ГЛАС ЦЕНТАРА

ИНФОРМАТИВНИ БИЛТЕН
АСОЦИЈАЦИЈЕ ЦЕНТАРА
ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД СРБИЈЕ

ISSN 1820-404X

Број 41 - година X - децембар 2013. - Врњачка Бања

ВРЕМЕ ЈЕ ДА НАСТУПАМО ЗАЈЕДНО!

ТЕМА БРОЈА:

СТРУЧНИ СКУП ЗАПОСЛЕНИХ У СОЦИЈАЛНОЈ ЗАШТИТИ, СУБОТИЦА

пленарној сали КЦ - а говорили су Ружица Милошевић председница Удруге социјалних делатника Осијечко-барањске регије из Хрватске, професорка др Борка Вукојевић из Бања Луке, Маргарита Берчек из Бечеја и Јасенка Бојовић из града домаћина. Социолог Смиља Ћук присутнима је презентовала рад Центра за социјални рад из Суботице, Александра Брита искуства Новосађана као и других центара из Јужнобачког округа, а веома запажен наступ имала је Вукица Ћукаловић из Лесковца, председник Уније друштава социјалних радника Републике Србије и председник друштва социјалних радника Јабланичког и Пчињског управног округа са седиштем у Лесковцу.

„Веома сам импресионирана бројем учесника и садржајем тема у овом научном скупу који је приказао целокупну проблематику социјалне заштите посебно у заштити старих и занемарених из категорије маргинализованих група", рекла је за нашу редакцију Слађана Теодоровић шармантна новинарка из новосадске редакције РТВ-Војводина.

„Организација овог скупа и његова медијска покривеност поставила је нове стандарде у организацији оваквих манифестација које ћемо ми на југу Србије без финансијске и техничке помоћи локалних самоуправа тешко организовати", рекао нам је овом приликом Бобан Илић директор Центра за социјални рад из Лесковца.

На маргини овог овонедељног значајног међународног скупа у Новоме Саду је боравак појединих новинара и социјалних радника у Терапијској заједници „Земља живих" у Ченеју, надомак Новог Сада. Млади људи, са непуних тридесетак година, овом приликом су посетиоцима имања у Ченеју изнели веома потресну слику сопственог избављења из канџи дроге и других порока данашњице, што је научни скуп донекле површно обрадио. Научном скупу, посебно трибини у Градској кући донекле је недостајало медијско присуство локалних медија из Војводине, али без обзира на ситне примедбе по оцени присутних овај стручни скуп у презентацији програма „Примери добре праксе" оправдао је сва очекивања...

Тома Стевановић

за портал Правде

развој

палијативног збрињавања у Србији

изазови препознатих могућности

Јединствена прилика групе запослених у Центру за социјални рад у Старој Пазови и Служби за кућну негу и помоћ у кући да буду полазници курса "Развој палијативног збрињавања у Србији" и веома добри утисци понети са првог нивоа обуке - укупно их је три, више су него довољан разлог да се ово искуство путем Гласа центара, подели са колегама у центрима за социјални рад у Србији. Од познавања идеје, концепта, принципа, вредности и других изазова палијативног збрињавања зависи и успешна пракса социјалне заштите и добробит корисника. А, за продубљивање знања и препознавање нових могућности драгоцени су нам врхунски стручњаци и изузетни познаваоци, а то је свакако наша саговорница прим. др Наташа Милићевић, национални координатор палијативног збрињавања у Србији.

• Докторка Наташа, палијативно збрињавање је тема о којој се све чешће говори и пише, али је оно ипак, сложићете се, недовољно познато и стручњацима и широј јавности. Молим да за колеге у социјалној заштити - у градским и општинским центрима за социјални рад, односно за све читаоце Гласа центара, укратко кажете шта је то палијативно збрињавање и коме је оно намењено?

