

R. Golac, K. Beber, M. Skendžić, Zagreb

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U OBRADI PROBLEMATIKE TJELESNO INVALIDNE DJECE I DJECE S CEREBRALNIM OŠTEĆENJIMA

Osnovni su zadaci zdravstvene zaštite djece smanjenje smrtnosti i suzbijanje oboljenja, s time da se posebna pažnja posveti kurativnom i preventivnom radu. Daljnja etapa razvoja zdravstvene zaštite djece usmjerena je na organiziranu borbu za otklanjanje posljedica od povreda i oboljenja, te osposobljavanje i vraćanje rekonvalescentne djece u normalan tok života. Taj se zadatak postavlja prvenstveno za kategoriju djece o kojoj je riječ u ovom referatu.

Značajan element u sklopu organizirane zaštite jest rano otkrivanje djece s tjelesnim oštećenjima, bilo da su uzroci oštećenja prenatalne, natalne ili postnatalne prirode. O značenju ranog otkrivanja s medicinskog stanovišta bilo je govora u prethodnim referatima. Kako ta grupa oboljele djece predstavlja razmjerno veliki i zabrinjavajući postotak, logično i imperativno se nameće što obuhvatnije rješavanje tog problema na medicinskom, preventivnom i kurativnom, odnosno psihopedagoškom i socijalnom polju.

Provođenje u život propisa o kategorizaciji kao i rehabilitaciji djece i omladine ometene u psihičkom i fizičkom razvitku, rad na njihovu odgoju i obrazovanju, tj. osposobljavanje za život jedno je od centralnih pitanja naše mediko-socijalne prakse. U to se uklapa i uspješno rješavanje i unapređenje rada na ostvarivanju potrebnih evidencija te kategorije djece, te posebno socijalne i zdravstvene zaštite i rehabilitacije.

Zakonski i drugi propisi koji su doneseni u toj oblasti, kao i oni čije donošenje predstoji, daju nam s jedne strane mogućnost za uspješno rješavanje problema rehabilitacije, ali s druge strane stavljaju naše stručne medicinske, prosvjetne i socijalne organe, odnosno službe socijalne zaštite, pred brojne i dosta složene zadatke.

Premda je Pravilnikom o kategorizaciji i drugim propisima dano uputstvo i obaveza za otkrivanje, pokretanje postupka, kao i samu kategori-

zaciju i evidenciju slučajeva, to ne znači da već i u ovoj fazi ne susrećemo brojne propuste i poteškoće. Samo otkrivanje slučajeva ne može se shvatiti kao isključivi zadatak medicinske službe. Kompleksni problem zaštite te kategorije djece prelazi okvire i mogućnosti medicinske zaštite. Socijalna je služba prvenstveno obavezna da se angažira na svakom pojedinom slučaju sa svog područja, i to od momenta kad uoči problem, da bi nastavila djelovati do potpune njegove medicinske i socijalne sanacije. Socijalni radnik ne djeluje samo kao administrator i koordinator u kompleksnom zadatku, već i kao aktivni terapeut za dijete i njegovu okolinu. Obiteljska sredina različito reagira na bolest u svom krugu. Bolest može poremetiti ravnotežu u porodičnoj sredini, te izazvati psihičke i socijalne poremećaje bolesnog djeteta kao i drugih članova obitelji. Svi momenti koji su ukomponirani u faktor okoline djeteta moraju biti sistematski sagledani i dani u dobro postavljenoj obiteljskoj anamnezi, bez koje — kao i bez dijagnoze, te uključivanja članova porodice u fazu saniranja bolesti — ne možemo očekivati da ćemo doći do željenog cilja. Od toga kakav stav zauzima okolina prema djetetu — da li mu svojim postupcima i odnosima ulijeva osjećaj sigurnosti, da li ga okolina razumije itd. — zaviši razvoj zdrave ličnosti, što je jedan od bitnih preduvjeta resocijalizacije djeteta. Socijalni je radnik onaj koji će svojom aktivnošću u kompleksnom problemu resocijalizacije odigrati značajnu ulogu.

