epistemologija zdravja. *Časopis za kritiko znanosti* 33, št. 221: 222-233.
18. Kapš, Peter. 2001. Zgodovina zdravstva: oris svetovnega zdravstva, zdravstva na Slovenskem in zgodovina Zdravstvenega doma Novo mesto do leta 2000. Novo mesto: Erro.
19. Kadivec, Saša, Košnik, Mitja, Vegnuti, Miljana 2006. Večdisciplinarno sodelovanje pri postopku sprejema bolnika v bolnišnici Golnik. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
20. Kavar Vidmar, Andreja. 2003. Socialna varnost: študijsko gradivo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
21. Keber, Dušan. 2003. Zdravstvena reforma: osnutek. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
22. Kobal, Leonida. Ekološki model pomoči J. Willija: o koevoluciji in koluziji. Študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
23. Kordeš, Urban. 2004. Od resnice k zaupanju. Ljubljana: Studia humanitatis.
24. Kvas, Andreja. Seljak, Janko. 2004. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
25. Lunder, Urška. 2006. Spreminjanje obnašanja v klinični praksi. V: Kvas, Andreja et al.(ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
26. Marn Vukadinović, Duša. 2006. Potrebe po interdisciplinarni bio-psiho-socialni rehabilitaciji oseb s kronično bolečino v Sloveniji. *Rehabilitacija* V, 1-2: 7-13.
27. Mayer, Josef, Kautzky, Rudolf. 1995. Od zdravljenja k ozdravitvi: pozabljena razsežnost v bolnišnici. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana – Dravlje.
28. Mesec, Blaž. 1997. Metodologija raziskovanja v socialnem delu: študijsko gradivo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
29. Miers, Margaret. 2006. Spodbujanje sodelovanja med strokovnjaki zdravstvenega in socialnega varstva. V: Kvas, Andreja et al.(ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu. Ljubljana: DMSBZT.
30. Milošević Arnold, Vida, Postrak, Milko. 2002. Uvod v socialno delo: študijsko gradivo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo..

31. Možina, Stane, Damjan, Janez. 1994. Poslovno komuniciranje. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
32. Možina, Miran. 2005. Prispevek sistemske psihoterapije k sodobnim tokovom v psihoterapiji. V: Bohak, Janko, Možina, Miran (ured.), Sodobni tokovi v psihoterapiji: zbornik prispevkov. Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
33. Nemetschek, Monika. 2000. Je čas prihoda in je čas slovesa. Ljubljana: Mohorjeva založba.
34. Ocvirk, Aleksandra, Jarkovič, Simona. 2005. Teamsko delo in skupinska dinamika v socialnem delu: diplomska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
35. Öhman, Marja, Soderberg, Siv, Lundman, Berit. 2006. Med trpljenjem in vztrajanjem: pomen življenja s hudo kronično boleznijo. *Obzornik* 40, 2: 114-120.
36. Ovijač, Darja, Škrabl, Nika, Kobilšek, Patricija, Cevc, Matija, Pahor, Majda. 2006. Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
37. Ovsenik, Marija, Ambrož, Milan. 2006. Upravljanje sprememb poslovnih procesov. Portorož: Turistika.
38. Payne, Sheila, Walker, Jan. 2002. Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy d.o.o.
39. Peterle, Helena. 2006. Stališča študentov medicine in zdravstvene nege na univerzi v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
40. Pretnar Kunstek, Veronika. 2006. Sodelovanje v zdravstvenem timu. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
41. Pollard, Katherine. 2006. Research into interprofessional relationships in health care. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu. Ljubljana: DMSBZT.
42. Poredoš, Pavel. 2006. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
43. Rakovec-Felser, Zlatka. 1991. Človek v stiski - stres in tesnoba: povod in posledica bolezni. Maribor: Obzorja.

44. Ramovš, Jože. 1995. Slovenska sociala med včeraj in jutri. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
45. Rapoša Tanjšek, Pavla. 1997. Socialno delo v delovnih organizacijah. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
46. Rems, Andrej. 2005. Management v zdravstvu. Portorož: Založba GV.
47. Robida, Andrej. 2006. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
48. Schiepek, Günter, Ludwig-Becker, Friederike, Helde, Andrea, Jagdfeld, Frank, Petzold, R. Ernst, Kröger, Friedebert. 2005. Sinergetika za prakso: terapija kot spodbujanje samoorganizirajočih procesov. V: Bohak, Janko, Možina, Miran (ured.), Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Zbornik prispevkov. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
49. Selan, Anica. 2007. Paliativna oskrba: implikacija za socialno delo. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
50. Simonič, Anja. 2006. Prvi koraki k interdisciplinarnemu tinskemu delu v paliativni oskrbi. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: zbornik z recenzijo. Ljubljana: DMSBZT.
51. Skela Savič, Brigita. 2006. Organizacijska kultura v zdravstvu kot izhodišče za razumevanje medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu. V: Kvas, Andreja et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Ljubljana: DMSBZT.
52. Skynner, Robin. 1994. Družine in kako v njih preživeti. Ljubljana: Tangram.
53. Stritih, Bernard. 1996. Etika psihosocialne pomoči. V: Pauk, Miha (ured.), Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik. Maribor: Inštitut Antona Trstenjaka.
54. Stepan, A. 1999. Sistemi financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
55. Šmitek, Jana. 2006. Čustvena inteligenca v zdravstvu – ali je potrebna? V: Andreja Kvas et al. (ured.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu. Ljubljana: DMSBZT.
56. Šugman Bohinc, Lea. 1997. Epistemologija socialnega dela. *Socialno delo* 36, 4: 289-308.
57. Šugman Bohinc, Lea. 2005. Kibernetika psihoterapije: razvijanje postmoderne dialoške prakse. V: Bohak, Janko, Možina, Miran (ured.), Sodobni tokovi v psihoterapiji: zbornik prispevkov. Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Rogla. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

58. Šugman Bohinc, Lea. 2003. Od nezmožnosti ne komunicirati k uspešnemu komuniciranju. *Emzin* 13, 3-4: 81-85.
59. Šugman Bohinc, Lea. 2005. Epistemologija patologije in pomoči: od teoretičnih k neteoretičnim pristopom psihosocialne pomoči. Študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
60. Švab, Vesna. 2004. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje.
61. Ule, Mirjana, 2003. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
62. Vester, Frederic. 1991. Kriza prenaseljenih območij: o razvijanju ekosistemskega mišljenja. Ljubljana: DZS.
63. Zaviršek, Darja. 1994. Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera. *Socialno delo* 33, 1: 39-49.
64. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur.l.RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 56/99, 42/02, 60/02, 126/03, 76/05, 38/06.
65. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Ur.l.RS, št. 23/2005.
66. Žnidarec Demšar, Simona, Petrovič Erlih, Polona. 2004. Asertivnost: Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo. Ljubljana: Argos.
67. Žnidarec Demšar, Simona. 2004. Skupnostno socialno delo: študijsko gradivo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

8. POVZETEK

V zgodovini sta se razvila dva temelja modela pojmovanja zdravja in bolezni: biomedicinski in biopsihosocialni. Biomedicinski model je redukcionističen, kar pomeni, da bolezenski pojav zožuje na raven celice oz. kemijskega dogajanja. Predpostavlja, da so vse človeške motnje povezane s specifičnimi biokemijskimi vzroki v organizmu. Znanstvena objektivnost moderne medicine je še utrdila linearno, vzročno-posledično gledanje na bolezen z dozdevnim abstrahiranjem telesa od duha. Človek je vse bolj postajal »skupek celic in organov«, ki je zavzel pasivno vlogo do bolezni in zdravljenja. Zagovorniki biopsihosocialnega modela zdravja pa vidijo človeka kot aktivno biopsihosocialno celoto, pri čemer so njeni deli v stalni vzajemni in povratni zvezi. Poudarjajo pomen komunikacijskega odnosa ter interdisciplinarnega timskega dela.

V slovenskem zdravstvu se veliko govori o učinkovitosti delovanja sistema zdravstvenega varstva, raziskujejo se nove, boljše možnosti. Timsko delo kot izraz biopsihosocialnega modela zdravja ponuja možnost učinkovitega načina dela v zdravstvu. Celostna naravnost tima pomeni vključevanje strokovnjakov različnih profilov; upoštevanje bioloških, psihičnih in socialnih dejavnikov za bolezen in zdravje. Bolnik in svojci so tudi enakovredni člani tima, aktivno sodelujejo in v participatornem odnosu pripomorejo k učinkovitosti, saj so »eksperti«, ki edini zares poznajo stvarnost svoje življenjske situacije.

Empirični del naloge temelji na treh intervjujih, opravljenih s socialnimi delavkami, članicami timov različnih področij zdravstva. Kvalitativna raziskava predstavlja določene specifične lastnosti, kot tudi skupne poteze timskega dela. Tim je skupina posameznikov s skupnim ciljem, soodvisna pri izpolnjevanju nalog, soodgovorna za izide, in kot socialna celota, povezana tudi z drugimi socialnimi sistemi. Vloga vodje je pomembna pri oblikovanju in vzdrževanju tima. Bistvo interdisciplinarnega tima pa je enakovredna vloga uporabnika in njegovih bližnjih s strokovnimi člani tima.

Socialne delavke so v intervjujih jasno izrazile, da je za uveljavitev in ohranjanje vloge socialnega dela potrebna lastna iniciativa. Pomembna osnova strokovnemu samozaupanju je strokovno znanje, pridobljeno z izobraževanjem in z izkušnjami na delovnem mestu, motivacija pri delu pa izhaja iz uspešnosti in zadovoljstva pri delu.

Dodiplomsko medpoklicno izobraževanje v Sloveniji še ni uveljavljeno v primerjavi z nekaterimi tujimi državami, so pa dobro razvita skupna izobraževanja in usposabljanja znotraj zdravstvenih ustanov.

Biopsihosocialni model zdravja pri obravnavanju zdravja in bolezni upošteva različne dejavnike (biološke, psihološke, kulturološke, socialne), zato se pojavlja potreba in obenem priložnost za uveljavitev različnih strokovnih profilov v zdravstvu.

Tudi socialno delo ima priložnost ustvariti si svojo lastno nišo v sistemu zdravstvenega varstva; da osvetli potrebo po socialnem delu v zdravstvu in obenem ponudi svoj prispevek k učinkovitemu delovanju sistema zdravstvenega varstva.

9. DODATEK

PRILOGE

Intervju 1

Psihiatrična klinika Ljubljana: Enota za rehabilitacijo

V rehabilitacijski enoti delujejo trije bolnišnični oddelki in dnevni oddelek. Cilj rehabilitacijske obravnave je čim večja samostojnost in zadovoljnost bolnikov ter pomoč njihovim družinam. Dnevni oddelek je namenjen zdravljenju pacientov, ki potrebujejo intenzivno načrtovanje skrbi in obravnave na prehodu iz bolnišnice v skupnost.

INTERVJU:

Tim dnevnega oddelka

1. Člani strokovnega tima: psihiater, višja medicinska sestra, psiholog, delovni terapevt, pedagog, socialna delavka.

Sprejemi pacienta na oddelek so vnaprej dogovorjeni. Sprejemamo mlajše osebe s hudo in ponavljajočo motnjo in osebe z dolgotrajno in ponavljajočo se duševno motnjo. Pacienta in njegove svojce sprejme celoten tim dnevnega oddelka. Cilje obravnave določimo s pacientom in njegovimi svojci. Tedenski timski sestanki služijo preverjanju doseganja ciljev obravnave in koordinaciji dela. Tim deluje na oddelku in pa tudi na pacientovem domu, še posebno odkar deluje nov program, program skupnostna skrb. Strokovni tim se sestaja še posebej, dvakrat tedensko ter dnevno pred vizito.

2. Vloga socialne delavke. Po začetni oceni potreb sprejetega pacienta je razvidna tudi potreba po intenzivnosti vključevanja posameznega člana tima, ki se skozi proces rehabilitacije spreminja. Naloga socialne delavke po prvem sestanku je ocena socialnih potreb pacienta in njegovih svojcev ter načrtovanje dela v smeri zastavljenih ciljev. Konkretno je to lahko skupno načrtovanje dneva z uporabnikom, pridobivanje novih socialnih veščin, širjenje socialne mreže z vključevanjem v nevladne organizacije ipd. Proces pomoči je zelo pogosto usmerjen v iskanje zaposlitve ali v priprave za ponovno vrnitev na delo po rehabilitaciji. V teh primerih pogosto uporabimo igro vlog ter druge pristope krepitev moči. Še posebno za mlajše je aktualno tudi vključevanje v izobraževanje. Nadalje se pogosto pojavi potreba po urejanju bivalnih razmer, razreševanje konfliktnih družinskih odnosov ipd. Veliko je tudi dela na terenu: obiski na domu pacientov – spremljanje in opora, ter sodelovanje z zunanjimi službami in nevladnimi organizacijami.

3. Z ostalimi člani tima se dobro razumem in se znam vživeti v tim. Situacija pa je vedno dodatno obremenilna, kadar prihaja do menjavanja članov tima, saj je potreben čas za spoznavanje in prepoznavanje načina dela novega člana.

4. Pacient in njegovi svojci so enakovredno vključeni v proces obravnave. Njihova vključenost je prostovoljna, zato tudi pri predčasni prekinitvi programa upoštevamo njihovo voljo. Moj odnos do njih je zelo različen, vsakič znova drugačen, glede na situacijo in razpoloženje, predvsem pa se mi zdi pomemben odprt odnos. Pomembno je načrtovanje glede na dejanske možnosti in postavljanje konkretnih, dosegljivih ciljev - dajanje upanja brez prave podlage je lahko zavajajoče. Se pa dogajajo tudi presenetljivi premiki na bolje, tako da je pomembno spremljati spremembe in izhajati iz vsakokrat nove situacije.

Pri delu s pacienti je pomembno vztrajno, postopno napredovanje, saj nekateri potrebujejo dalj časa za prilagajanje na spremembe in za zaupen odnos z osebjem, še posebno starejši ljudje. Pacienti so tudi odraz časa, npr. mladi s psihotično motnjo kot posledico uživanja drog. Sebe v odnosu do pacientov doživljam še vedno precej osebno in določeni primeri me še vedno prizadenejo.

5. Profesionalno identiteto si moram ohranjati in krepiti sama. Da se izpostavim pred drugimi, da znam predstaviti svoja stališča, jih zastopati, se pogajati. Da ohranjam aktivno vlogo in ne da samo kimam in se razgubim med drugimi. Pogovor, jezik je edino orodje, ki ga lahko uporabim pri medpoklicnem sodelovanju.

6. Moti me to, kadar kdo izmed članov vztraja pri svojih pogledih in odločitvah, tako da ostali porabimo ogromno energije za usklajevanje mnenj. Konflikte pa rešujemo vedno odprto in glasno. Osebno ne morem uspešno delovati, če so v ozadju nerazrešeni konflikti.

7. Največja motivacija pri delu je delovni uspeh: napredovanje pri pacientu in konkreten odziv. Zadovoljstvo pacienta in svojcev ter zaupanje, ki ga izrazijo, njihova večja samostojnost – napredovanje, ko lahko živijo na svojem domu, ob podpori tima. Delovni uspeh na področju na novo vpeljanih programov je tudi dober motivator.

8. Enkrat mesečno imamo timski dan in glede na to, da je več časa, lahko pride do izraza tudi bolj osebna raven. K dobri klimi prispevam s sklepanjem kompromisov, s pozitivno naravnostjo, optimizmom, skušam osvetliti dobre stvari, potencialne in ne toliko poudarjati temnih plati. Moj pogled je usmerjen naprej in v preteklost le toliko kot je potrebno.

9. Vrednote tima so predvsem: upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu, do določene mere tudi poseganje oz. nadomeščanje pri delu drugega, a ohranjanje avtonomnosti v bistvenih kompetencah stroke, sposobnost reševanja konfliktov.

10. Vodja tima je zdravnik psihiater, ki spodbuja enakopraven položaj predstavnikov drugih poklicnih skupin. Procesni vidik dela: načrtovanje je dobro, le kontinuiteta nas pogosto izneveri. Zaradi preobremenjenosti z delom se pogosto zgodi, da se dogovor za srečanje vseh članov ob določeni uri težko realizira, zato je potrebno dodatno kontaktiranje in informiranje, kar pa zahteva zopet svoj čas – zguba v času in energiji zaradi podvajanja informacij.

11. Vloga ožjega in širšega okolja pri podpori tima: veliko se govori o tem, a malo stori. Glede povračila šolnine za univerzitetni program ni interesa s strani vodstva, za magisterij pa je interes, ker ta stopnja prinese točke pri nazivu klinike. Kar pa se tiče raznih seminarjev ipd. pa si je potrebno vsako stvar posebej izboriti. Trenutno je težava v procesnem delu – pri odobritvi, saj traja formalni krog odobritve prošnje s strani predstojnika 14 dni, kar pa je pogosto že prepozno, če so vabila poslana v manj kot 14 dni pred začetkom izobraževanja.