Светска здравствена организација је још 1990. године дефинисала палијативно збрињавање као „активну свеобухватну бригу о пацијентима који болују од неизлечивих болести". Касније (2002. године) препоручила је нову дефиницију: „палијативно збрињавање је приступ којим се побољшава квалитет живота пацијената суочених са неизлечивом болешћу, као и њихових породица, кроз превенцију и олакшавање патњи путем раног откривања и непогрешиве процене и лечења бола и других симптома болести - физичких, психосоцијалних и духовних". Ова дефиниција јасно указује на чињеницу да су предмет палијативног збрињавања и пацијент али и чланови његове/њене породице. Ово је важно ако имамо у виду да свака тешка болест неминовно утиче на квалитет живота не само пацијента већ и целе породице. Осим тога дефиниција нам говори да болест више није у жижи нашег интересовања пошто знамо да не можемо да је излечимо, већ да је пацијент тај коме је потребна наша пажња која се са обољења преноси на оболелог а са дужине живота на квалитет живота и достојанство пацијента.

• Објасните нам, молим Вас, који је циљ палијативног збрињавања и шта се њиме може и жели постићи?

Основни циљ палијативног збрињавања је достизање што је могуће вишег квалитета живота за пацијента и породицу у постојећим околностима. Како на квалитет живота пацијента, поред физичких симптома саме болести (као што су бол, мучнина, гушење итд) утичу и психолошки, социјални и често духовни проблеми, јасно је да један професионалац, ма како добро био едукован, није у стању да сагледа све ове проблеме а посебно не и да их сам реши. Зато се квалитетно палијативно збрињавање увек пружа кроз тимски приступ где пацијент и чланови породице, заједно са лекаром и медицинском сестром, чине чланове основног тима. Социјални радник је у свим развијеним земљама неизоставни члан једног мулти - професионалног тима и учествује у раду са овим пацијентима/породицама од првог момента па до смрти пацијента, а често је укључен и у рад са породицом у периоду њеног туговања. Тек овакав мулти - професионални тим може успешно да препозна и реши велики део проблема и обезбеди пацијентима и породицама што бољи квалитет живота.

• Размишљање о палијативном збрињавању често нас упућује на размишљања о болничком лечењу. Да ли се у пракси палијативно збрињавање организује искључиво у клиничко-болничким условима?

Напротив, највећи обим палијативног збрињавања требало би да се пружа пацијентима у њиховим сопственим домовима кроз специјализоване службе за палијативно збрињавање или кроз кућно лечење, под условом да професионалци који у томе учествују добију темељно образовање у овој области а да породица добије потребну помоћ. Јединице или будући центри за палијативно збрињавање (или како их у западним земљама зову - хосписи) служе само за оне случајеве који се не могу решити у кући пацијента. Ово нису установе и одељења за дуготрајно збрињавање већ у њима пацијент проведе до две недеље, док се проблем не реши, а онда се враћа својој кући уз даљи надзор примарне здравстене заштите. Такође је предвиђено да пацијент који је раније регистрован као пацијент за палијативно збрињавање може да борави у овим јединицама до две недеље на рачун Фонда како би се породици пружила прилика да предахне. Наравно, због природе болести и стања ових пацијената, очекује се да ће одређени број њих и преминути у јединицама за палијативно збрињавање, али оне свакако нису замишљене као места за умирање већ као места за побољшање постојећег квалитета живота.

• Збрињавање "људи којима болест угрожава живот" у примарној здравственој заштити често је ор-

ганизовано искључиво кроз подршку служби кућног лечења. Ове службе се баве лечењем и збрињавањем и других оболелих грађана из чега се може закључити да њихови ресурси за палијативно збрињавање нису довољни. Практично, може ли се ставити "знак једнакости" између служби (јединица) за кућно лечење и служби (јединица) за палијативно збрињавање у домовима здравља?

др Erna Haraldsdottir

Свуда у свету највећи број пацијената збрињава у њиховим домовима, било да о њима брине изабрани лекар или специјализовани тим за палијативно збрињавање. Када су у питању специјализовани тимови за палијативно збрињавање, према препорукама Европске асоцијације за палијативно збрињавање, један овакав тим се формира на 100 000 становника. Тим се састоји од 1 лекара, 4-5 медицинских сестара и социјалног радника а доступне су им услуге и физиотерапеута, психолога и духовника. Према нашој Стратегији предвиђено је да сваки дом здравља који покрива територију са више од 25 000 становника има службу за кућно лечење која би истовремено, уз уобичајено продужено болничко лечење због којег је и основана, пружала и палијативно збрињавање. Према проценама сваки овакав тим, састављен од 1 лекара и 4-5 медицинских сестара би од укупног броја пацијената о којима брине имао 30-40% пацијената који би били регистровани као пацијенти за палијативно збрињавање и који би захтевали дуготрајније и свеобухватно збрињавање у складу са њиховим потребама. Ако је један овакав тим у свету довољан да брине о популацији од 100 000 становника нема никаквог разлога да исти такав тим у нашој средини не може да покрије потребе 25 000 становника, наравно имајући у виду да није једина делатност овог тима палијативно збрињавање. У срединама које имају мање од 25 000 становника или које немају основано кућно лечење, о овим пацијентима у њиховим домовима, је дужан да брине њихов изабрани лекар. Према нашем закону изабрани лекар има обавезу да обави 1-2 кућне посете дневно, чак и ако постоји служба за кућно лечење.