Premda su pravilnikom dane okvirne definicije kategorija, time još uvijek nije osigurano da će se u svakom konkretnom slučaju kategorizacija izvršiti pravilno, kvalitetno i stručno. Centralni je problem pravilno postavljanje dijagnoze, uočavanje etiopatogenih faktora i direktno u vezi s tim pravilno programiranje terapije i rehabilitacije. Činjenica da u ovom teškom, odgojnom i kompleksnom radu nedostaje dovoljno educiranih brojnih stručnih kadrova raznih profila, na kojima leži odgovornost za pravilno postavljanje dijagnoze o kojoj ovisi i odgovarajuća kompleksna rehabilitacija.

U svakom pojedinom slučaju djeteta s tjelesnim oštećenjem ulazi u igru čitav niz bilo somatskih, bilo intelektualnih ili afektivnih faktora, zato u metodici obrade kao i u terapijskom djelovanju nije dovoljna aktivnost samo liječnika niti samo psihologa, pedagoga, logopeda i drugih profila stručnih radnika, već jedna udružena ekipa svih zajedno. Za takvu ekipu nije dovoljno da djeluje samo udruženo, već je važnije, čak neophodno potrebno, da svaki član ekipe pozna osnovne principe metodike dijagnostičko-terapijske mogućnosti svakog pojedinog člana ekipe. Time pojam ekipnog rada u fazi dijagnostike, a naročito u fazi rehabilitacije i reedukacije, dobiva pravo značenje i omogućava da svaka konstatacija u

prosjeku slobodnog konfrontiranja mišljenja bude analizirana ne sama za sebe, već i u odnosu na opće manifestacije, pa prema tome i pravilno tretirana.

Kao jedan od bitnih preduvjeta za uspješno dijagnosticiranje i programiranje toka rehabilitacije, što treba biti dano u nalazu i mišljenju prvo-stepene stručne komisije za kategorizaciju, jest sagledavanje svih faktora koji utječu na proces rehabilitacije. Socijalni radnik centra za socijalni rad osim prikaza socijalno-ekonomske situacije porodice treba prezentirati komisiji za kategorizaciju, tj. stručno-dijagnostičkom timu, i prikaz mogućnosti za provođenje rehabilitacionih i edukativnih mjera na području stalnog boravka djeteta. Rješenjem o kategorizaciji trebalo bi da se tjelesno invalidna djeca uključe u odgovarajuće rehabilitacione ustanove. Međutim, do stvarnog uključivanja u adekvatnu ustanovu potrebno je još niz različitih rješenja i mišljenja (komunalni zavod za socijalno osiguranje, zdravstvena služba, profesionalna orijentacija, socijalna zaštita) koja ne samo da usporuju nego često i onemogućuju pravovremeno uključivanje u rehabilitaciju.

U nastavku dajemo prikaz rada socijalnog radnika u Zavodu za rehabilitaciju djece oboljele od cerebralne paralize, Zagreb, Goljak 2 i Zavoda za rehabilitaciju tjelesno invalidne djece i omladine Zagreb, Dubrava.