12. Poklicno od zasebnega pogosto težko razmejim. Naučila sem se vsaj to, da ne nosim domov fizičnega dela – gradiva. Imam tudi navado, da kolegic na dopustu ne kličem glede službene problematike, ampak poskušam stvari rešiti, če se le da, brez njihove pomoči. Organizirane supervizije nimamo, oblika čustvene razbremenitve so do neke mere lahko timski sestanki, kolikor čas dopušča, več priložnosti za to pa je na timskem dnevu enkrat mesečno.

Intervju 2

Inštitut RS za rehabilitacijo: Center za poklicno rehabilitacijo

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo Ljubljana je osrednji nacionalni zdravstveni zavod za celovito rehabilitacijo bolnikov s prizadetostjo gibalnih funkcij in delovnih zmožnosti, ki izvaja dejavnosti in skrbi za uravnotežen razvoj vseh zdravstvenih in nezdravstvenih strok, ki so povezane s problematiko rehabilitacije v državi. Programi poklicne rehabilitacije v Inštitutu sledijo sodobni rehabilitacijski doktrini, upoštevajo zahtevo po timskem delu, aktivni vlogi uporabnika programa in vključevanju okolja (to so v tem primeru delodajalci, izobraževalne ustanove, ipd) .

INTERVJU:

Tim poklicne rehabilitacije: delo z brezposelnimi invalidi

1. Člani strokovnega tima: zdravnik specialist medicine dela, psiholog, delovni terapevt, tehnolog in socialna delavka.

Vsak teden imamo dve novi obravnavi, nove primere uporabnikov. Namen tima je poleg ocene zmožnosti dela oz. priprave mnenja o posameznikovih sposobnostih, znanju, delovnih navadah, interesih – ni samo to, naš tim se ukvarja tudi z usposabljanjem invalidov, z zaposlitveno rehabilitacijo, se pravi, ko invalide nekako rehabilitiramo, vključujemo v redni trg dela. Cilj tima je torej nezaposlenega rehabilitanta, ko pride k nam, če je zaposljiv, čim prej zaposliti, da speljemo vse oblike pomoči, ki jih moramo določiti v procesu ocene, kaj posameznik dejansko potrebuje, da bi se svoji zaposlitvi približal. Zelo se povezujemo z najrazličnejšimi ustanovami, z Zavodom za zaposlovanje, s SPIZ-om, s Centri za socialno delo. Delo je zelo individualno naravnano, da je čisto od primera do primera odvisno, kaj kdo potrebuje, kdo se bo vse vključeval. Včasih je potrebno proces ocene tudi podaljšati, ker je kakšen posameznik bolj zaprt vase in se šele zadnje dni sprosti. Tim pa je specializiran tudi za področje slepih in slabovidnih in skozi proces ocene je prisoten tudi pedagog, specializiran za to populacijo.

2. Vloga SD. Socialna delavka je tudi vodja tima. Socialne delavke imamo zelo močno vlogo ugotavljanja nekih pravic posameznika za naprej, npr. kakšen je status invalidnosti, gre za ugotavljanje na podlagi različnih zakonov, kje je upravičen do določenih pravic in kje ne. Podamo mnenje in velikokrat ljudi usmerjamo naprej, da si pridobijo še dodatne informacije pri kakšnih drugih službah in ustanovah. Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji je zelo mlad, o zaposlovanju invalidov, po katerem delamo, ampak v praksi se že razvija. Dinamika dela je tako zelo pestra, da se mi zdi da imam včasih vsako minuto zapolnjeno, da vem kaj bom počela. Delo je zelo široko, tudi kar se tiče samih pravic, zakonodaje. Skozi proces zaposlitvene rehabilitacije posegamo skozi najrazličnejšo zakonodajo, povezujemo pa se tudi z institucijami navzven.

3. Vseskozi je tim zelo pomemben, ker brez enega člana tima si jaz ne znam predstavljati uspešne zaposlitvene rehabilitacije. Že od začetka je pomembno, da se uporabnika ocenjuje z različnih vidikov. Vsak član tima doprinese nekaj. Pač imamo po zakonu točno določeno, kako mora izgledati to naše zaključno mnenje in vsak član nekaj prispeva k temu zaključnemu mnenju, ker moramo izoblikovati, ne samo določiti njegove omejitve, ampak oblikovati predlog nadaljnjih aktivnosti. Kaj, kako bo to potekalo in tudi kako bomo to izvajali, kako bomo to kot tim izvajali. Ko potem posameznik pride v zaposlitveno rehabilitacijo, ima spet vsak posamezen član tima pomembno vlogo. Že v začetku je zopet potrebno določiti cilje, kakšne cilje naj bi posameznik dosegel in vsak član tima k temu prispeva, ima svojo nalogo. Kot tim

se sestajamo enkrat do dvakrat tedensko, ko podajamo svoje ugotovitve in na podlagi tega podajamo predlog nadaljnjih aktivnosti. Vsi člani tima smo prisotni, podamo svoje ugotovitve, mnenja o posameznikovih sposobnostih, znanjih, delovnih navadah, interesih, v skladu z navodili, ki so zelo, zelo točno določeni, kaj moramo ugotoviti v procesu te obravnave, kaj mora vsebovati in vsi člani tima moramo k temu prispevati. Včasih se dobimo še pogosteje. Drugače pa kot tim, ne mine nobena malica, noben odmor, da se ne bi že sproti posvetovali, če se pojavi neka nova pomembna okoliščina, jo pač takoj naprej prenesem timu, če se mi zdi da mora biti s tem tim seznanjen. Ob vsakem timskem sestanku pišem zapisnik, piše ga vodja, pišem ga jaz in ostanejo neke zabeleške o tem, kdo je bil prisoten, o čem smo se pogovarjali, kakšne so ugotovitve in predlogi za naprej. Obvezno vsak teden se sestanemo, izjemoma ne zaradi odsotnosti bolezni. Brez timskih sestankov si sploh ne znam predstavljati dela. Imamo pa ločeno timske sestanke za tiste uporabnike, ki so pri nas v obdobju ocene oz. oblikovanja mnenja o njegovih sposobnostih in za tiste, ki so na usposabljanju.

4. Uporabnik ves čas aktivno sodeluje, že na začetku ga seznanimo z vsemi pravicami, obveznostmi, dolžnostmi, ki jih ima, podpiše tudi izjavo. Nenehno sodeluje, pri oblikovanju nadaljnjih korakov mora biti glavni akter, tudi če on misli drugače, kot je naše strokovno mnenje. Včasih sicer ne pridemo skupaj, naše mnenje je lahko tako, mnenje, od posameznika pa je lahko drugačno, vendar tako to tudi zabeležimo. Vendarle kot strokovni tim ugotavljamo, kaj bi bilo za posameznika dobro, na drugi strani pa se uporabniki sami preizkušajo in dokazujejo skozi dnevni program, ki poteka dnevno od 8.00 do 12.30, skozi individualne oblike pogovora s socialno delavko, s psihologom, zdravnikom. Pri delovni terapiji in tehnologu pa je ocenjevan skozi aktivnosti, naloge – skozi delo različnih kooperantov, ki je kot nekakšna simulirana proizvodnja. Včasih si rehabilitant v timu najde nekoga, ki mu bolj zaupa in tako pridemo strokovnjaki do različnih informacij in potem na timu z dodatnimi dogovori skušamo ugotoviti, kaj je zdaj to tisto pravo. Na timskih sestankih niso prisotni naši rehabilitanti, jih pa seznanimo s končnim mnenjem. V nekaterih oddelkih medicinske rehabilitacije pa so prisotni. Se pa v procesu rehabilitacije, ko se zaključi proces ocene, kdaj zgodi, da se vsi člani zberemo skupaj, (ne pa v procesu ocene), kadar pridemo do neke točke, ko se stvari nakopičijo, ko je potrebno kaj predstaviti ali pa če povabimo svojce, da jim tim predstavi funkcioniranje predstavnika, seveda če rehabilitant tako želi. Svojci se vključujejo v proces, če tako želi rehabilitant, po dogovoru, tudi na pobudo tima, nikakor pa ne v nasprotju s posameznikom, da bi dajali neke informacije mimo njega.

V oceni imamo 14 dni časa za to, da kot tim delamo na tem, da pridemo do nekih takih ugotovitev, ki so relevantne ugotovitve. Potem posamezniki pač pridobijo neke pravice npr. status invalida, pravica do zaposlitvene rehabilitacije in potem se ponovno vključijo v naše dalj časa trajajoče programe. Usposabljanje se ponavlja začne v naših prostorih, v naših simuliranih delavnicah, zaželeno pa je, da čim prej najdemo delodajalca v realni delovni sredini in da proces usposabljanja skozi konkretno delo teče tam. Mi jih potem spremljamo, nudimo vso strokovno oporo in pomoč, tako rehabilitantu, kot delodajalcu. Cilj tega je usposobiti posameznika, oceniti na kakšni ravni funkcionira, kakšne oblike pomoči pri delu potrebuje in to traja lahko mesec, dva, tri, tudi do enega leta, spet če hočeš neke postopke peljati, je pomembno koliko časa je posameznik vključen z vidika pravic. Dokler pač posameznik napreduje pri delu, potem ni dosegel še svojega cilja. Sistem zaposlovanja je zelo širok, za zaposlitev v rednem procesu dela je pomembno, da posameznik dosega najmanj 70% učinkovitost na delovnem mestu, imamo željo, da posameznik poskusi to doseči. Včasih se pa tudi posameznik usposablja na različnih delih, se malo išče, kaj bi bilo bolj ustrezno zanj. Namen je usposobiti ga na različnih delih, da bo čim bolj konkurenčen.

5. Mislim da so naše vloge zelo dobro razdeljene oz. jaz se počutim čisto enakovreden član tima v naši zaposlitveni rehabilitaciji. Nobenih težav in problemov, tukaj se že leta in leta dela timsko, jaz sem že osem let v hiši in sploh drugega načina dela ne poznam. Upam si povedat neko svoje stališče, neko svoje mnenje. Naše vloge so res enakovredne, vsak pridoda svoj delež. Do neke mere so vsekakor poseganja ene profesije v drugo, vendar ne do te mere, da bi se kdo počutil ogroženega. V glavnem imamo dobro razdeljene naloge. Dobro je tudi to, ker je določena struktura, kakšno mora biti mnenje, kaj se pač pričakuje od te obravnave, da pač temu sledimo. Sugurno pa so določene stvari o katerih vsi sprašujemo, ampak vsak član tima iz svojega zornega kota. Mene npr. zanima delovna doba, kaj je nazadnje delal, kje je delal, zakaj je zaposlitev zgubil, ostale članke spet z drugih vidikov. Zaključno mnenje je pač tako zastavljeno, da morajo h končnemu mnenju prispevati vsi člani tima. Mnenje vsakega člana posebej in povzetek ugotovitev ter končno mnenje s predlogom nadaljnjih aktivnosti. Končno mnenje s predlogom poda vodja tima, torej socialna delavka. Včasih se pač razlikuje mnenje rehabilitantov in naše mnenje, ampak preden odhaja posameznik iz naše hiše, ga vsak član tima seznani s svojimi ugotovitvami, potem pa ga jaz seznanim še s končnimi ugotovitvami in mnenjem, preden odidejo imam čisto z vsakim zaključni pogovor.

6. Glede na to, da smo že tako »star« tim in se že tako poznamo, ne morem reči, da me kaj moti. Ne vem, včasih morda edino to, ko imaš vsega preveč nad glavo, obseg dela, ne v zvezi s timom. Ja, morda je to moteče, odkar je odšel stran zdravnik, specialist medicine dela, od takrat naprej imamo zdravnike – zunanje sodelavce in zaradi tega se je pogosto težje dogovoriti, veliko več časa in energije je potrebno zaradi časovnega usklajevanja. Včasih je bilo npr. točno določeno, v torek ob enih je tim in ni debate, zdaj pa se je potrebno sproti dogovarjati. Stalni sodelavec, zaposlen v inštitutu je gotovo nekaj drugega kot pa zunanji sodelavec. Ne gre za vprašanje kvalitete, vsak mora svojo nalogo opraviti v skladu z zakonom in v skladu z navodili, je pa morda res moteče zaradi dodatnega usklajevanja. Ostali pa smo vsi več ali manj stalni, razen kadar gre za kakšna nadomeščanja v času porodniškega dopusta.

7. Motivira me gotovo uspeh pri delu, s tem da je pri nekaterih zelo viden, pri drugih pa gre zgolj za majhen napredek. In meni se zdi vedno en čar to, hrana za mojo dušo, ko vidim zares nasmejane, zadovoljne obraze, ko vidim, da se neke stvari premikajo, ko gredo na boljše, ko posamezniki dosežejo svoj zaposlitveni cilj. Motivirani smo tudi s strani institucije. Glede izobraževanja pri nas veliko stvari dobro teče. Ogromno je mednarodnega sodelovanja, usposabljanja v najrazličnejših oblikah, seminarjih, delovnih skupinah, kolikor želiš. Plus tega kar se dogajanja v Sloveniji tiče se skušamo maksimalno angažirati, sodelovati v delovnih skupinah, poslužujemo se najrazličnejših možnosti izpopolnjevanja tako ali drugače. Treba je stalno spremljati novo zakonodajo in nove stvari vnašati. Veliko se dela tudi v sodelovanju z drugima dvema enotama, v Mariboru in Murski soboti, tudi tam se dela timsko. V Inštitutu imam toliko, kot bom sama želela, navadno mi čas ne dopušča, drugače pa je možnosti ogromno. Način dela, preobremenjenost z delom je tisto, kar pogosto ne dopušča dodatnega izobraževanja. Motivacijo za novim znanjem pa daje tudi že samo delo, ko imaš primer, ko moraš različne zakonodaje povezati med seboj, tukaj je tista pomembna plat izobraževanja. Teče sproti na delovnem mestu, skozi konkretne primere, delo samo zahteva da se nenehno dodatno izobražujemo, izpopolnjujemo, povezujemo, učimo. Velikokrat naletim čisto na nove stvari, ki jih je potrebno na novo raziskati, se povezati s pravimi ljudmi, da dobim pravo informacijo. Izkušnje so tudi zelo pomembne. Osmo leto sem tukaj, pozna se da diham s tem, da razumem stvari in ko nekdo pride in potrka na ta vrata in vpraša kako naj pride do tega in tega, kaj naj naredi, mu znam povedati korake, kako tečejo stvari, postopki, kam se mora oglasiti, tako da ena pomembna prednost je tudi v delovni praksi. Vedno znova širiš mrežo

strokovnih sodelavcev različnih ustanov, jaz točno vem, koga bom poklicala za to področje, koga za tisto. Vseskozi pleteš in širiš to mrežo in se nadgrajuješ.

8. Imamo zelo odprto komunikacijo, npr. če meni ni kaj jasno bom povprašala. Sposobnost komuniciranja je nasploh nujno potrebna. Vsak kamenček v mozaiku je zelo pomemben. Veliko je tudi zunanjih kontaktov, odnosov z zunanjimi sodelavci in če nisi komunikativen, pripravljen poslušati, pomagati, k razrešitvi nekega primera, potem ni možna uspešna rehabilitacija. Delo mi je v zadovoljstvo in če bi se morala še enkrat odločiti, bi se še enkrat za isto. Edini problem pa se mi zdi obseg dela, se mi zdi, da ga včasih ne obvladujem oz. ne vem kaj naj najprej, ampak potem se stvari zopet umirijo, vsepovsod je že en tempo prisoten pri delu. Je pa problem pri teh timskih delih, ko pač en člen verige popusti in ga ni. Če so slučajno daljše bolniške, ta čas ne more biti novega kadrovanja. V timu je ena socialna delavka, ena terapevtka, ena psihologinja itd. tako da, če te ni, te to počaka. Kolegica mi lahko prevzame samo toliko dela, kolikor je pač nujno potrebno in to se pozna tudi pri delu celotnega tima. Dopuste imamo organizirane tedaje, ko je nekako zožen obseg dela in se dopolnjujemo s sosednjim timom, tako da tedaj iz dveh nastane eden.

9. Odprtost, zaupanje, lojalnost, odprtost tudi za konflikte in da si povemo iskreno kar mislimo. Gotovo so prisotne medosebne vrednote med nami, ki se jih morda zaradi utečenosti tima niti ne zavedamo, ker drugače tudi ne more biti dobra rehabilitacija, če se bodo tukaj ljudje slabo počutili. Vrednota se mi zdi tudi to, da ko naletim na nove stvari, ne rečem, me ne zanima, bom pač dala toliko od sebe, da zadovoljim tisti osnovni potek, ampak da se trudim k timu prispevati nekaj kar lahko, nekaj več.