• Србија се определила за јавноздравствени приступ у развоју палијативног збрињавања. Овај концепт, без усавршавања знања запослених у здравственом систему, у пракси, претпостављам, не би могао да функционише. Курсеви се организују већ непуне три године. У току је обука последње генерације полазника. Колико је радника и ког стручно - образовног профила у овом периоду завршило обуку и искористило пружену прилику да унапреди своја знања о палијативном збрињавању? Да ли је обука обухватила искључиво запослене у здравству?

Пројекат „Развој палијативног збрињавања у Србији" има неколико важних аспеката који треба да помогну да се Стратегија за палијативно збрињавање имплементира у што краћем року. Један од задатака је и едукација у овој области како би што већи број учесника у збрињавању био упознат са принципима и филозофијом палијативног збрињавања. До сада је 1047 професионалаца различитог стручно - образовног профила завршило едукацију првог и другог нивоа (256 лекара, 617 медицинских сестара и техничара, 95 социјалних радника и око 80 психолога и физиотерапеута). Од тог броја 77 социјалних радника су завршили, поред заједничке обуке, и специјализовани дводневни курс само за социјалне раднике. Поред запослених у здравству у едукацију су укључени и запослени у установама који се баве социјалном заштитом као што су геријатријске установе и центри за социјални рад. Како би се обезбедила одрживост пројекта део пројектне активности је и увођење модула из ове области у додипломску наставу на медицинским факултетима, високим медицинским школама и у програм за социјалне раднике у оквиру факултета политичких наука. Такође је одлуком Министарства здравља од ове године уведена и специјализација из палијативне медицине на медицинским факултетима.

• Имајући у виду да је кроз обуку прошао, безмало сав планиран број тимова, те да се завршни ниво обуке односи на унапређење палијативног збрињавања у пракси кроз формирање јединица за палијативно збрињавање и праћење њиховог рада уз додатну практичну обуку, можете ли нам рећи колико је јединица за палијативно збрињавање до сада формирано, у којим здравственим установама, у којим местима у Србији? Има ли у пракси примера организованих јединица за палијативно збрињавање при домовима здравља? Информација о томе важна је за запослене у центрима за социјални рад због планирања заштите њихових корисника који имају потребу за палијативним збрињавањем.

проф. Julia Downing

Према Стратегији за палијативно збрињавање, коју је усвојила Влада Републике Србије марта 2009. године, палијативно збрињавање је предвиђено да се спроводи на свим нивоима здравствене заштите. На примарном нивоу спроводиће се у дому пацијената или преко служби кућног лечења или, као што сам већ објаснила, преко изабраног лекара. Значи, јединице нису планиране у оквиру установа примарне здравствене заштите. Поједине болнице су предвиђене да оснују јединице за палијативно збрињавање. Када је прављен план установа које би требало да оснују овакве јединице водило се рачуна о географској дистрибуцији ових установа али и о непопуњености постељног фонда у појединим болницама, па су тако болнице које су имале слабију попуњеност добиле задатак да одвоје више постеља за ове јединице. Број постеља у појединим јединицама се креће од 4-16 постеља. Овај број би требало да буде довољан за територије које покрива, имајући у виду да је међународни стандард за ове постеље 50-80 постеља на милион становника (50 постеља ако су предвиђене само за онколошке болеснике и 80 постеља ако примају и друге пацијенте). При томе треба имати на уму да се очекује да ће палијативно збрињавање бити пружано и корисницима геријатријских установа, где је могуће наћи све млађу популацију корисника којима по дефиницији и није место у овим установама. Списак болница које су предвиђене за формирање јединица за палијативно збрињавање може се наћи у Стратегији за палијативно збрињавање која је објављена на сајту Министарства здравља али су за сада почеле са радом само јединице у Сомбору, Зрењанину и Лесковцу. Врло брзо се очекује да почну да примају пацијенте и јединице у Ћуприји, Пироту, Врању, Лозници, Пожеги, Кикинди, Суботици, Зајечару, Врњачкој Бањи, Нишу, Чачку и Прокупљу. Ове установе су добиле новац да формирају јединице и већина је то успешно привела крају.