Zavod za rehabilitaciju djece oboljele od cerebralne paralize, Goljak 2, zdravstvena je ustanova koja provodi kompleksnu rehabilitaciju, tj. istovremeno medicinsku, edukativnu i socijalnu rehabilitaciju, o čemu je prije bilo govora. Djeca se primaju u Zavod na temelju uputnice za bolničko liječenje, što je u mnogim slučajevima jedini dokument o djetetu. Ima dosta djece koja dolaze prvi puta na liječenje u dobi od 8 do 14 godina, a da do tada nisu pohađala osnovnu školu, a niti je izvršena kategorizacija. Danas se u Zavodu nalazi 117 djece, od toga svega 11 djece predškolskog uzrasta i 106 školskog uzrasta. Kategorizirano je svega 73 djece, a za preostalu djecu pokrenuo je sam Zavod postupak za kategorizaciju. Iz toga proizlazi da se svako dijete po dolasku u Zavod mora podvrgnuti detaljnom ispitivanju u svrhu dijagnosticiranja, što uključuje ne samo medicinsku nego i psihološko-pedagošku i socijalnu heteroanamnestičku obradu. Na osnovu dobivenih nalaza postavlja se dijagnoza, donosi plan i program rada, liječenja i rehabilitacije. Udio socijalnog radnika dolazi do izražaja već u dijagnostičkom postupku. Socijalni radnik uzima od roditelja socijalnu anamnezu o djetetu i porodici. To je prvi kontakt koji se uspostavlja s djetetom i njegovom porodicom u procesu rehabilitacije. O tom prvom kontaktu u mnogome ovisi kako će se samo dijete uključiti

u cjelokupni proces rehabilitacije, a isto tako kako će i roditelji ubuduće surađivati sa svim stručnim radnicima u rehabilitacionoj ustanovi. Socijalna je anamneza baza na osnovu koje socijalni radnik planira svoj rad, a ujedno služi kao dopuna zdravstvenoj anamnezi, te zajedno čine socijalno-zdravstveni status djeteta.

Socijalni radnik mora pratiti dijete od njegova dolaska u zavod sve do njegova izlaska iz zavoda. Ako dijete ne izvršava svoje obaveze prema planu i programu rada u procesu rehabilitacije, često intervenira socijalni radnik u iznalaženju razloga za takvo stanje. Stvaranjem što toplije i intimnije atmosfere socijalni radnik u kontaktu s djecom nastoji raste-retiti osjećaj zasićenosti radnom atmosferom koja je ponekad u procesu rehabilitacije za djecu zamorna. Nadalje omogućava stalni kontakt djece, koja se nalaze na stalnom stacionaru, s roditeljima. Sudjeluje u rješavanju konfliktnih situacija djeteta i zavodskog režima, djeteta i osoblja u zavodu i djece međusobno. U organiziranom timskom radu socijalni radnik je član stručnog tima. Povezuje se sa svim stručnim radnicima u ustanovi i sa stručnim službama izvan nje koje su nadležne da sudjeluju u rješavanju problema oboljele djece, kao što istovremeno uočava nastale probleme u porodici i poduzima odgovarajuće mjere. S roditeljima mora biti u stalnom kontaktu i redovno ih obavještavati o toku procesa rehabilitacije. Po potrebi i želji roditelja povezuje ih sa svim stručnim radnicima i time omogućava punu aktivnost roditelja u rehabilitaciji njihova djeteta. Daje im savjete u vezi s ostvarivanjem prava i postavljanjem zahtjeva kojima su temelj postojeći zakonski propisi. Omogućuje osiguranje dopunskih sredstava socijalno-ugroženih porodica. Prema potrebi pomaže u ostvarivanju olakšice zaposlenih roditelja u njihovim radnim organizacijama. Suraduje između roditeljskog doma, škole i zavoda usklađivanjem odgojnih metoda, organiziranjem posjeta u zavodu i izvan njega, obavještavanjem pojedinih stručnih radnika o zapažanjima roditelja kod djeteta u kući i zavodu, kao i prijedlozima i sugestijama za daljnji rad s djetetom. Po završenoj medicinskoj rehabilitaciji, na prijedlog stručnog tima, dijete se uključuje prema svojim psihofizičkim mogućnostima i sposobnostima u:

- redovno školovanje prema mjestu stanovanja;
- specijalizirane ustanove za profesionalnu rehabilitaciju;
- u porodicu ili u ustanove azilnog tipa.