10. Prispevek k organiziranosti so gotovo tudi ISO standardi, v katerih je točno določeno kako naj obravnave tečejo, imamo tudi mednarodni certifikat v odličnosti. Tako da so stvari zelo določene, kako morajo teči, obstaja protokol in tega se pač držimo. Od pisanja zapisnika in tega kaj mora biti v mapi, ko jo oddamo, ko se piše zaključno mnenje. Vodja tima poda zaključno mnenje s predlogi, na podlagi podanih mnenj vseh ostalih članov. Veliko je tega usklajevanja, dogovarjanja in sploh te organizacijske sposobnosti so zelo pomembne, tako da to končno mnenje dobi neko formo in predvsem da je uporabno. Oblikovano tako, da tisti, ki ga dobi v roke, da mu bo uporabno. Vodja tima sem jaz, kot socialna delavka v vlogi vodje tima težim k temu, da pridemo do pravih ciljev, da so ti cilji oblikovani tako, da jih je moč doseči.

11. Kot hiša smo sploh naravnani k timskemu delu. Ne delamo samo na poklicni rehabilitaciji timsko, tudi na ostalih oddelkih je timsko delo dosti pomembno, mogoče so na drugih oddelkih vloge drugače porazdeljene, npr. na medicinski rehabilitaciji imajo zdravniki močnejšo vlogo. So določene specifike v timih, vendar je hiša pretežno naravnana k timskemu delu z vso organizacijsko podporno klimo.

12. Zaposlitvena rehabilitacija je zelo obsežna. Smo ena osrednjih institucij v Sloveniji in tudi pričakovanja so velika in veliko napotitev je v naše programe. Lahko rečem, da so naši programi dosti uspešni, veliko ljudi se uspešno rehabilitira in zaposli in čakalne dobe so tiste, ki so zame osebno kot vodjo tima, ki pač moram vse koordinirati, načrtovati, obremenjujoče. Služba mi vedno več jemlje časa, delam tudi preko polnega delovnega časa, ker moje delo pogosto poteka tudi na terenu. Včasih gotovo prenašam skrb domov, jih prenašam sem in tja, čeprav se tudi tega naučiš, odklopiti službeno, ker družina zahteva svojo pozornost. Še posebno pa pridejo prav strnjeni dopusti, ko lahko za nekaj tednov izklopiš službo.

Intervju 3

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo (KOPA)

V bolnišnici se zdravijo bolniki z različnimi neozdravljivimi boleznimi kot so kronična obstruktivna pljučna bolezen, pljučni rak in druge oblike raka v napredovalnem stadiju, bolezni srca, ledvic, oslabelost zaradi starosti itn. Vse te bolezni se pojavijo nekaj mesecev ali let pred smrtjo. Zaradi težav se bolniki vračajo na zdravljenje, pogosto so hospitalizirani in v bolnišnici tudi umirajo. V povprečju umre 400 bolnikov na leto.

V Sloveniji je **paliativna oskrba** opredeljena kot celostna oskrba bolnika, ki nudi najboljšo možno kakovost življenja bolnikom z aktivno napredovalo boleznijo ob malo ali nobenih izgledih za ozdravitev, ter njihovim svojcem.

INTERVJU:

V bolnišnici KOPA Golnik deluje več različnih oblik timskega dela.

Zdravstveni timi na posameznih oddelkih

Socialna služba v bolnišnici deluje tudi v zdravstvenih timih posameznega oddelka. Tu gre za predstavitev problema, da vsak član iz svojega stališča predstavi tekočo problematiko. Vsako jutro, navadno ob 8.30 so na oddelkih sestanki članov, različne dneve za posamezne oddelke, samo osebje brez bolnika. Ni vedno celoten tim, so pa vedno zdravniki in glavna sestra. Socialna delavka dobi pobudo s strani zdravnika, sestre ali svojcev za obravnavo, dobim napotnico ali naročilo po telefonu in potem grem zjutraj na oddelek, da se posvetujemo glede izvajanja pobude. Kajti treba je razumeti, da je nosilec dejavnosti v bolnišnicah zdravnik, tako da se je treba najprej obrnit nanj, da pove, kaj potrebuje od socialne delavke, da mu pomaga pri rešitvi težave. Je nosilec dejavnosti in v končni fazi tudi on odloča o odpustu. Karkoli se bo z bolnikom dogajalo, jaz bom sodelovala, on pa bo napisal odpustnico in se podpisal. Zjutraj torej pridem in vprašam: »Kaj želite s tem in s tem, doktor?« In mi pove npr.: »Bolnik živi sam, pri njem bomo delali diagnostiko, po diagnostiki predvidevamo (ali je že narejena) da bo težaven odpust, prosim, preverite razmere«. Ali pa: »Svojci so se obrnili name, rekli so, da so vlogo dali v domsko varstvo, prosim, če preverite stanje«. V glavnem gre za en tak skupen načrt, kaj narediti s tem bolnikom po odpustu, ker ne želimo pahniti bolnika v okolje, brez da bi preverili razmere. Skratka tukaj je stalnica ta, da moram za vsako napotnico, za vsako obravnavo sodelovat z zdravstvenim timom, predvsem pa z zdravnikom in tudi z medicinsko sestro, da je seznanjena, ko je na viziti. Da gre za pretok informacij, da se ne podvajajo informacije, da če se tako izrazim, delujemo na isti valovni dolžini: bolnik, svojci, zdravnik in ostali. Jaz pa grem potem do bolnika in opravi socialno obravnavo z bolnikom individualno. Bolnika moram nujno videti, da se z njim pogovorim, da vidim, kakšna so njegova pričakovanja, kakšna je njegova vloga, ocenim status bivalnih razmer, ekonomskih razmer, finančno stanje, odnosno mrežo. To je prvi kontakt, izvaja se v bolniških sobah, če so pokretni imamo na nekaterih oddelkih tudi sobe za pogovore ali obednico. Po prvem pogovoru grem še naknadno po potrebi na pogovore. Če je bolnik neprosto voljni uporabnik za domsko varstvo, recimo, da svojci rečejo, da ga ne morejo negovat, če svojci tukaj bolj pritiskajo, toliko bolj je občutljiva zadeva in grem do bolnika, da vidim, koliko se on zaveda svoje situacije. Te povratne informacije potem prenesem zdravniku, da si še on osvetli položaj, kajti še vedno je on glavni, ki seznani bolnika o situaciji kot o celoti. Skupaj z zdravnikom poskušamo bolniku na en mil, postopen način prikazati, da bolezen napreduje, kakšne možnosti ima, kaj je potrebno da tudi sam naredi določene korake. Do pet pogovorov

znam imeti pri takih bolnikih, ki so pri nas dva do tri tedne, če pa so dalj, pa še več, po potrebi.

Sedaj sem govorila o rednih posvetih zdravstvenega tima na oddelkih, ko pa je primer bolj kompliciran, potem pa gre za daljši timski sestanek na oddelku. Zdravnik je tisti, ki je voditelj, ki nadalje organizira stvari in angažira člane, jaz pa sem tista, ki lahko podam svoja opažanja z oddelka, prav tako tudi ostali člani in te zdravnik tudi upošteva. Veliko pripomorem, če zaznam problem in ga naprej podam, vedno pa je zdravnik tisti, ki bo odločal.

Pri nas je primarno - če je ob vstopu v bolnišnico kakršen koli znak neurejenosti socialnih razmer, npr. da je bolnik že na videz zanemarjen, ni urejen, nima kontaktnih oseb, je sprejet nujno, nima svojih osebnih stvari, ni nihče prišel z njim – takoj angažirajo socialno delavko. Tudi če bolnik ob prvi anamnezi, sestrski ali pa zdravniški pove, da živi sam, tedaj je skoraj vedno angažirana tudi socialna delavka.

Paliativni tim deluje predvsem na področju obravnave bolnikov s pljučnim rakom in sicer v dveh oblikah dela: v obliki **klinične poti** paliativne oskrbe bolnikov z drobnoceličnim pljučnim rakom (na intenzivnem oddelku) in v obliki **informativnih srečanj** za bolnike in njihove svojce.

1. Pri Paliativnem timu oz. pri blažilni oskrbi, so stvari drugačne, gre za interdisciplinarni tim. Tukaj imamo oddelek za diagnostiko pljučnega karcinoma, bolniki paliativne oskrbe so strnjeni bolj na tem oddelku, ni pa pravilo. Sčasoma smo ugotovili, da ti bolniki potrebujejo bolj temeljito oskrbo. Glede na zaznano potrebo smo začeli oblikovati naloge, cilje, pripravljati obrazce za spremljanje dela. Ker predvsem želimo, naša vizija je, da so ti bolniki kakovostno obravnavani od začetka diagnostike, pa potem do samega konca. Naš cilj je kakovostna obravnava in ohranjanje dostojanstva, primarni je bolnik, on je center. Najprej smo začeli z rednimi informativnimi srečanji, v katere smo povabili bolnike in njihove svojce. Imamo posebno sobo za ta tim, v timu je v središču bolnik, potem pa so svojci in ostalo osebje: sestra, psiholog, socialna delavka, prostovoljci, duhovnik po izbiri, fizioterapevt, dietetik, zdravnik. Pri prostovoljcih smo trenutno malo zastali, kajti izbira prostovoljcev pri paliativu mora biti res temeljito pripravljena. Druga zadeva je negovalni oddelek, tukaj so bolniki, ki jih iz ostalih aktivnih oddelkov pošljejo na rehabilitacijo, ko zdravljenje ni potrebno aktivno, ampak potrebujejo nekaj časa, da bi si telesno opomogli, lahko pa gre tudi za težaven odpust zaradi socialnih razmer, zaradi čakanja pridobitve aparata za kisik ipd. V glavnem morajo biti tehtni razlogi da gre bolnik na negovalni oddelek, največ do 21 oz. 30 dni. Nekaj postelj pa je namenjeno bolnikom, ki so tako oslabei, da jih opredelimo kot paliativo in jih spremljamo kot umirajoče. V tem času in na tem oddelku se ob četrtkih tudi timsko sestanemo, vendar brez bolnika.

2. Vloga SD

Na informativnih srečanjih bolniki socialno delavko direktno zelo malo vprašajo, ker jih na začetku predvsem zanima perspektiva, način zdravljenja. Oni še niso pripravljeni na kakšne večje spremembe, kot je npr. pomoč na domu, domsko varstvo, oni to še niso imeli in tedaj še niso pripravljeni sprejet, da je to začetek proti koncu. Tako da socialna delavka pri teh srečanjih zelo malo razlaga, predvsem, če so prisotni svojci, o tem, kakšna je možnost glede ortopedskih pripomočkov, bolniških postelj, negovalnih pripomočkov, pravic denarne pomoči, na koga naj se obrnejo, ko bodo to potrebovali. A tudi svojcem moraš znati na en tak mehek način povedati, ker niso vsi pripravljeni na take spremembe, spet drugi te pa kar

direktno vprašajo, kaj narediti v tem in tem primeru, ko bo nepokreten. Predvsem je naloga socialne delavke ta, da stvari zna predložiti na takten, postopen in individualen način. Navadno me šele po kakšnem mesecu kemoterapije vključijo, ko so izražene potrebe po individualnem svetovanju. Ta tim je v bistvu tim seznanjenosti in pripravljenosti.

Ob sprejemu bolnika iz aktivnega dela na negovalni oddelk (za rehabilitacijo ali za paliativo) vsak član strokovnega tima na obrazec napiše problem in cilje. Socialna delavka npr. napišem: nezmožnost družine pri oskrbi, ali: sprememba življenjskega stila, torej pogovor za delo na spremembi. Skratka ocena socialnega stanja temelji na oceni gmotnih razmer, bivalnih razmer in medosebnih odnosov, ki jo pridobim predvsem skozi pogovor z bolnikom in svojci. Vseskozi pa je zelo pomembna vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika. Socialna delavka mora imeti nasploh širok pogled nad situacijo, pogosto je nekakšen pogajalec ali mediator med uporabnikom in institucijo, dobro moraš znati koordinirati med svojci, bolniki, strokovnim osebjem. Zelo pomembno se mi zdi tudi delo na odnosni mreži, da gradim na tistem članu, ki je pripravljen sodelovati, če je pa socialna mreža skrčena, da jo malo razširim. Da ene odnose omilim, druge odnose skušam ojačati, krepiti, kjer se da.

3. Ostali člani tima

Na informativnih srečanjih je predvsem zdravnik tisti, ki veliko razlaga, bolnike na začetku predvsem zanimajo vprašanja z medicinskega vidika, o diagnostiki in zdravljenju. Med pogovorom pa se lahko vključi katerikoli od nas ostalih, tudi če ni vprašanje direktno naslovljeno nanj. Včasih zdravnik sam dopolni svoj odgovor na ta način, da prepusti besedo drugemu strokovnjaku. Predvsem pa so angažirani zdravnik, sestra, fizioterapevtka in dietetičarka. Na srečanjih se predvsem zmenimo, katere potrebe so primarne, ali je to samo zdravljenje od začetke ali je prehrana, mene pa pogosto naknadno vključijo, za razgovor z bolnikom ali svojci. Na terenu so podaljšani del tima patronažne sestre in osebni zdravniki. Vsak bolnik dobi svojo mapico, v kateri je zabeleženo, kaj se je dogajalo na terenu in ko se zopet vrne k nam, ščitamo od tistega. Gorenjska regija je v celoti organizirana tako, je povezana izven bolnišnice. Enkrat mesečno se dobimo še posebej strokovni člani tima, naredimo oceno, načrt za naprej, dobimo povratno informacijo na podlagi anonimnih anket.

V timu na negovalnem oddelku je prisotna zdravnica, vse sestre tega oddelka, fizioterapevtka, dietetičarka, psihologinja, socialna delavka. Na teh tedenskih sestankih gredo od konkretnega bolnika do bolnika, vsak strokovnjak pove svoje, kako je pri njem potekalo delo, kakšni so rezultati in zaznamo opombe kaj je potrebno še narediti v tekočem tednu oz. do odpusta bolnika. Gre za timsko delo, za medsebojno komuniciranje in s tem za seznanjenost s konkretno situacijo bolnika, na podlagi prispevkov vsakega posameznega strokovnjaka. Da fizioterapevt npr. reče: «Danes smo hodili s hojico po hodniku, dvakrat». Medicinska sestra npr. pove da je imel bolnik določene bolečine pri negi, pri obračanju in zdravnica tako zazna spremembe ipd.

4. Uporabnik in svojci

Na informativnih srečanjih tima so prisotni bolniki, ki jim je bila diagnoza pred kratkim postavljena ali pa so v postopku za diagnostiko. Bolnike vprašamo, če želijo več informacij in jih povabimo, da se lahko udeležijo srečanj, ki so ob torkih. Za vse je možnost, a nekateri niso zmožni fizično prisostvovati, v teh primerih so prisotni svojci, nekateri pa se enostavno še nočejo soočiti s situacijo.

Moj odnos do uporabnika. Glede svojcev in bolnika je zame zelo pomembno, da že takoj na začetku sklenemo kdo bo kaj delal in kaj bom pri tem naredila jaz. Pomembna je tudi časovna

razporeditev, da se podajo naloge v nizu, da določimo kaj bodo opravili oni, kaj jaz, potem pa se slišimo. Gre za opredelitev mojih nalog in njihovih nalog, ki jih tako prekrijem, da se oni res vključijo. Ne morem pa reči, npr. to in to boste vi naredili, potem me pa pokličite. Jasno jim povem kdo bo kaj naredil. Je pa problem kratek čas bivanja v bolnišnici, tako da moraš bit maksimalno fleksibilen in po drugi strani znati meje postavljati, ampak te meje je moč postavljati le, če je druga stran seznanjena s tvojo omejitvijo, na miren, človeški način.

Kadar je odnosna mreža zelo razširjena pri bolnikih je za socialno delavko delo olajšano, čeprav je po drugi strani ob bolečini pogosto tudi socialna mreža zmedena. In ti moraš najti nekoga, ki bo vodja in z njim navezati stik, torej s tistim, ki je morda v tistem trenutku čustveno najmanj prizadet. To so zanimive izkušnje, npr. pogosto že pri vstopu v bolnikovo sobo opaziš pomembne odnosne značilnosti. Tisti, ki je najbolj umaknjen od bolnika, se navadno boji čustveno približati in ta je pogosto dober zaveznik socialne delavke, v smislu: jaz bom vse naredil, samo da mi ni treba tega gledat. In tako ga uporabiš, da razišče ali uredi določene občutljive družinske zadeve. Je pa pogosto težko usklajevati interes bolnika in svojcev, vendar je tu bolnikova želja še vedno na prvem mestu.

Pri doživljanju stiske v bolezni pa gre še za specifične dejavnike, ki vplivajo na trpljenje.