• Ваша посвећеност развоју палијативног збрињавања у Србији свакако подразумева и добар увид у свеукупно стање у друштву и потребе болесника у њиховој породици и окружењу. Верујем да Вам је познато да се центри за социјални рад свакодневно сусрећу са најтежим болесницима и/или члановима њихових породица који нису у могућности да реше своје свакодневне проблеме и обезбеде минималне услове неопходне за достојанствен и квалитетан живот и борбу са болешћу. Стварност нас често суочава са истином да има доста људи којима "сиромаштво угрожава живот". У спрези са болешћу, оно живот неким људима чини апсолутно недостојним. Пред центар за социјални рад се најчешће постављају питања новца за куповину лекова, пелена, плаћање превоза до болница ван места боравка. Често се постављају захтеви за остваривање материјалних права - новчане социјалне помоћи и додатка за помоћ и негу другог лица. Неретко је то питање смештаја у установу социјалне заштите када оболели нема потребну породичну негу или чак основне услове за становање, исхрану, хигијену. У тим ситацијама смештај у дом није питање самосталног избора оболелог већ крајње нужде, нужде која уједно ставља нови изазов пред домове и њихове ресурсе за пружање палијативне неге. Питањима старатељства, вршења родитељског права, индивидуалне или породичне психотерапије, такође се повремено баве стручњаци центара за социјални рад у настојању да помогну тешко оболелим људима и њиховим породицама. У пракси се, дакле, многи фактори ризика тешко оболелих редукују у систему социјалне заштите. Како Ви, докторка Наташа, видите улогу установа социјалне заштите у даљем развоју палијативног збрињавања, пре свега улогу центара за социјални рад који су једина установа социјалне заштите доступна грађанима у свакој општини Србије? Који би био минимум заједничког - партнерског улога здравствене и социјалне заштите у развој доброг модела палијативног збрињавања који би био исправан за прилике у Србији.

Ово је врло сложено питање из више разлога. Прво је питање новца који је на располагању центрима

за социјални рад. Средства су заиста недовољна за сложене и нарастајуће потребе у нашем друштву и здраве а сиромашне популације, а да не помињемо потребе оболелих и њихових породица када је оболели често био и једини запослени у породици. Много пута сам се на терену срела са таквом ситуацијом да породица просто не може да смести старог и оболелог члана у неку установу за трајно збрињавање пошто је његова/њена пензија једини приход у целој породици од кога сви они живе какотако. То су заиста тешки изазови за наше друштво. Са друге стране у нашој држави је улога социјалног радника сведена само на остваривање разних материјалних олакшица или смештање у посебне установе док је у другим земљама социјални радник, који је добио потребну едукацију, обавезни члан тима који је посредник између појединца/породица и друштва и који учествује у процени потребе сваког корисника палијативног збрињавања без обзира да ли су у питању само социјалне или, не тако ретко, и психолошке и духовне потребе појединца. Код нас, у многим здравственим установама, ако и постоје запослени социјални радници они не одлазе на терен са тимом за кућно лечење нити активно учествују у збрињавању пацијената у јединицама. Изузетак је у овом часу болница у Зрењанину која у правом смислу има мулти - професионални тим који ради свој посао у складу са филозофијом палијативног збрињавања.

прим. др Наташа Милићевић

• На крају бих Вам поставила пар повезаних практичних питања која полазе из мог уверења да многе колеге у социјалној заштити имају потребу да прошире своја знања у области палијативног збрињавања. У каталогу акредитованих програма обуке Републичког завода за социјалну заштиту налази се програм под називом "Развој вештина и знања у области палијативног збрињавања у систему социјалне заштите" ауторке Pamele Firth. Верујем да се ради о квалитетној обуци, али истовремено истичем да право учешћа у овом програму обуке имају они полазници који су завршили први ниво и први део другог нивоа обуке, што значи да обуку не могу похађати сви заинтересовани. Да ли Ви, докторка Наташа, имате информацију да ли се планирају нове обуке за запослене у социјалној заштити, односно како, када и где да стручњаци социјалне заштите унапреде своја знања у области палијативног збрињавања?