Zelo je npr. pomembno, v katerem času življenjskega cikla je ta bolnik. Nekdo, ki je sredi svojega aktivnega življenja, drugače doživlja neozdravljivo bolezen in njegove dimenzije izgube so čisto drugačne, kot tiste od starejšega človeka. Pomemben je njegov dnevni cikel, kako mu je potekal, odnosna relacija, vse to je potrebno upoštevati pri pogovoru z njim. Bolnik se srečuje z izgubo svojega okolja, prejšnjega načina življenja, s procesom sovpadanja njegove telesne bolečine. Kadar gre za starejše osebe navadno lažje sprejmejo situacijo, lažje se odprto pogovarjajo, sploh če o tem premišlujejo, bolj so duhovno pripravljeni tudi na smrt. Doživljanje bolnika je tudi odvisno od tega, kakšno pozicijo je nekdo imel v življenju. Če je bil na kakšnem vodilnem, pomembnem mestu, on izgublja svojo moč in še toliko bolj nadzor nad vsem in taka oseba tudi izraža svojo bolečino na drugačen način, na ukazovalen način. Podobno gre za večjo stisko tudi pri prej fizično aktivnih oseb ali pri osebah, ki prikrivajo napredovanje bolezni pred drugimi ipd. To so ti večdimenzionalni procesi, ki jih moraš razumeti pri paliativi. Izgube na različnih področjih so različno pomembne za posameznika, glede na prejšnji način življenja, vse pa še sovpadajo s telesno bolečino. Zato je tako pomemben individualni pristop, pa tudi sposobnost vse to na timu prikazati, ker tudi drugim članom osvetliš določene težave, ki jih sicer morda napačno razlagajo.

5. Medpoklicno sodelovanje

Moram reči, da so tukaj na Golniku od začetka delovanja zdravstvenega tima socialno delavko vedno povezovali samo z reševanjem finančnih težav, pomembno je bilo, da je bila materialna zagotovljenost bolnika urejena. Kje živi, s kom živi, to je bilo pomembno samo da se pove, poglobljanje v odnosno problematiko jih ni zanimalo pred odpustom. Socialna delavka je bila tam za reševanje tistega, kar drugi niso mogli rešiti oz. jim ni bilo všeč, npr. ukvarjanje s svojci. Ali pa v smislu, mi smo ga pozdravili, zdaj gre domov, nas več ne zanima kako bo doma, to bo socialna delavka urejala in če ne morejo doma, ga bojo pa v dom dali. Skratka brez preverjanja stanja in povratnih informacij. To je bil en stereotip zdravstvenih delavcev, predvsem zdravnikov, da niso upoštevali pravil in predpisov drugih ustanov, zunanjega okolja. Tukaj se ni videlo sodelovanja med socialno delavko in zdravnikom, dogovarjanje, povratni odziv jih ni zanimal, stvari so hoteli kar izsiliti, kot so si jih sami zamislili. Tako da sem morala pogosto odločno nastopiti in se znati pogajati z zdravnikom, če je zahteval nemogoče. Čeprav se zna še vedno zgoditi, da pravijo:« Nehajte biti socialni, to pa to moramo rešiti, tega moramo odpustiti domov.»

Stvari so se začele počasi spreminjati, ker sem tudi jaz postajala vse bolj zagovornica bolnika. Zadnje čase so tudi mediji pripomogli k temu, da je socialna služba sploh v bolnišnici drugače videna. Timsko delo pa je sploh s svojo strukturo, s skupnimi cilji in nameni pripomoglo k enakopravnejšim odnosom.

6. Veliko se je torej spremenilo v odnosih, a določeni stari vzorci so še vedno zakoreninjeni in si je treba vsak dan znova ohranjati in krepiti svojo vlogo. Konflikte vedno rešujem odprto, povem kaj mislim. Vedno sem v prvi vrsti na strani bolnika, čeprav je pogosto potrebno usklajevati med pravili institucije, svojci in ostalimi člani tima. Tu gre pogosto za sposobnost taktosti in postavljanja meja.

7. Moja največja motivacija je zadovoljstvo bolnika, da mu je na najboljši možni način omogočena optimalna paliativna oskrba, v skladu z njegovimi individualnimi potrebami in željami.

8. K dobri klimi prispevam z odprtostjo in razumevanjem kompleksnih situacij, s pozitivno naravnostjo.

9. Skupna vrednota tima je ta, da vsi delamo v eno smer, v dobro bolnika: upoštevanje pravic bolnika, večplastno razumevanje, celostna obravnava bolnika in svojcev, medsebojno sodelovanje, komunikacija. S timskim delom so se tudi razbili določeni stereotipi, na podlagi seznanjenosti, s komunikacijo. Vrednota je tudi to, da znamo priklicati drug drugega v sodelovanje, smo odprti za razumevanje vlog drugih članov, za zaupanje v strokovnost drugih profesij.

10. Vodja paliativnega tima je dipl. medicinska sestra, ki si prizadeva za enakovredno sodelovanje vseh članov tima, predvsem pa za celostno obravnavo bolnikov in svojcev. Sestanki tima so naprej dogovorjeni, uro in dan, za dodatna sodelovanja pa je potreben sproten dogovor.

11. Institucija je zelo naklonjena timskega delu, podpira vsak program, v katerem vidijo možen prispevek za napredovanje dela v bolnišnici. Možnosti izobraževanja so ogromne, znotraj hiše, zunaj nje in v obliki sodelovanja s tujino.

Drugače pa je Golnik vključil socialno delo v svoj program že leta 1958, že zaradi same narave bolezni – tuberkuloze, kot socialne bolezni.

12. Marsikdaj nosimo službene težave domov. Z izkušnjami pa se naučiš razbremeniti se s pogovorom med kolegicami, tudi s kolegicami socialnimi delavkami z drugih področij, včasih z malo črnega humorja ipd. Osebnostno moraš sam vedeti, kaj je tisto, ki te lahko razbremeni. Pomembna je tudi podpora doma in lasten način življenja, da se znaš sprostiti. Pomembno je lastno delo na samem sebi, osebnostna zrelost, življenjska filozofija, širši pogled in zrel način spoprijemanje s tako občutljivim področjem, kot je paliativa, kar pa dosežeš postopoma, tudi s prakso. Sposobnost postavljanja meja je tudi tista, ki obvaruje pred preveliko izčrpanostjo. Pomembno je tudi znanje in stalno izobraževanje, za kar pa poskrbi tudi institucija.

Tabela 3.5.1.

KODIRANJE IZJAV: **Tim dnevnega oddelka,** Psihiatrična klinika LJ., Enota za rehabilitacijo.

ŠT. IZJAVE	POJMI
01. Sprejemi pacienta na oddelek so vnaprej dogovorjeni.	- načrtovanje
02. Pacienta in njegove svojce sprejme celoten tim.	- vključevanje vseh članov
03. Cilje obravnave določimo s pacientom in svojci.	- skupni cilji
04. Tedenski timski sestanki služijo preverjanju in koordinaciji dela.	- izmenjava idej, informacij, usklajevanje, načrtovanje
05. Naloga SD po prvem sestanku je ocena socialnih potreb.	- vloga SD, ocena socialnih potreb
06. ...delovanje v smeri zastavljenih ciljev. Konkretno gre tu lahko za skupno načrtovanje dneva, pridobivanje novih socialnih veščin, širjenje socialne mreže z vključevanjem v nevladne organizacije, za iskanje zaposlitve, in priprave za vrnitev na delo, za vključevanje v izobraževanje, urejanje bivanja, podpora pri reševanju zapletenih medosebnih odnosov ipd.	- vzpostavljanje in vodenje delovnega odnosa, krepitev moči, širjenje socialne mreže
07. ...obiski na domovih pacientov, sodelovanje z zunanjimi službami in nevladnimi organizacijami.	- vpetost tima v zunanje okolje
08. ...se znam vživeti v tim.	- sposobnost vključevanja
09. ...menjavanje članov tima, saj je potreben dodaten čas...	- ovire, menjavanje članov
10. Pacient in svojci so enakovredno vključeni v proces obravnave.	- vključevanje vseh članov
11. Moj odnos do njih je zelo različen, vsakič znova drugačen, glede na situacijo in razpoloženje, predvsem pa je zelo odprt.	- vloga SD - kreativnost, pristnost v odnosu, izhajanje iz trenutne situacije
12. Pomembno je načrtovanje glede na dejanske možnosti in postavljanje dosegljivih ciljev.	- vloga SD, delovni odnos
13. Se pa dogajajo tudi presenetljivi premiki, zato je pomembno spremljati spremembe in izhajati iz vsakokrat nove situacije.	- vloga SD, dopuščanje nepredvidljivega
14. ...doživljam precej osebno, določeni primeri me še vedno prizadenejo.	- zavedanje osebne občutljivosti
15. Profesionalno identiteto si moram ohranjati in krepiti sama.	- krepitev vloge SD, samouveljavljanje
16. Da ohranjam aktivno vlogo in ne da samo kimam in se zgubim med drugimi.	- krepitev vloge SD, asertivno komuniciranje
17. Pogovor, jezik je edino orodje, ki ga lahko uporabim.	- krepitev vloge SD, spretnost pogovora
18. Konflikte rešujemo vedno odprto in glasno.	- sposobnost reševanja konfliktov
19. Moja največja motivacija pri delu je delovni uspeh: napredovanje pacientov, zadovoljstvo, zaupanje.	- motivacija, doseganje zastavljenih ciljev
20. Uspeh v na novo vpeljanih programih...	- motivacija, inovativnost
21. Enkrat mesečno imamo timski dan.	- komunikacija, krepitev odnosov
22. K dobri klimi prispevam s sklepanjem kompromisov, s	- osebni prispevek, pozitivna

- pozitivno naravnostjo, optimizmom, usmerjenostjo v naravnost prihodnost.
23. Upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu, - skupne vrednote ohranjanje avtonomnosti, reševanje konfliktov.
 24. Vodja tima je zdravnik psihiater, ki spodbuja - vloga vodje enakopraven položaj.
 25. ...načrtovanje je dobro, le kontinuiteta izneveri. - ovire
 26. Kar se tiče seminarjev ipd. si je treba vsako stvar posebej - pomen lastne iniciative za izboriti. izobraževanje
 27. Poklicno od zasebnega pogosto težko razmejim. - zavedanje čustvene obremenjenosti
 28. Domov ne nosim fizičnega dela, kolegic na dopustu ne - strategije razbremenjevanja obremenjujem.
 29. Strokovni tim se sestaja še posebej, dvakrat tedensko in - strokovni tim, komunikacija dnevno pred vizito.

Tabela 3.5.2

UREJANJE IZJAV PO KODAH IN ZDRUŽEVANJE V ŠIRŠE KATEGORIJE: Tim dnevnega oddelka

1. Vloga socialne delavke

05. Naloga SD po prvem sestanku je ocena socialnih potreb. - vloga SD, ocena potreb
11. Moj odnos do njih je zelo različen, vsakič znova - vloga SD, kreativnost, drugačen, glede na situacijo in razpoloženje, predvsem pristnost v odnosu pa je zelo odprt.
12. Pomembno je načrtovanje glede na dejanske možnosti in - vloga SD, delovni odnos postavljanje dosegljivih ciljev.
13. Se pa dogajajo tudi presenetljivi premiki, zato je - vloga SD, dopuščanje pomembno spremljati spremembe in izhajati iz vsakokrat nepredvidljivega nove situacije.
06. ...delovanje v smeri zastavljenih ciljev. Konkretno gre tu - vloga SD, vzpostavljanje in lahko za skupno načrtovanje dneva, pridobivanje novih vodenje delovnega odnosa, socialnih veščin, širjenje socialne mreže z vključevanjem krepitev moči, širjenje socialne v nevladne organizacije, za iskanje zaposlitve, in mreže priprave za vrnitev na delo, za vključevanje v izobraževanje, urejanje bivanja, podpora pri reševanju zapletenih medosebnih odnosov ipd.

2. Strokovni tim

21. Enkrat mesečno imamo timski dan. - krepitev odnosov, razbremenitev
29. Strokovni tim se sestaja še posebej, dvakrat tedensko in - delo brez uporabnika za dnevno pred vizito. uporabnika

3. Celotni tim

- | | |
|--|---------------------------------|
| 01. Sprejemi pacienta na oddelek so vnaprej dogovorjeni. | - načrtovanje |
| 02. Pacienta in njegove svojce sprejme celoten tim. | - delitev vlog, soodvisnost |
| 03. Cilje obravnave določimo s pacientom in svojci. | - skupni cilji |
| 04. Tedenski timski sestanki služijo preverjanju in koordinaciji. | - preverjanje, usklajevanje |
| 07. ...obiski na domovih pacientov, sodelovanje z zunanjimi službami in nevladnimi organizacijami. | - vpetost tima v zunanje okolje |
| 10. Pacient in svojci so enakovredno vključeni v proces obravnave. | - vključevanje vseh članov |
| 24. Vodja tima je zdravnik psihiater, ki spodbuja enakopraven položaj. | - vloga vodje |

4. Vloga institucije in zunanjega okolja

- | | |
|---|---|
| 26. Kar se tiče seminarjev ipd. si je treba vsako stvar posebej izboriti. | - delna podpora institucije pri izobraževanju |
|---|---|

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

- | | |
|--|--|
| 08. ...se znam vživeti v tim | - sposobnost vključevanja |
| 14. ...doživljam precej osebno, določeni primeri me še vedno prizadenejo. | - zavedanje osebne občutljivosti |
| 15. Profesionalno identiteto si moram ohranjati in krepiti sama. | - krepitev vloge SD, samouveljavljanje |
| 16. Da ohranjam aktivno vlogo in ne da samo kimam in se zgubim med drugimi. | - krepitev vloge SD, asertivno komuniciranje |
| 17. Pogovor, jezik je edino orodje, ki ga lahko uporabim. | - krepitev vloge SD, spretnost pogovora |
| 19. Moja največja motivacija pri delu je delovni uspeh: napredovanje pacientov, zadovoljstvo, zaupanje. | - motivacija, doseganje zastavljenih ciljev |
| 22. K dobri klimi prispevam s sklepanjem kompromisov, s pozitivno naravnostjo, optimizmom, usmerjenostjo v prihodnost. | - osebni prispevek, pozitivna naravnost |
| 26. Kar se tiče seminarjev ipd. si je treba vsako stvar posebej izboriti. | - pomen lastne iniciative za izobraževanje |
| 27. Poklicno od zasebnega pogosto težko razmejim. | - zavedanje čustvene obremenjenosti |
| 20. Uspeh v na novo vpeljanih programih... | - motivacija, inovativnost |

6. Doživljanje medosebnih razmerij

- | | |
|---|-------------------|
| 23. Upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu, ohranjanje avtonomnosti, reševanje konfliktov. | - skupne vrednote |
|---|-------------------|

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 28. Domov ne nosim fizičnega dela, kolegic na dopustu ne obremenjujem. | - strategije razbremenjevanja |
| 18. Konflikte rešujemo vedno odprto in glasno. | - sposobnost reševanja konfliktov |
| 09 ...menjavanje članov tima... | - ovira za sodelovanje, prilagajanje |

Tabela 3.5.3

UREJANJE POJMOV: Tim dnevnega oddelka

1. Vloga socialne delavke

a. soustvarjanje delovnega odnosa

11. Moj odnos do njih je zelo različen, vsakič znova drugačen, glede na situacijo in razpoloženje, predvsem pa je zelo odprt.
12. Načrtovanje glede na dejanske možnosti in postavljanje dosegljivih ciljev.
13. Se pa dogajajo tudi presenetljivi premiki, zato je pomembno spremljati spremembe in izhajati iz vsakokrat nove situacije.
06. ..delovanje v smeri zastavljenih ciljev. Konkretno gre tu lahko za skupno načrtovanje dneva, pridobivanje novih socialnih veščin, širjenje socialne mreže z vključevanjem v nevladne organizacije, za iskanje zaposlitve, in priprave za vrnitev na delo, za vključevanje v izobraževanje, urejanje bivanja, podpora pri reševanju zapletenih medosebnih odnosov ipd.

b. ocena socialnega stanja

05. Naloga SD po prvem sestanku je ocena socialnih potreb.

2. Strokovni tim

a. delo brez uporabnika za uporabnika

29. Strokovni tim se sestaja še posebej, dvakrat tedensko in dnevno pred vizito.

b. krepitev odnosov, razbremenitev

21. Enkrat mesečno imamo timski dan.

3. Celotni tim

a. struktura tima

- skupni cilji

03. Cilje obravnave določimo s pacientom in svojci.

- delitev vlog, nalog, pravic, odgovornosti

- 24. Vodja tima je zdravnik psihiater, ki spodbuja enakopraven položaj.
- 02. Pacienta in njegove svojce sprejme celoten tim.

- vpetost tima v zunanje okolje

- 07. ...obiski na domu pacientov, sodelovanje z zunanjimi službami in nevladnimi organizacijami.

b. procesi v timu

- vključevanje vseh članov

- 10. Pacient in svojci so enakovredno vključeni v proces obravnave.