То је тачно. Овај курс (који је по нашем сазнању први акредитовани курс у овој области у Европи) је развијен за потребе овог пројекта и Pamela Firth је само једна од аутора овог курса. До краја пројекта ће бити организован још један курс у коме ће моћи да учествују само они који заврше оба предвиђена нивоа едукације, пошто је за праћење овог курса потребно да имају претходна знања која стичу кроз поменуту едукацију. Свакако да ће нова сазнања која буду имали полазници ових курсева и људи који се баве или ће се бавити палијативним збрињавањем наставити са едукацијом у овој области. Сигурно да ће увођење модула у овој области за будуће студенте политичких наука - одсек за социјалне раднике - допринети даљој едукацији.

• Уз велику и искрену захвалност за време које сте издвојили за овај интервју, питала бих Вас на крају - шта бисте поручили или препоручили колегама у социјалној заштити што би било од кључног значаја за унапређење њихове стручне праксе у области палијативног збрињавања у којем су, признало се то или не, одговорно заузели важно место?

Како су приступ и филозофија који се примењују у палијативном збрињавању нови у односу на куративни модел који је код нас широко распрострањен, мој савет је свима који су укључени у бригу о овим пацијентима и породицама, без обзира на стручни профил и радно место, да се едукују и да што више читају. Нажалост, на нашем језику је литература оскудна, али за оне који знају енглески језик постоји обимна литература која је често доступна и путем интернета.

Разговор водила и прилог приредила

Мирјана Соколовић

"Развој палијативног збрињавања у Србији" је заједнички пројекат Министарства здравља РС и Европске уније. Циљ пројекта је да се развије квалитетно палијативно збрињавање на свим нивоима здравствене заштите у Србији са посебним освртом на едукацију у овој области. Кључни експерти пројекта развили су посебан програм обуке који се састоји из три нивоа: а/ принципи и филозофија палијативног збрињавања, б/ развој вештина и знања у области палијативног збрињавања и в/ унапређење палијативног збрињавања у пракси.

Семинар су развили и спроводе га:
др John Ely, проф. Julia Downing, др Erna Haraldsdottir и наша саговорница прим. др Наташа Милићевић.

www.palliativecareserbia.com

процес секундарне трауматизације

једно лично искуство

„Данас ми је на послу био страшан дан“.

Препознајемо ли ову реченицу коју смо толико пута изговорили или чули од колега, која нам понекад служи уместо поздрава. Колико пута смо је изговорили као позив у помоћ? Шта она нама значи, шта је у њој стварно садржано? Колико је људске несреће њом исказано, баш данас, док је изговарамо, и колики је терет остао у нама, после свега. Чему смо изложени радећи у области социјалне заштите?

Знамо да људи могу бити изложени трауми не само услед директне изложености, већ и услед сазнања о туђем трауматском искуству. У том случају говоримо о секундарној или делегираној трауматизацији.

Колико смо као професионалци који раде са клијентима који су често преживели тешке трауматске догађаје (губитак најближих, породично насиље, развод, губитак посла) изложени овом процесу, шта он за нас значи, како га препознати, шта предузети да до њега не дође? Како је кад се то баш нама деси?

У овом раду о томе ће се говорити са аспекта једног личног искуства практичара, стеченог у раду са децом жртвама злостављања, без намере да се расправља о било којем теоријском концепту.

Радећи у пракси социјалног рада свакодневно, са својим клијентима ступамо у један специфичан однос у који уносимо и део себе, „ прилазимо другом својим бићем.“[1]

Такав однос ће често покренути наше најдубље страхове, у њега ћемо понекад унети своје предрасуде, препознаћемо у туђем болу свој бол, а да тога нисмо ни свесни. Бићемо изложени процесу секундарне трауматизације или ћемо патити од синдрома сагоревања.

Три највеће заблуде са којима ћемо се срести су:

1 Светомир Бојанин „Морал и ментално здравље“