- načrtovanje, usklajevanje, preverjanje

- 01. Sprejemi pacienta na oddelek so vnaprej dogovorjeni.
- 04. Tedenski timski sestanki služijo preverjanju in koordinaciji.

4. Vloga institucije

a. delna podpora institucije pri izobraževanju

- 26. Kar se tiče seminarjev ipd. si je treba vsako stvar posebej izboriti.

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

a. poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

- samoiniciativa

- 15. Profesionalno identiteto si moram ohranjati in krepiti sama.
- 16. Da ohranjam aktivno vlogo in ne da samo kimam in se zgubim med drugimi.
- 17. Pogovor, jezik je edino orodje, ki ga lahko uporabim.
- 26. Kar se tiče seminarjev ipd. si je treba vsako stvar posebej izboriti.

- zadovoljstvo pri delu

- 19. Moja največja motivacija pri delu je delovni uspeh: napredovanje pacientov, zadovoljstvo, zaupanje.
- 20. Uspeh v na novo vpeljanih programih...

b. osebno samozaupanje

- sposobnost vključevanja

08. ...se znam vživeti v tim.
 22. k dobri klimi prispevam s sklepanjem kompromisov, s pozitivno naravnostjo, optimizmom, usmerjenostjo v prihodnost

- zavedanje osebne občutljivosti

14. ...doživljam precej osebno, določeni primeri me še vedno prizadenejo.
 27. Poklicno od zasebnega pogosto težko razmejim.

6. Doživljanje medosebnih razmerij

a. skupne vrednote

23. Upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu, ohranjanje avtonomnosti, reševanje konfliktov.
 28. Domov ne nosim fizičnega dela, kolegic na dopustu ne obremenjujem.
 18. Konflikte rešujemo vedno odprto in glasno.

b. ovire pri timskem sodelovanju

- 09 ...menjavanje članov tima...

Tabela 3.5.4.

MODEL ZNAČILNOSTI TIMA: Tim dnevnega oddelka

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

soustvarjanje delovnega odnosa

- individualni, edinstveni proces pomoči
- krepitev moči
- širjenje socialne mreže, obnavljanje obstoječe

ocena socialnih potreb v timskem načrtu zdravljenja

STROKOVNI TIM

delo brez uporabnika za uporabnika

- tedenski timski sestanki

krepitev odnosov, razbremenitev

- enkrat mesečno timski dan

CELOTNI TIM

struktura tima

skupni cilji

- določeni individualno z uporabnikom
- delitev vlog, nalog, pravic, obveznosti
- enakovrednost, enakopravnost vseh članov
 - vodja tima si prizadeva za enakovredno sodelovanje vseh članov tima
- vpetost tima v zunanje okolje
- uporabniki na domovih, zunanje službe in nevladne organizacije

procesi v timu

vključevanje vseh članov v vse faze dela

načrtovanje dela, preverjanje, usklajevanje

VLOGA INSTITUCIJE

delna podpora pri izobraževanju

DOŽIVLJANJE SEBE V ODNOSU Z DRUGIMI

poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

samoiniciativa

- komunikacija, aktivna vloga

- znanje, profesionalnost

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

sposobnost vključevanja

zavedanje osebne občutljivosti

DOŽIVLJANJE MEDOSEBNIH RAZMERIJ

skupne vrednote

- upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu

- avtonomnost

- razreševanje konfliktov

ovire

- menjava članov tima

Tabela 3.5.5

KODIRANJE IZJAV: **Tim poklicne rehabilitacije**, Inštitut RS za rehabilitacijo, Center za poklicno rehabilitacijo

ŠT. IZJAVE	POJMI
01 Vsak teden imamo dve novi obravnavi, nove primere uporabnikov.	- načrtovanje, skupno delo
02 Namen tima je poleg ocene zmožnosti dela tudi zaposlitvena rehabilitacija.	- skupni cilj
03 Cilj tima je nezaposlenega rehabilitanta čim prej zaposliti, da speljemo vse oblike pomoči, ki jih moramo določiti v procesu ocene, kaj posameznik dejansko potrebuje, da bi se svoji zaposlitvi približal.	- skupni cilj
04. Zelo se povezujemo z najrazličnejšimi ustanovami.	- vpetost tima v zunanje okolje
05. ..je čisto od primera do primera odvisno, kaj kdo potrebuje, kdo se bo vključeval.	- vključevanje članov po potrebi
06. Včasih je treba proces ocene tudi podaljšati...	- prilagajanje konkretni situaciji, procesi v timu
07. Socialna delavka je tudi vodja tima.	- vloga vodje
08. Socialne delavke imamo zelo močno vlogo ugotavljanja nekih pravic posameznika za naprej, kje je	- vloga SD, ugotavljanje upravičenosti

- upravičen do določenih pravic in kje ne.
09. Podamo mnenje in velikokrat ljudi usmerjamo naprej, da si pridobijo še dodatne informacije... - vloga SD, svetovanje, informiranje, usmerjanje
 10. Skozi zaposlitveno rehabilitacijo posegamo skozi najrazličnejšo zakonodajo, povezujemo se tudi z institucijami. - vloga SD, poznavanje zakonodaje, povezovanje z drugimi viri informacij
 11. Vseskozi je tim zelo pomemben, ker brez enega člana si jaz ne znam predstavljati uspešne zaposlitvene rehabilitacije. - sodelovanje, soodvisnost članov
 12. Vsak član tima doprinese nekaj. - skupno delo, delitev nalog
 13. Po zakonu imamo točno določeno, kako mora izgledati naše zaključno mnenje, kaj, kako bo to potekalo in kako bomo to kot tim izvajali. - načrtovanje, prilagajanje zakonodaji, standardom
 14. V zaposlitveni rehabilitaciji ima spet vsak član tima pomembno vlogo. - skupno delo, delitev vlog
 15. ...je potrebno določiti cilje in vsak član tima k temu prispeva, ima svojo nalogo. - skupno delo, delitev nalog
 16. Kot tim se sestajamo enkrat do dvakrat tedensko, podajamo svoje ugotovitve in na podlagi tega podajamo predlog nadaljnjih aktivnosti. - delo brez uporabnika
 17. ...v skladu z navodili, ki so zelo, zelo točno določena. - normativni okvir dela
 18. ...ne mine nobena malica, noben odmor, da se ne bi še sproti posvetovali. - posvetovanje strokovnega tima
 19. Če se pojavi neka nova pomembna okoliščina, jo pač takoj prenesem timu, če se mi zdi, da mora biti s tem tim seznanjen. - sodelovanje, vključevanje vseh članov, komunikacija
 20. Ob vsakem timskem sestanku pišem zapisnik, kdo je bil prisoten, o čem smo se pogovarjali, kakšne so ugotovitve. - prisotnost strokovnega tima
 21. Brez timskih sestankov si sploh ne znam predstavljati dela. - komunikacija
 22. Uporabnik ves čas aktivno sodeluje, že na začetku ga seznanimo z vsemi pravicami, obveznostmi, dolžnostmi. - delitev dela, pravic in odgovornosti
 23. ...pri oblikovanju nadaljnjih korakov mora biti glavni akter, tudi če misli drugače, kot je naše strokovno mnenje. - vključevanje uporabnika v proces dela
 24. Včasih si rehabilitant najde nekoga, ki mu bolj zaupa, tako pridemo strokovnjaki do različnih informacij. Na timskih sestankih niso prisotni rehabilitanti, jih pa seznanimo s končnim mnenjem. - timski sestanki brez uporabnika
 25. Svojci se vključujejo v proces, če tako želi rehabilitant. - vključenost svojcev
 26. Usposabljanje se ponavadi začne v naših prostorih, v naših simuliranih delavnicah... - zagotavljanje materialnih pogojev, podpora institucije
 27. Mi jih potem spremljamo, nudimo vso strokovno pomoč rehabilitantu, kot tudi delodajalcu... - vpetost tima v zunanje okolje
 28. ...cilj tega je usposobit posameznika, oceniti na kakšni ravni funkcionira, kakšne oblike pomoči pri delu potrebuje. - cilj tima

29. Jaz se počutim čisto enakovreden član tima... - enakovrednost
30. Upam si povedat neko svoje stališče, svoje mnenje - samozaupanje
31. Naše vloge so res enakovredne, vsak pridoda svoj delež, v glavnem imamo dobro razdeljene naloge. - vrednote, doživljanje tima
32. Dobro je tudi to, ker je določena struktura, kaj se pričakuje od obravnave, da pač temu sledimo. - normativi dela kot pomoč usklajenosti
33. Zaključno mnenje je pač tako zastavljeno, mnenje vsakega člana posebej, povzetek ugotovitev ter končno mnenje. - pogojenost dela z normativi
34. Končno mnenje s predlogom poda vodja tima, socialna delavka, preden odide uporabnik iz hiše ga vsak član tima seznani s svojimi ugotovitvami, jaz imam z vsakim še zaključni pogovor. - delitev nalog, delitev dela
35. Stalni sodelavec je gotovo nekaj drugega kot pa zunanji sodelavec. Veliko več časa in energije je potrebno zaradi usklajevanja. - ovire timskega sodelovanja
36. Meni se zdi vedno en čar, hrana za mojo dušo, ko vidim nasmejane, zadovoljne obraze, ko se stvari premikajo, ko posamezniki dosežejo svoj cilj. - zadovoljstvo, motivacija
37. Glede izobraževanja pri nas veliko stvari dobro teče. Ogromno je mednarodnega sodelovanja, usposabljanja, seminarjev, delovnih skupin, kolikor želiš. - podpora institucije
38. Treba je stalno spremljati novo zakonodajo in nove stvari vnašati. - delo kot motivacija
39. ..ko imaš primer, ko moraš različne zakonodaje povezati med seboj. Velikokrat naletim čisto na nove stvari, ki jih je potrebno na novo raziskati, se povezati s pravimi ljudmi, da dobim pravo informacijo. - delo kot motivacija
40. Vedno znova pleteš mrežo strokovnih sodelavcev različnih ustanov, vseskozi pleteš in širiš to mrežo in se nadgrajuješ. - delo kot motivacija
41. Imamo zelo odprto komunikacijo, sposobnost komuniciranja je nasploh nujno potrebna. - vrednote, komunikacija
42. ...če nisi komunikativen, pripravljen poslušati, pomagati, potem ni možna uspešna rehabilitacija. - vrednote, komunikacija
43. Delo mi je v zadovoljstvo in če bi se morala še enkrat odločiti, bi se še enkrat za isto. - osebno zadovoljstvo
44. Edini problem pa se mi zdi obseg dela... - ovira, obseg dela
45. Je pa problem pri teh timskih delih, ko pač en člen verige popusti in ga ni. - ovira, manjkajoči član
46. Odprtost, zaupanje, lojalnost, odprtost tudi za konflikte... - vrednote
47. ...da se trudim k timu prispevati nekaj, kar lahko. - vrednote
48. ...ISO standardi, v katerih je točno določeno, kako naj obravnave tečejo. - načrtovanje po normativih institucije
49. Tako da so stvari zelo določene, od pisanja zapisnika in tega kaj mora biti v mapi, ko pišemo zaključno mnenje. - načrtovanje po normativih
50. Vodja tima poda zaključno mnenje s predlogi, na - vloga vodje

- podlagi podanih mnenj vseh ostalih članov.
51. Veliko je tega usklajevanja, dogovarjanja in sploh - procesi v timu organizacijske sposobnosti so zelo pomembne.
 52. V vlogi vodje tima težim k temu, da pridemo do pravih - vloga vodje ciljev, da so ti cilji oblikovani tako, da jih je moč doseči.
 53. Kot hiša smo nasploh naravnani k timskemu delu, tudi - podpora institucije na ostalih oddelkih je timsko delo dosti pomembno.
 54. Lahko rečem, da so naši programi dosti uspešni in - obremenjenost z delom čakalne dobe so zame kot vodjo, ki pač moram vse koordinirat, načrtovat, obremenjujoče.
 55. Včasih gotovo prenašam skrbi domov, jih prenašam - samorazbremenitev sem ter tja, čeprav se tudi tega naučiš, odklopiti službo, ker družina zahteva svojo pozornost.
 56. Še posebej pa pridejo prav strnjeni dopusti, ko lahko za - razbremenitev, vloga nekaj tednov izklopiš službo. institucije

Tabela 3.5.6

UREJANJE IZJAV PO KODAH IN ZDRUŽEVANJE V ŠIRŠE KATEGORIJE: Tim poklicne rehabilitacije

1. Vloga socialne delavke

08. Socialne delavke imamo zelo močno vlogo ugotavljanja - vloga SD, ugotavljanje nekih pravic posameznika za naprej, kje je upravičen do upravičenosti, ocena skozi določenih pravic in kje ne. delovni odnos in zakonodajo
09. Podamo mnenje in velikokrat ljudi usmerjamo naprej, da - vloga SD, svetovanje, si pridobijo še dodatne informacije... informiranje, usmerjanje
10. Skozi zaposlitveno rehabilitacijo posegamo skozi - vloga SD, poznavanje najrazličnejšo zakonodajo, povezujemo se tudi z zakonodaje, povezovanje z institucijami. drugimi viri informacij

2. Strokovni tim

16. Kot tim se sestajamo enkrat do dvakrat tedensko, - delo brez uporabnika za podajamo svoje ugotovitve in na podlagi tega podajamo uporabnika predlog nadaljnjih aktivnosti.
17. ...v skladu z navodili, ki so zelo, zelo točno določena. - normativni okvir dela
18. ..ne mine nobena malica, noben odmor, da se ne bi še - posvetovanje strokovnega sproti posvetovali. tima
20. Ob vsakem timskem sestanku pišem zapisnik, kdo je bil - prisotnost strokovnega tima prisoten, o čem smo se pogovarjali, kakšne so ugotovitve.
24. Včasih si rehabilitant najde nekoga, ki mu bolj zaupa, - timski sestanki brez

tako pridemo strokovnjaki do različnih informacij. Na uporabnika
 timskih sestankih niso prisotni rehabilitanti, jih pa
 seznanimo s končnim mnenjem.

3. Celotni tim

- | | | |
|-----|---|---|
| 01 | Vsak teden imamo dve novi obravnavi, nove primere uporabnikov. | - načrtovanje, skupno delo |
| 02 | Namen tima je poleg ocene zmožnosti dela tudi zaposlitvena rehabilitacija. | - skupni cilj |
| 03 | Cilj tima je nezaposlenega rehabilitanta čim prej zaposliti, da speljemo vse oblike pomoči, ki jih moramo določiti v procesu ocene, kaj posameznik dejansko potrebuje, da bi se svoji zaposlitvi približal. | - skupni cilj |
| 04. | Zelo se povezujemo z najrazličnejšimi ustanovami. | - vpetost tima v zunanje okolje |
| 05. | ...je čisto od primera do primera odvisno, kaj kdo potrebuje, kdo se bo vključeval. | - vključevanje članov po potrebi |
| 07. | Socialna delavka je tudi vodja tima. | - vloga vodje |
| 06. | Včasih je treba proces ocene tudi podaljšati... | - prilagajanje konkretni situaciji, procesi v timu |
| 11. | Vseskozi je tim zelo pomemben, ker brez enega člana si jaz ne znam predstavljati uspešne zaposlitvene rehabilitacije. | - sodelovanje, soodvisnost |
| 12. | Vsak član tima doprinese nekaj. | - skupno delo, delitev nalog |
| 13. | Po zakonu imamo točno določeno, kako mora izgledati naše zaključno mnenje, kaj, kako bo to potekalo in kako bomo to kot tim izvajali. | - načrtovanje, prilagajanje zakonodaji, standardom |
| 14. | V zaposlitveni rehabilitaciji ima spet vsak član tima pomembno vlogo. | - skupno delo, delitev nalog |
| 15. | ...je potrebno določiti cilje in vsak član tima k temu prispeva, ima svojo nalogo | - skupno delo, delitev nalog |
| 19. | Če se pojavi neka nova pomembna okoliščina, jo pač takoj prenesem timu, če se mi zdi, da mora biti s tem tim seznanjen. | - sodelovanje, vključevanje vseh članov, komunikacija |
| 22. | Uporabnik ves čas aktivno sodeluje, že na začetku ga seznanimo z vsemi pravicami, obveznostmi, dolžnostmi. | - delitev dela, pravic in odgovornosti |
| 23. | Pri oblikovanju nadaljnjih korakov mora biti glavni akter, tudi če misli drugače, kot je naše strokovno mnenje | - vključevanje uporabnika v proces dela |
| 25. | Svojci se vključujejo v proces, če tako želi rehabilitant | - vključenost svojcev |
| 27. | Mi jih potem spremljamo, nudimo vso strokovno pomoč rehabilitantu, kot delodajalcu... | - vpetost tima v zunanje okolje |
| 28. | ...cilj tega je usposobiti posameznika, oceniti na kakšni ravni funkcionira, kakšne oblike pomoči pri delu potrebuje. | - cilj tima |
| 34. | Končno mnenje s predlogom poda vodja tima, socialna delavka, preden odide uporabnik iz hiše ga vsak član | - delitev nalog, delitev dela |

- tima seznanjeni s svojimi ugotovitvami, jaz imam z vsakim še zaključni pogovor.
49. Tako da so stvari zelo določene, od pisanja zapisnika in tega kaj mora biti v mapi, ko pišemo zaključno mnenje. - načrtovanje po normativih
 50. Vodja tima poda zaključno mnenje s predlogi, na podlagi podanih mnenj vseh ostalih članov. - vloga vodje
 51. Veliko je tega usklajevanja, dogovarjanja in sploh organizacijske sposobnosti so zelo pomembne. - procesi v timu
 52. V vlogi vodje tima težim k temu, da pridemo do pravih ciljev, da so ti cilji oblikovani tako, da jih je moč doseči. - vloga vodje
 33. Zaključno mnenje je pač tako zastavljeno, mnenje vsakega člana posebej, povzetek ugotovitev ter končno mnenje. - načrtovanje po normativih

4. Vloga institucije in zunanjega okolja

37. Glede izobraževanja pri nas veliko stvari dobro teče. Ogromno je mednarodnega sodelovanja, usposabljanja, seminarjev, delovnih skupin, kolikor želiš. - podpora institucije
48. ...ISO standardi, v katerih je točno določeno, kako naj obravnave tečejo. - načrtovanje po normativih institucije
53. Kot hiša smo nasploh naravnani k timskemu delu, tudi na ostalih oddelkih je timsko delo dosti pomembno. - podpora institucije
56. Še posebej pa pridejo prav strnjeni dopusti, ko lahko za nekaj tednov izklopiš službo. - razbremenitev, vloga institucije
26. Usposabljanje se ponavadi začne v naših prostorih, v naših simuliranih delavnicah... - materialni pogoji institucije

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

54. Lahko rečem, da so naši programi dosti uspešni in čakalne dobe so zame kot vodjo, ki pač moram vse koordinirati, načrtovati, obremenjujoče. - obremenjenost z delom
55. Včasih gotovo prenašam skrbi domov, jih prenašam sem ter tja, čeprav se tudi tega naučiš, odklopiti službo, ker družina zahteva svoje. - samorazbremenitev
38. Treba je stalno spremljati novo zakonodajo in nove stvari vnašati. - delo kot motivacija
39. ...ko imaš primer, ko moraš različne zakonodaje povezati med seboj. Velikokrat naletim čisto na nove stvari, ki jih je potrebno na novo raziskati, se povezati s pravimi ljudmi, da dobim pravo informacijo. - delo kot motivacija
40. Vedno znova pleteš mrežo strokovnih sodelavcev različnih ustanov, vseskozi pleteš in širiš to mrežo in se nadgrajuješ. - delo kot motivacija
29. Jaz se počutim čisto enakovreden član tima. - enakovrednost
30. Upam si povedati neko svoje stališče, svoje mnenje. - samozaupanje

- 36. Meni se zdi vedno en čar, hrana za mojo dušo, ko vidim nasmejane, zadovoljne obraze, ko se stvari premikajo, ko posamezniki dosežejo svoj cilj. - zadovoljstvo, motivacija
- 43. Delo mi je v zadovoljstvo in če bi se morala še enkrat odločit, bi se še enkrat za isto. - osebno zadovoljstvo

6. Doživljanje medosebnih razmerij

- 45. Je pa problem pri teh timskih delih, ko pač en člen verige popusti in ga ni. - ovira, manjkajoči član
- 46. Odprtost, zaupanje, lojalnost, odprtost tudi za konflikte - vrednote
- 47. ...da se trudim k timu prispevati nekaj, kar lahko - vrednote
- 41. Imamo zelo odprto komunikacijo, sposobnost komuniciranja je nasploh nujno potrebna. - vrednote, komunikacija
- 42. Če nisi komunikativen, pripravljen poslušat, pomagat, potem ni možna uspešna rehabilitacija. - vrednote, odprti odnosi
- 31. Naše vloge so res enakovredne, vsak pridoda svoj delež, v glavnem imamo dobro razdeljene naloge. - vrednote, doživljanje tima
- 32. Dobro je tudi to, ker je določena struktura, kaj se pričakuje od obravnave, da pač temu sledimo. - vrednote, normativi dela kot pomoč usklajenosti
- 35. Stalni sodelavec je gotovo nekaj drugega kot pa zunanji sodelavec. Veliko več časa in energije je potrebno zaradi usklajevanja. - ovire timskega sodelovanja
- 21. Brez timskih sestankov si sploh ne znam predstavljati dela. - komunikacija

Tabela 3.5.7

UREDITEV POJMOV: Tim poklicne rehabilitacije

1. Vloga socialne delavke

a. svetovanje, informiranje

- 09. Podamo mnenje in velikokrat ljudi usmerjamo naprej, da si pridobijo še dodatne informacije.

b. ugotavljanje upravičenosti skozi zakonodajo in delovni odnos

- 08. Socialne delavke imamo zelo močno vlogo ugotavljanja nekih pravic posameznika za naprej, kje je upravičen do določenih pravic in kje ne.
- 10. Skozi zaposlitveno rehabilitacijo posegamo skozi najrazličnejšo zakonodajo, povezujemo se tudi z institucijami.

2. Strokovni tim

a. delo brez uporabnika za uporabnika

16. Kot tim se sestajamo enkrat do dvakrat tedensko, podajamo svoje ugotovitve in na podlagi tega podajamo predlog nadaljnjih aktivnosti.
17. ..v skladu z navodili, ki so zelo, zelo točno določena.
18. ..ne mine nobena malica, noben odmor, da se ne bi še sproti posvetovali.

b. izključenost uporabnika iz procesa soodločanja

20. Ob vsakem timskem sestanku pišem zapisnik, kdo je bil prisoten, o čem smo se pogovarjali, kakšne so ugotovitve.
24. Včasih si rehabilitant najde nekoga, ki mu bolj zaupa, tako pridemo strokovnjaki do različnih informacij.. Na timskih sestankih niso prisotni rehabilitanti, jih pa seznanimo s končnim mnenjem.

3. Celotni tim

a. struktura tima

- skupni cilji

- 02 Namen tima je poleg ocene zmožnosti dela tudi zaposlitvena rehabilitacija.
- 03 Cilj tima je nezaposlenega rehabilitanta čim prej zaposliti, da speljemo vse oblike pomoči, ki jih moramo določiti v procesu ocene, kaj posameznik dejansko potrebuje, da bi se svoji zaposlitvi približal.
28. Cilj tega je usposobiti posameznika, oceniti na kakšni ravni funkcionira, kakšne oblike pomoči pri delu potrebuje.

- delitev vlog, nalog, pravic in dolžnosti

14. V zaposlitveni rehabilitaciji ima spet vsak član tima pomembno vlogo.
15. ...je potrebno določiti cilje in vsak član tima k temu prispeva, ima svojo nalogo.
12. Vsak član tima doprinese nekaj.
22. Uporabnik ves čas aktivno sodeluje, že na začetku ga seznanimo z vsemi pravicami, obveznostmi, dolžnostmi.
34. Končno mnenje s predlogom poda vodja tima, socialna delavka, preden odide uporabnik iz hiše, ga vsak član tima seznani s svojimi ugotovitvami, jaz imam z vsakim še zaključni pogovor.
07. Socialna delavka je tudi vodja tima.
50. Vodja tima poda zaključno mnenje s predlogi, na podlagi podanih mnenj vseh ostalih članov.
52. V vlogi vodje tima težim k temu, da pridemo do pravih ciljev, da so ti cilji oblikovani tako, da jih je moč doseči.

- vpetost tima v zunanje okolje

- 04. Zelo se povezujemo z najrazličnejšimi ustanovami.
- 27. Mi jih potem spremljamo, nudimo vso strokovno pomoč rehabilitantu, kot delodajalcu.

b. procesi v timu

- sodelovanje

- 11. Vseskozi je tim zelo pomemben, ker brez enega člana si jaz ne znam predstavljati uspešne zaposlitvene rehabilitacije.
- 19. Če se pojavi neka nova pomembna okoliščina, jo pač takoj prenesem timu, če se mi zdi, da mora biti s tem tim seznanjen.
- 51. Veliko je tega usklajevanja, dogovarjanja in sploh organizacijske sposobnosti so zelo pomembne.
- 05. ...je čisto od primera do primera odvisno, kaj kdo potrebuje, kdo se bo vključeval.

- vključevanje vseh članov tima v vse faze dela

- 23. Pri oblikovanju nadaljnjih korakov mora biti glavni akter, tudi če misli drugače, kot je naše strokovno mnenje.
- 25. Svojci se vključujejo v proces, če tako želi rehabilitant.
- 06. Včasih je treba proces ocene tudi podaljšati.
- 01. Vsak teden imamo dve novi obravnavi, nove primere uporabnikov.

- načrtovanje

- 13. Po zakonu imamo točno določeno, kako mora izgledati naše zaključno mnenje, kaj, kako bo to potekalo in kako bomo to kot tim izvajali.
- 49. Tako da so stvari zelo določene, od pisanja zapisnika in tega kaj mora biti v mapi, ko pišemo zaključno mnenje.
- 33. Zaključno mnenje je pač tako zastavljeno, mnenje vsakega člana posebej, povzetek ugotovitev ter končno mnenje.

4. Vloga institucije in zunanjega okolja

a. podpora institucionalna klima

- 53. Kot hiša smo nasploh naravnani k timskeemu delu, tudi na ostalih oddelkih je timsko delo dosti pomembno.
- 37. Glede izobraževanja pri nas veliko stvari dobro teče. Ogromno je mednarodnega sodelovanja, usposabljanja, seminarjev, delovnih skupin, kolikor želiš.
- 26. Usposabljanje se ponavadi začne v naših prostorih, v naših simuliranih delavnicah.
- 48. ...ISO standardi, v katerih je točno določeno, kako naj obravnave tečejo.
- 56. Še posebej pa pridejo prav strnjeni dopusti.

b. zunanje okolje

10. Skozi zaposlitveno rehabilitacijo posegamo skozi najrazličnejšo zakonodajo, povezujemo se tudi z institucijami.

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

a. poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

- samoiniciativa, krepitev vloge SD

38. Treba je stalno spremljati novo zakonodajo in nove stvari vnašati.
39. ..ko imaš primer, ko moraš različne zakonodaje povezati med seboj, velikokrat naletim čisto na nove stvari, ki jih je potrebno na novo raziskati, se povezati s pravimi ljudmi, da dobim pravo informacijo.
40. Vedno znova pleše mrežo strokovnih sodelavcev različnih ustanov, vseskozi pleše in širi to mrežo in se nadgrajuješ.

- zadovoljstvo pri delu

36. Meni se zdi vedno en čar, hrana za mojo dušo, ko vidim nasmejane, zadovoljne obraze, ko se stvari premikajo, ko posamezniki dosežejo svoj cilj.
43. Delo mi je v zadovoljstvo in če bi se morala še enkrat odločiti, bi se še enkrat za isto.

b. osebno samozaupanje

- samozavestna drža

29. Jaz se počutim čisto enakovreden član tima.
30. Upam si povedati neko svoje stališče, svoje mnenje.

6. Doživljanje medosebnih razmerij

a. vrednote tima kot celote

46. Odprtost, zaupanje, lojalnost, odprtost tudi za konflikte.
47. ..da se trudim k timu prispevati nekaj, kar lahko
41. Imamo zelo odprto komunikacijo, sposobnost komuniciranja je nasploh nujno potrebna
42. Če nisi komunikativen, pripravljen poslušati, pomagati, potem ni možna uspešna rehabilitacija.
31. Naše vloge so res enakovredne, vsak pridoda svoj delež, v glavnem imamo dobro razdeljene naloge
32. Dobro je tudi to, ker je določena struktura, kaj se pričakuje od obravnave, da pač temu sledimo.
21. Brez timskih sestankov si sploh ne znam predstavljati dela.

b. ovire pri timskem delu

45. Je pa problem pri teh timskih delih, ko pač en člen verige popusti in ga ni.

35. Stalni sodelavec je gotovo nekaj drugega kot pa zunanji sodelavec. Veliko več časa in energije je potrebno zaradi usklajevanja.

Tabela 3.5.8

MODEL ZNAČILNOSTI TIMA: Tim poklicne rehabilitacije

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

svetovanje, informiranje

ugotavljanje upravičenosti uporabnika skozi zakonodajo in delovni odnos

- poznavanje zakonodaje
- povezovanje z drugimi institucijami
- vzpostavljanje in razvijanje delovnega odnosa

STROKOVNI TIM

delo brez uporabnika za uporabnika

- strokovni timski sestanki, odmori, malice

izključenost uporabnika iz procesa soodločanja

- strokovni timski sestanki

CELOTNI TIM

struktura tima

skupni cilji

- določeni individualno z uporabnikom; usposobiti posameznika za zaposlitev

delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti

- enakovrednost in soodvisnost vseh članov tima
- vodja tima: krepi timsko identiteto, opravlja samostojno delo vodje

vpetost tima v zunanje okolje

- povezanost z različnimi ustanovami
- povezanost z delodajalcem in uporabnikom v času prilagajanja na delo

procesi v timu

sodelovanje

- komunikacija: pretok informacij, izmenjava mnenj, aktivno sodelovanje s predlogi
- koordinacija, reševanje problemov

načrtovanje: zakonsko določeno, po normativih

vključevanje vseh članov v vse faze dela

VLOGA INSTITUCIJE UN ZUNANJEGA OKOLJA

podporna institucionalna klima

- naravnost institucije k timskemu delu
- organizirano izobraževanje

standardi dela

zunanje okolje

- zakonodaja, socialna politika

DOŽIVLJANJE SEBE V ODNOSU Z DRUGIMI

poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

samoiniciativa

- znanje, profesionalnost, delovne izkušnje
- komunikativnost, širjenje mreže strokovnih sodelavcev

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

samozavestna drža

- počutje enakovrednosti
- asertivna komunikacija

DOŽIVLJANJE MEDOSEBNIH RAZMERIJ

vrednote tima kot celote

- zaupanje, lojalnost, enakovrednost, doslednost
- odgovornost za svoje in skupno delo
- odprta komunikacija, razreševanje konfliktov
- kohezija tima

ovire pri timske delu

- manjkajoči član tima
 - zunanji sodelavec tima
-

Tabela 3.5.9

KODIRANJE IZJAV: Paliativni tim - Bolnišnica KOPA Golnik

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 01. Ker predvsem želimo, da so ti bolniki kakovostno obravnavani od začetka diagnostike pa do samega konca. Naš cilj je kakovostna obravnava in ohranjanje dostojanstva, primarni je bolnik, on je center. | - skupni cilj |
| 02. Najprej smo začeli z rednimi informativnimi srečanji, v katere smo povabili bolnike in svojece. | - vključevanje vseh članov |
| 03. V timu je v središču bolnik, potem pa so svojci in ostalo osebje. | - delitev vlog, središče uporabnik |
| 04. Negovalni oddelek, tukaj so bolniki, ki jih pošljejo iz aktivnih oddelkov, nekaj postelj je namenjeno paliativi. | - struktura dela, načrtovanje |
| 05. Na tem oddelku se ob četrtkih timsko sestanemo, vendar brez bolnika. | - strokovni tim |
| 06. Socialna delavka na informativnih srečanjih bolj malo razlaga, predvsem, če so prisotni svojci, o tem kakšna je možnost glede ortopedskih in negovalnih pripomočkov, pravic denarne pomoči. | - vloga SD, informiranje svojcev |
| 07. A tudi svojcem moraš znati enako mehek način povedati, ker niso vsi pripravljeni na take spremembe. | - vloga SD, empatičnost |
| 08. Predvsem je naloga SD ta, da stvari zna predložiti na takten, postopen in individualen način. | - vloga SD, komunikacija, empatičnost |
| 09. Navadno me šele po kakšnem mesecu kemoterapije vključijo, ko so izražene potrebe po individualnem svetovanju. | - vloga SD, svetovanje |
| 10. Ob sprejemu bolnika iz aktivnega dela na negovalni oddelek, vsak član strokovnega tima na obrazec napiše problem in cilje. | - delitev nalog strokovnega tima |
| 11. Ocena socialnega stanja temelji na oceni gmotnih razmer, bivalnih razmer in medosebnih odnosov. | - vloga SD, ocena socialnega stanja |

12. Vseskozi pa je pomembna vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika - vloga SD, zagovornica bolnika
13. Zelo pomembno se mi zdi delo na odnosni mreži, da gradim na tistem članu, ki je pripravljen sodelovat, če pa je socialna mreža skrčena, da jo malo razširim. Da ene odnose omilim, druge skušam ojačati, krepiti, kjer se da. - vloga SD, krepitev moči, mediatorstvo, vzpostavljanje in vodenje delovnega odnosa
14. Na informativnem srečanju je predvsem zdravnik tisti, ki razlaga, bolnike na začetku zanimajo vprašanja z medicinskega vidika, o diagnostiki in zdravljenju. - razdelitev vlog, vloga zdravnika
15. Med pogovorom pa se lahko vključi katerikoli od nas, tudi če ni vprašanje direktno naslovljeno nanj. - usklajenost, soodvisnost
16. Predvsem pa so na začetku angažirani zdravnik, sestra, fizioterapevt in dietetičarka, mene pa navadno naknadno pokličejo za razgovor z bolnikom in svojci. - delitev vlog
17. Na terenu so podaljšan del tima patronažne sestre in osebni zdravniki. Vsak bolnik dobi svojo mapico, v kateri je zabeleženo, kaj se je dogajalo na terenu in ko se zopet vrne k nam, štartamo od tistega. - vpetost tima v okolico, delitev nalog
18. Enkrat mesečno se dobimo strokovni člani tima posebej, naredimo oceno, načrt za naprej, dobimo povratne informacije. - strokovni tim, krepitev tima
19. V timu na negovalnem oddelku gremo od konkretnega bolnika do bolnika. Gre za timsko delo, za medsebojno komuniciranje in s tem za seznanjenost s konkretno situacijo bolnika na podlagi prispevkov vsakega posameznega strokovnjaka. - strokovni tim, delo brez uporabnika
20. Na informativnih srečanjih so prisotni bolniki, ki jim je diagnoza postavljena ali so v postopku za diagnostiko, prisotni so tudi svojci. - vključevanje uporabnika in svojcev
21. Glede svojcev in bolnika je zame zelo pomembno, da že takoj na začetku sklenemo, kdo bo kaj delal in kaj bom pri tem naredila jaz. Pomembna je tudi časovna razporeditev, da se naloge podajo v nizu. - vloga SD, delitev nalog, delovni odnos
22. Moraš biti maksimalno fleksibilen in znati meje postavljati. - vloga SD, spretnosti SD
23. Ob bolečini je pogosto tudi socialna mreža zmedena in ti moraš najti nekoga, ki bo vodja in z njim navezati stik, torej s tistim, ki je morda trenutno najmanj čustveno prizadet. - vloga SD, vzpostavljanje delovnega odnosa, taktnost
24. Je pa pogosto težko usklajevati interese bolnika in svojcev, vendar je tu bolnikova želja še vedno na prvem mestu. - vloga SD, zagovornica, mediator, spretnost interpozicije
25. Pri doživljanju stiske v bolezni pa gre še za specifične dejavnike, ki vplivajo na trpljenje. Zelo je pomembno v katerem času življenjskega cikla je bolnik. Če je sredi svojega aktivnega življenja, drugače doživlja bolezen in njegove dimenzije izgube so čisto drugačne kot tiste od starejšega človeka. Doživljanje bolnika je - razumevanje vloge bolnika, celosten pogled na stisko

- odvisna tudi od pozicije, ki jo je imel v življenju, od potrebe po prikrivanju idr., vse to pa sovpada še s telesno bolečino
26. To so ti večdimenzionalni procesi, ki jih moraš razumeti pri paliativi. Izgube na različnih področjih so različno pomembne za posameznika, glede na prejšnji način življenja, vse pa še sovpada s telesno bolečino - celosten pogled na bolnika, individualno delo
 27. Zato je tako pomemben individualni pristop, pa tudi sposobnost vse to na timu prikazati, ker tudi drugim članom osvetliš določene težave, ki jih sicer morda napačno razlagajo. - vloga SD, celostno reševanje problematike, interpozicija med uporabnikom in člani tima
 28. To je bil en stereotip zdravnikov, da niso upoštevali pravil, predpisov drugih ustanov oz. zunanjega okolja. Tako da sem morala pogosto odločno nastopiti in se znati pogajati z zdravnikom, če je zahteval nemogoče. - samoiniciativa, pogajanje, razbijanje stereotipov
 29. Stvari so se začele spreminjati, ker sem tudi jaz postajala vse bolj zagovornica bolnika. - uveljavljanje pomena socialnega dela
 30. Zadnje čase so tudi mediji pripomogli k temu, da je socialna služba sploh v bolnišnicah drugače videna. - krepitev vloge SD preko medijev
 31. Timsko delo pa je sploh s svojo strukturo pripomoglo k enakopravnejšim odnosom. - vpliv tima na hierarhične odnose
 32. ...si je treba vsak dan znova ohranjati in krepiti svojo vlogo. - lastna krepitev vloge
 33. Konflikte vedno rešujem odprto, povem kaj mislim. - odprta komunikacija
 34. ..pogosto je treba usklajevati med pravili institucije, svojci in ostalimi člani - koordinacija
 35. Moja največja motivacija je zadovoljstvo bolnika, da mu je na najboljši možni način omogočena optimalna paliativna oskrba, v skladu z njegovimi individualnimi potrebami in željami. - zadovoljstvo v doseganju ciljev
 36. K dobri klimi prispevam z odprtostjo in razumevanjem kompleksnih situacij, s pozitivno naravnostjo. - interakcijske spretnosti
 37. Skupna vrednota tima je ta, da vsi delamo v eno smer, v dobro bolnika; upoštevanje pravic bolnika, večplastno razumevanje, celostna obravnava bolnika in svojcev. - vrednota tima, delo v smeri doseganja ciljev
 38. Medsebojno sodelovanje, komunikacija, razbijanje stereotipov. - vrednote tima
 39. Vrednota je tudi ta, da znamo priklicati en drugega v sodelovanje, da smo odprti za razumevanje vlog drugih članov in zaupanje v strokovnost drugih profesij. - vrednote, spretnost pogovora, medsebojno spoštovanje.
 40. Vodja paliativnega tima je medicinska sestra, ki si prizadeva za enakovredno sodelovanje vseh članov. - vloga vodje
 41. Sestanki tima so naprej dogovorjeni, dan in ura. - struktura dela, načrtovanje
 42. Institucija je zelo naklonjena timskega delu, podpira vsak program, v katerem vidijo možen prispevek za napredovanje dela. - podpora institucije
 43. Možnosti izobraževanja so ogromne, znotraj hiše, zunaj nje in v obliki sodelovanja s tujino. - podpora institucije

- | | |
|---|---|
| 44. Z izkušnjami se naučiš razbremeniti se s pogovorom s kolegicami in tudi s kolegicami socialnimi delavkami z kolegeticami drugih področij. | - razbremenitev med kolegeticami |
| 45. Pomemben je lasten način življenja, da se znaš sprostit in podpora doma. | - razbremenitev, lasten način |
| 46. Delo na samem sebi, osebnostna zrelost, širši pogled in zrel način spoprijemanja s tako občutljivim področjem, kot je paliativa. | - delo na osebnostni rasti |
| 47. Sposobnost postavljanja meja je tudi tista, ki obvaruje pred preveliko izčrpanostjo. | - razbremenitev s postavljanjem meja |
| 48. Znanje in stalno izobraževanje... | - profesionalen odnos kot razbremenitev |

Tabela 3.5.10

UREJANJE IZJAV PO KODAH IN ZDRUŽEVANJE V ŠIRŠE KATEGORIJE: **Paliativni tim**

1. vloga socialne delavke

- | | |
|--|---|
| 06. Socialna delavka na informativnih srečanjih bolj malo razlaga, predvsem, če so prisotni svojci, o tem kakšna je možnost glede ortopedskih in negovalnih pripomočkov, pravic denarne pomoči. | - vloga SD, informiranje svojcev |
| 07. A tudi svojcem moraš znati enako mehak način povedati, ker niso vsi pripravljeni na take spremembe. | - vloga SD, spretnost pogovora, empatičnost |
| 08. Predvsem je naloga SD ta, da stvari zna predložiti na takten, postopen in individualen način. | - vloga SD, komunikacija, empatičnost |
| 09. Navadno me šele po kakšnem mesecu kemoterapije vključijo, ko so izražene potrebe po individualnem svetovanju. | - vloga SD, svetovanje |
| 11. Ocena socialnega stanja temelji na oceni gmotnih razmer, bivalnih razmer in medosebnih odnosov. | - vloga SD, ocena socialnega stanja |
| 12. Vseskozi pa je pomembna vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika. | - vloga SD, zagovornica bolnika |
| 13. Zelo pomembno se mi zdi delo na odnosni mreži, da gradim na tistem članu, ki je pripravljen sodelovati, če pa je socialna mreža skrčena, da jo malo razširim. Da ene odnose omilim, druge skušam ojačati, krepiti, kjer se da. | - vloga SD, krepitev moči, mediatorstvo, vzpostavljanje in vodenje delovnega odnosa |
| 21. Glede svojcev in bolnika je zame zelo pomembno, da že takoj na začetku sklenemo, kdo bo kaj delal in kaj bom pri tem naredila jaz. Pomembna je tudi časovna razporeditev, da se naloge podajo v nizu. | - vloga SD, delitev nalog, delovni odnos |
| 23. Ob bolečini je pogosto tudi socialna mreža zmedena in ti moraš najti nekoga, ki bo vodja in z njim navezati stik, torej s tistim, ki je morda trenutno najmanj čustveno prizadet. | - vloga SD, vzpostavljanje delovnega odnosa, taktčnost |

24. Je pa pogosto težko usklajevati interese bolnika in njegovcev, vendar je tu bolnikova želja še vedno na prvem mestu. - vloga SD, zagovornica, mediator
26. To so ti večdimenzionalni procesi, ki jih moraš razumeti pri paliativu. Izgube na različnih področjih so različno pomembne za posameznika, glede na prejšnji način življenja, vse pa še sovpadajo s telesno bolečino. - vloga SD, celostni pogled na bolnika, individualno delo
27. Zato je tako pomemben individualni pristop, pa tudi sposobnost vse to na timu prikazati, ker tudi drugim članom osvetliš določene težave, ki jih sicer morda napačno razlagajo. - vloga SD, celostno reševanje problematike, interpozicija med uporabnikom in strokovnimi člani tima

2. Strokovni tim

05. Na tem oddelku se ob četrtkih timsko sestanemo, vendar brez bolnika. - strokovni tim, delo za uporabnika
10. Ob sprejemu bolnika iz aktivnega dela na negovalni oddelku, vsak član strokovnega tima na obrazec napiše problem in cilje. - delitev nalog strokovnega tima
18. Enkrat mesečno se dobimo strokovni člani tima posebej, naredimo oceno, načrt za naprej, dobimo povratne informacije. - strokovni tim, krepitev tima
19. V timu na negovalnem oddelku gremo od konkretnega bolnika do bolnika. Gre za timsko delo, za medsebojno komuniciranje in s tem za seznanjenost s konkretno situacijo bolnika na podlagi prispevkov vsakega posameznega strokovnjaka. - strokovni tim, delo brez uporabnika za uporabnika

3. Celotni tim

01. Ker predvsem želimo, da so ti bolniki kakovostno obravnavani od začetka diagnostike pa do samega konca. Naš cilj je kakovostna obravnava in ohranjanje dostojanstva, primarni je bolnik, on je center. - skupni cilj
02. Najprej smo začeli z rednimi informativnimi srečanji, v katere smo povabili bolnike in svojce. - vključevanje vseh članov
03. V timu je v središču bolnik, potem pa so svojci in ostalo osebje. - delitev vlog, središče uporabnik
14. Na informativnem srečanju je predvsem zdravnik tisti, ki razlaga, bolnike na začetku zanimajo vprašanja z medicinskega vidika, o diagnostiki in zdravljenju. - razdelitev vlog, vloga zdravnika
15. Med pogovorom pa se lahko vključi katerikoli od nas, tudi če ni vprašanje direktno naslovljeno nanj. - usklajenost, soodvisnost
16. Predvsem pa so na začetku angažirani zdravnik, sestra, fizioterapevt in dietetičarka, mene pa navadno naknadno pokličejo za razgovor z bolnikom in svojci. - delitev vlog

17. Na terenu so podaljšan del tima patronažne sestre in osebni zdravniki. Vsak bolnik dobi svojo mapico, v kateri je zabeleženo, kaj se je dogajalo na terenu in ko se zopet vrne k nam, štartamo od tistega. - vpetost tima v okolico, delitev nalog
20. Na informativnih srečanjih so prisotni bolniki, ki jim je diagnoza postavljena ali so v postopku za diagnostiko, prisotni so tudi svojci. - vključevanje uporabnika in svojcev
25. Pri doživljanju stiske v bolezni pa gre še za specifične dejavnike, ki vplivajo na trpljenje. Zelo je pomembno v katerem času življenjskega cikla je bolnik. Če je sredi svojega aktivnega življenja, drugače doživlja bolezen in njegove dimenzije izgube so čisto drugačne kot tiste od starejšega človeka. Doživljanje bolnika je odvisna tudi od pozicije, ki jo je imel v življenju, od potrebe po prikrivanju idr. vse to pa sovпада še s telesno bolečino. - vloga bolnika, razumevanje vloge bolnika, celosten pogled na stisko
04. Negovalni oddelek, tukaj so bolniki, ki jih pošljejo iz aktivnih oddelkov, nekaj postelj je namenjeno paliativi. - struktura dela, načrtovanje
40. Vodja paliativnega tima je medicinska sestra, ki si prizadeva za enakovredno sodelovanje vseh članov. - vloga vodje

4. Vloga institucije in zunanjega okolja

42. Institucija je zelo naklonjena timske delu, podpira vsak program, v katerem vidijo možen prispevek za napredovanje dela. - podpora institucije
43. Možnosti izobraževanja so ogromne, znotraj hiše, zunaj nje in v obliki sodelovanja s tujino. - podpora institucije
30. Zadnje čase so tudi mediji pripomogli k temu, da je socialna služba sploh v bolnišnicah drugače videna. - krepitev vloge SD preko medijev

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

28. To je bil en stereotip zdravnikov, da niso upoštevali pravil, predpisov drugih ustanov oz. zunanjega okolja. Tako da sem morala pogosto odločno nastopiti in se znati pogajati z zdravnikom, če je zahteval nemogoče. - samoiniciativa, pogajanje, razbijanje stereotipov
29. Stvari so se začele spreminjati, ker sem tudi jaz postajala vse bolj zagovornica bolnika. - uveljavljanje lastne vloge
32. ...si je treba vsak dan znova ohranjati in krepiti svojo vlogo. - lastna krepitev vloge
33. Konflikte vedno rešujem odprto, povem kaj mislim - odprta komunikacija
35. Moja največja motivacija je zadovoljstvo bolnika, da mu je na najboljši možni način omogočena optimalna paliativna oskrba, v skladu z njegovimi individualnimi potrebami in željami. - zadovoljstvo v doseganju ciljev
36. K dobri klimi prispevam z odprtostjo in razumevanjem kompleksnih situacij, s pozitivno naravnostjo - interakcijske spretnosti

- 44. Z izkušnjami se naučiš razbremeniti se s pogovorom s kolegicami in tudi s kolegicami socialnimi delavkami z kolegeticami drugih področij. - razbremenitev med kolegeticami
- 46. Delo na samem sebi, osebnostna zrelost, širši pogled in zrel način spoprijemanja s tako občutljivim področjem, kot je paliativa. - delo na osebnostni zrelosti
- 47. Sposobnost postavljanja meja je tudi tisto, ki obvaruje pred preveliko izčrpanostjo. - razbremenitev s postavljanjem meja
- 48. Znanje in stalno izobraževanje... - profesionalen odnos kot razbremenitev
- 45. Pomemben je lasten način življenja, da se znaš sprostit in podpora doma. - razbremenitev, lasten način, dom
- 22. Moraš biti maksimalno fleksibilen in znati meje postavljati. - vloga SD, spretnosti SD

6. Doživljanje medosebnih razmerij

- 31. Timsko delo pa je sploh s svojo strukturo pripomoglo k enakovrednejšim odnosom. - vpliv tima na hierarhične odnose
- 37. Skupna vrednota tima je ta, da vsi delamo v eno smer, v dobro bolnika: upoštevanje pravic bolnika, večplastno razumevanje, celostna obravnava bolnika in svojcev. - vrednote tima, delo v smeri zastavljenega cilja
- 38. Medsebojno sodelovanje, komunikacija, razbijanje stereotipov. - vrednote tima
- 39. Vrednota je tudi ta, da znamo priklicati en drugega v sodelovanje, smo odprti za razumevanje vlog drugih članov in zaupanje v strokovnost drugih profesij. - vrednote, spretnost pogovora, medsebojno spoštovanje

Tabela 3.5.11

UREJANJE POJMOV: Paliativni Tim

1. Vloga socialne delavke

a. spretnost pogovora in razgovora, svetovanje, informiranje

- 07. A tudi svojcem moraš znati na tak mehek način povedati, ker niso vsi pripravljeni na take spremembe.
- 08. Predvsem je naloga SD ta, da stvari zna predložiti na takten, postopen in individualen način.
- 09. Navadno me šele po kakšnem mesecu kemoterapije vključijo, ko so izražene potrebe po individualnem svetovanju
- 06. Socialna delavka na informativnih srečanjih bolj malo razlaga, predvsem, če so prisotni svojci, o tem kakšna je možnost glede ortopedskih in negovalnih pripomočkov, pravic denarne pomoči.

b. ocena socialnega stanja

11. Ocena socialnega stanja temelji na oceni gmotnih razmer, bivalnih razmer in medosebnih odnosov.

c. vzpostavljanje in osebno vodenje delovnega odnosa

21. Glede svojcev in bolnika je zame zelo pomembno, da že takoj na začetku sklenemo, kdo bo kaj delal in kaj bom pri tem naredila jaz. Pomembna je tudi časovna razporeditev, da se naloge podajo v nizu.
23. Ob bolečini je pogosto tudi socialna mreža zmedena in ti moraš najti nekoga, ki bo vodja in z njim navezati stik, torej s tistim, ki je morda trenutno najmanj čustveno prizadet.
26. To so ti večdimenzionalni procesi, ki jih moraš razumet pri paliativi. Izgube na različnih področjih so različno pomembne za posameznika, glede na prejšnji način življenja, vse pa še sovпада s telesno bolečino.
13. Zelo pomembno se mi zdi delo na odnosni mreži, da gradim na tistem članu, ki je pripravljen sodelovat, če pa je socialna mreža skrčena, da jo malo razširim. Da ene odnose omilim, druge skušam ojačati, krepiti, kjer se da.

d. koordiniranje medosebnih odnosov v timu: zagovorništvo, mediacija

12. Vseskozi pa je pomembna vloga socialne delavke kot zagovornice bolnika
24. Je pa pogosto težko usklajevati interese bolnika in svojcev, vendar je tu bolnikova želja še vedno na prvem mestu
27. Zato je tako pomemben individualni pristop, pa tudi sposobnost vse to na timu prikazati, ker tudi drugim članom osvetliš določene težave, ki jih sicer morda napačno razlagajo.

2. Strokovni tim

a. delo brez uporabnika za uporabnika

05. Na tem oddelku se ob četrtkih timsko sestanemo, vendar brez bolnika
19. V timu na negovalnem oddelku gremo od konkretnega bolnika do bolnika. Gre za timsko delo, za medsebojno komuniciranje in s tem za seznanjenost s konkretno situacijo bolnika na podlagi prispevkov vsakega posameznega strokovnjaka.
10. Ob sprejemu bolnika iz aktivnega dela na negovalni oddelek vsak član strokovnega tima na obrazec napiše problem in cilje.

b. krepitev strokovne timske identitete

18. Enkrat mesečno se dobimo strokovni člani tima posebej, naredimo oceno, načrt za naprej, dobimo povratne informacije.

3. Celotni tim

a. struktura tima

- skupni cilji

01. Ker predvsem želimo, da so ti bolniki kakovostno obravnavani od začetka diagnostike pa do samega konca. Naš cilj je kakovostna obravnava, primarni je bolnik, on je center.

- delitev vlog, nalog, pravic, odgovornosti

03. V timu je v središču bolnik, potem pa so svojci in ostalo osebje.
14. Na informativnem srečanju je predvsem zdravnik tisti, ki razlaga, bolnike na začetku zanimajo vprašanja z medicinskega vidika, o diagnostiki in zdravljenju.
16. Predvsem pa so na začetku angažirani zdravnik, sestra, fizioterapevt in dietetičarka, mene pa navadno naknadno pokličejo za razgovor z bolnikom in svojci.
04. Negovalni oddelek, tukaj so bolniki, ki jih pošljejo iz aktivnih oddelkov, nekaj postelj je namenjeno paliativi.
25. Pri doživljanju stiske v bolezni pa gre še za specifične dejavnike, ki vplivajo na trpljenje. Zelo je pomembno v katerem času življenjskega cikla je bolnik. Če je sredi svojega aktivnega življenja, drugače doživlja bolezen in njegove dimenzije izgube so čisto drugačne kot tiste od starejšega človeka. Doživljanje bolnika je odvisna tudi od pozicije, ki jo je imel v življenju, od potrebe po prikrivanju idr. vse to pa sovpada še s telesno bolečino.
40. Vodja paliativnega tima je medicinska sestra, ki si prizadeva za enakovredno sodelovanje vseh članov.

- vpetost tima v zunanje okolje

17. Na terenu so podaljšan del tima patronažne sestre in osebni zdravniki. Vsak bolnik dobi svojo mapico, v kateri je zabeleženo, kaj se je dogajalo na terenu in ko se zopet vrne k nam, štartamo od tistega

b. procesi v timu:

- sodelovanje

15. Med pogovorom pa se lahko vključi katerikoli od nas , tudi če ni vprašanje direktno naslovljeno nanj.

- vključevanje uporabnika in svojcev

02. Najprej smo začeli z rednimi informativnimi srečanji, v katere smo povabili bolnike in svojce.
20. Na informativnih srečanjih so prisotni bolniki, ki jim je diagnoza postavljena ali so v postopku za diagnostiko, prisotni so tudi svojci.

4. Vloga institucije in zunanjega okolja

a. podporna institucionalna klima

- 42. Institucija je zelo naklonjena timskega delu, podpira vsak program, v katerem vidijo možen prispevek za napredovanje dela
- 43. Možnosti izobraževanja so ogromne, znotraj hiše, zunaj nje in v obliki sodelovanja s tujino.

b. zunanje okolje

- 30. Zadnje čase so tudi mediji pripomogli k temu, da je socialna služba sploh v bolnišnicah drugače videna.

5. Doživljanje sebe v odnosu z drugimi

a. poklicno samozaupanje

- samoiniciativa, krepitev vloge SD

- 28. To je bil en stereotip zdravnikov, da niso upoštevali pravil, predpisov drugih ustanov oz. zunanjega okolja. Tako da sem morala pogosto odločno nastopiti in se znati pogajati z zdravnikom, če je zahteval nemogoče.
- 29. Stvari so se začele spreminjati, ker sem tudi jaz postajala vse bolj zagovornica bolnika.
- 32. ...si je treba vsak dan znova ohranjati in krepi svojo vlogo.
- 48. Znanje in stalno izobraževanje...
- 22. Moraš biti maksimalno fleksibilen in znati meje postavljati.

- zadovoljstvo pri delu

- 35. Moja največja motivacija je zadovoljstvo bolnika, da mu je na najboljši možni način omogočena optimalna paliativna oskrba, v skladu z njegovimi individualnimi potrebami in željami.

b. osebno samozaupanje

- samozavestna drža

- 33. Konflikte vedno rešujem odprto, povem kaj mislim.
- 36. K dobri klimi prispevam z odprtostjo in razumevanjem kompleksnih situacij, s pozitivno naravnostjo.

- sposobnost razbremenitve, osebnostna rast

- 44. Z izkušnjami se naučiš razbremeniti se s pogovorom s kolegicami in tudi s kolegicami socialnimi delavkami z drugih področij.
- 47. Sposobnost postavljanja meja je tudi tisto, ki obvaruje pred preveliko izčrpanostjo.
- 45. Pomemben je lasten način življenja, da se znaš sprostit in podpora doma
- 46. Delo na samem sebi, osebnostna zrelost, širši pogled in zrel način spoprijemanja s tako občutljivim področjem, kot je paliativa.

6. Doživljanje medosebnih razmerij

a. vrednote tima kot celote

37. Skupna vrednota tima je ta, da vsi delamo v eno smer, v dobro bolnika: upoštevanje pravic bolnika, večplastno razumevanje, celostna obravnava bolnika in svojcev.
38. Medsebojno sodelovanje, komunikacija, razbijanje stereotipov.
39. Vrednota je tudi ta, da znamo priklicati en drugega v sodelovanje, smo odprti za razumevanje vlog drugih članov in zaupanje v strokovnost drugih profesij.

b. prioriteta timskega dela

31. Timsko delo pa je sploh s svojo strukturo pripomoglo k enakovrednejšim odnosom.

Tabela 3.5.12

MODEL ZNAČILNOSTI TIMA: Paliativni tim

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

spretnost pogovora in razgovora, svetovanje, informiranje

- individualen pristop, edinstveni proces pomoči
- takten, postopen, empatičen pristop

ocena socialnega stanja

- ocena socialnih potreb v tinskem načrtu obravnave

vzpostavljanje in osebno vodenje delovnega odnosa

- dogovor o sodelovanju, delitev nalog, odgovornosti
- celostna obravnava uporabnika in svojcev
- spoštovanje edinstvenosti osebne izkušnje in osebnega dostojanstva
- delo na odnosni mreži: krepitev moči, širjenje mreže, reševanje konfliktov

koordiniranje medosebnih odnosov v timu

- zagovornišтво bolnika
- usklajevanje med interesi bolnika, svojci, strokovnim osebjem, pravili institucije
- interpozicija

STROKOVNI TIM

delo brez uporabnika za uporabnika

- tedenski timski sestanki

krepitev strokovne timske identitete

- mesečni timski sestanki

CELOTNI TIM

struktura tima

skupni cilji

- kakovostna, celostna obravnava uporabnika in svojcev

delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti

- v središču je vloga bolnika, potem so svojci in ostalo osebje
- aktivnost članov strokovnega tima je časovno prilagojena potrebam
- vodja tima: skrbi za enakovredno sodelovanje članov

vpetost tima v zunanje okolje

- patronažna sestra in osebni zdravnik ter druge relevantne službe

- uporabnik in svojci na domu

procesi v timu

sodelovanje

- komunikacija, medsebojna pomoč, reševanje problemov
- preverjanje, koordinacija, načrtovanje
- vključevanje vseh članov v vse faze dela

VLOGA INSTITUCIJE IN ZUNANJEGA OKOLJA

podporna institucionalna klima

- pozitivna naravnost do timskega dela
- organizirano izobraževanje

zunanje okolje

- podpora medijev

DOŽIVLJANJE SEBE V DONOSU Z DRUGIMI

poklicno samozaupanje, krepitev vloge SD

samoinicijativa

- odločnost, pogajanje, komunikativnost
- znanje, profesionalnost, delovne izkušnje

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

samozavestna drža

- odprtost za problematiko
- asertivna komunikacija
- pozitivna naravnost

sposobnost razbremenitve

- sprostitvene tehnike
- postavljanje meja

osebna rast

- delo na samem sebi

DOŽIVLJANJE MEDOSEBNIH ODNOSOV

vrednote tima kot celote

- delo v isto smer, v dobro uporabnika
- medsebojno sodelovanje, komunikacija, razbijanje stereotipov
- razumevanje in zaupanje

prioriteta timskega dela

- enakovrednejši odnosi
-

Tabela 3.5.13

PRIMERJALNI MODEL ZNAČILNOSTI TIMOV

Tim dnevnega oddelka

Tim poklicne rehabilitacije

Paliativni tim

VLOGA SOCIALNE DELAVKE

soustvarjanje delovnega odnosa

- individualni, edinstveni proces pomoči
- krepitev moči
- širjenje socialne mreže, obnavljanje obstoječe

ocena socialnih potreb v timskega načrtu zdravljenja

ugotavljanje upravičenosti uporabnika skozi zakonodajo in delovni odnos

- poznavanje zakonodaje
- povezovanje z drugimi institucijami
- vzpostavljanje in razvijanje delovnega odnosa
- svetovanje, informiranje

spretnost pogovora in razgovora, svetovanje, informiranje

- individualen pristop, edinstveni proces pomoči
- takten, postopen, empatičen pristop
- ocena socialnega stanja
- ocena socialnih potreb v timskega načrtu obravnave
- vzpostavljanje in osebno vodenje delovnega odnosa
- dogovor o sodelovanju, delitev nalog, odgovornosti
- celostna obravnava uporabnika in svojcev
- spoštovanje edinstvenosti osebne izkušnje in osebnega dostojanstva
- delo na odnosni mreži: krepitev moči, širjenje mreže, reševanje konfliktov
- koordiniranje medosebnih odnosov v timu
- zagovorništvo bolnika
- usklajevanje med interesi bolnika, svojci, strokovnim osebjem, pravili institucije
- interpozicija

Tim dnevnega oddelka

Tim poklicne rehabilitacije

Paliativni tim

STROKOVNI TIM

delo brez uporabnika za uporabnika

- tedenski timski sestanki

krepitev odnosov, razbremenitev

- enkrat mesečno timski dan

delo brez uporabnika za uporabnika

- strokovni timski sestanki, odmori, malice

izključenost uporabnika iz procesa

soodločanja

- strokovni timski sestanki

delo brez uporabnika za uporabnika

- tedenski timski sestanki

krepitev strokovne timske identitete

- mesečni timski sestanki

CELOTNI TIM

struktura tima

skupni cilji

- določeni individualno z uporabnikom

delitev vlog, nalog, pravic, obveznosti

- enakovrednost, enakopravnost vseh članov

- vodja tima si prizadeva za enakovredno

sodelovanje vseh članov tima

vpetost tima v zunanje okolje

- uporabniki na domovih, zunanje službe in

nevladne organizacije

procesi v timu

vključevanje vseh članov v vse faze dela

načrtovanje dela, preverjanje, usklajevanje

struktura tima

skupni cilji

- določeni individualno z uporabnikom;

usposobiti posameznika za zaposlitev

delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti

- enakovrednost in soodvisnost vseh članov

tima

- vodja tima: krepi timsko identiteto,

opravlja samostojno delo vodje

vpetost tima v zunanje okolje

- povezanost z različnimi ustanovami

- povezanost z delodajalcem in uporabnikom

v času prilagajanja na delo

procesi v timu

sodelovanje

- komunikacija: pretok informacij, izmenjava

mnenj, aktivno sodelovanje s predlogi

- koordinacija, reševanje problemov

načrtovanje: zakonsko določeno, po

normativih

- vključevanje vseh članov v vse faze dela

struktura tima

skupni cilji

- kakovostna, celostna obravnava uporabnika

in svojcev

delitev vlog, nalog, pravic in odgovornosti

- v središču je vloga bolnika, potem so svojci

in ostalo osebje

- aktivnost članov strokovnega tima je časovno

prilagojena potrebam

- vodja tima: skrbi za enakovredno

sodelovanje članov

vpetost tima v zunanje okolje

- patronažna sestra in osebni zdravnik ter

druge relevantne službe

- uporabnik in svojci na domu

procesi v timu

sodelovanje

- komunikacija, medsebojna pomoč, reševanje

problemov

- preverjanje, koordinacija, načrtovanje

vključevanje vseh članov v vse faze dela

Tim dnevnega oddelka

Tim poklicne rehabilitacije

Paliativni tim

VLOGA INSTITUCIJE IN ZUNANJEGA OKOLJA

delna podpora pri izobraževanju

podporna institucionalna klima

- naravnost institucije k tinskemu delu
- organizirano izobraževanje
- standardi dela
- zunanje okolje
- zakonodaja , socialna politika

podporna institucionalna klima

- pozitivna naravnost do timskega dela
- organizirano izobraževanje
- zunanje okolje
- podpora medijev

DOŽIVLJANJE SEBE V ODNOSU Z DRUGIMI ČLANI TIMA

poklicno samozaupanje

samoiniciativa

- komunikacija, aktivna vloga
- znanje, profesionalnost

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

sposobnost vključevanja

zavedanje osebne občutljivosti

poklicno samozaupanje

samoiniciativa

- znanje, profesionalnost, delovne izkušnje
- komunikativnost, širjenje mreže strokovnih sodelavcev

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

samozavestna drža

- počutje enakovrednosti
- asertivna komunikacija

poklicno samozaupanje

samoiniciativa

- odločnost, pogajanje, komunikativnost
- znanje, profesionalnost, delovne izkušnje

zadovoljstvo pri delu

- delo kot motivacija

osebno samozaupanje

samozavestna drža

- odprtost za problematiko
- asertivna komunikacija
- pozitivna naravnost
- sposobnost razbremenitve
- sprostivne tehnike
- postavljanje meja
- osebna rast
- delo na samem sebi

Tim dnevnega oddelka

Tim poklicne rehabilitacije

Paliativni tim

DOŽIVLJANJE MEDOSEBNIH RAZMERIJ

skupne vrednote

- upoštevanje mnenj vseh članov, dopolnjevanje pri delu
- avtonomnost
- razreševanje konfliktov

ovire pri timske delu

- menjava članov tima

vrednote tima kot celote

- zaupanje, lojalnost, enakovrednost, doslednost
- odgovornost za svoje in skupno delo
- odprta komunikacija, razreševanje konfliktov

kohezija tima

ovire pri timske delu

- manjkajoči član tima
- zunanji sodelavec tima

vrednote tima kot celote

- delo v isto smer, v dobro uporabnika
- medsebojno sodelovanje, komunikacija, razbijanje stereotipov
- razumevanje in zaupanje

prioriteta timskega dela

- enakovrednejši odnosi