To je najteža faza u procesu rehabilitacije koju socijalni radnik ne može uvijek s uspjehom obaviti. Razlog je tome:

- premali kapacitet postojećih ustanova;

— pomanjkanje nužno potrebnih ustanova za adekvatnu daljnju rehabilitaciju i školovanje, pogotovo za slučajeve s kombiniranim smetnjama;

— nepostojanje ustanova za izučavanje određenih faza rada u procesu industrijske proizvodnje;

— financijska ograničenja socijalnih, zdravstvenih i obrazovnih ustanova.

Profesionalna rehabilitacija tjelesno invalidne omladine složen je proces u kojem mora sudjelovati širi krug stručnjaka različitih profila. Cilj joj je da omogući tjelesnom invalidu da se osamostali i osposobi za aktivan život i rad u zajednici. Tako shvaćena profesionalna rehabilitacija zahtijeva šire poznavanje procesa, organizaciju rada na rehabilitaciji, naučno prilaženje toj problematici i koordinirani rad niza stručnjaka.

Primanje kandidata na profesionalnu rehabilitaciju u zavod u Dubravi u Zagrebu vrši se na osnovu zahtjeva invalida. Uz zahtjev socijalni radnik dobiva kompletnu dokumentaciju koja se odnosi na period od momenta nastupanja invaliditeta, o porodici invalida, o njegovu materijalnom stanju kao i kretanju od najranije mladosti do momenta podnošenja zahtjeva. Često puta dokumentacija nije potpuna, te je socijalni radnik mora kompletirati; nju zatim prezentira komisiji za prijem invalida u zavod.

Nakon odluke te komisije dijete dolazi u zavod i tom prilikom socijalni radnik stupa u direktan kontakt s invalidom. On ga informira o životu i radu u zavodu, upoznaje ga s novom sredinom u kojoj će živjeti, pruža mu pomoć da se što bolje snađe i prilagodi novim uvjetima života.

Prije uključivanja u sam proces profesionalne rehabilitacije, interna komisija zavoda provodi profesionalnu orijentaciju. U tom timu socijalni je radnik veza između članova tima i daje im sve podatke o prijašnjem životu invalida, o njegovu socijalnom i ekonomskom stanju, što u mnogome pridonosi pravilnoj profesionalnoj orijentaciji.

Nakon završene profesionalne orijentacije invalid se uključuje u profesionalnu rehabilitaciju koja se vrši u okviru Specijalne škole za stručno osposobljavanje u radionicama pri zavodu.

Socijalni radnik surađuje sa školom gdje se na sjednicama razrednog vijeća iznose svi problemi koji nastaju u toku rehabilitacije. Suradnja s nastavnicima praktične obuke, kao i praćenje rada invalida u radionici, veoma je važno, jer se tako može pratiti tok osposobljavanja na radnom mjestu.

Od podataka koji se prikupe dolaskom invalida u rehabilitacionu ustanovu, kao i mišljenja svih stručnjaka koji sudjeluju u rehabilitaciji,

socijalni radnik formira dosje koji koriste sve stručne osobe koje sudjeluju u rehabilitaciji.

Pripremna faza za uključivanje u redovnu sredinu vrši se već u toku same profesionalne rehabilitacije. Povezivanje invalida s raznim omladinskim organizacijama izvan zavoda, kao i stalni kontakti u obliku posjeta privrednim organizacijama, pridonose da se invalid ne osjeća izoliran od redovne sredine. Uključivanje u ferijalnu praksu u privredne organizacije u dosta je slučajeva otežano zbog daljine stana rehabilitanta od privredne organizacije, kao i time što privredne organizacije nisu prilagođene za invalida koji se teže kreće. U pokušaju rješavanja tih problema u mnogome nam može pomoći suradnja s centrima za socijalni rad i komunalnim zavodima za socijalno osiguranje. Ta se suradnja odvija preko socijalnog radnika koji odlazi u privredne organizacije i upoznaje radna mjesta za invalida unutar privredne organizacije. U vrijeme završavanja profesionalnog osposobljavanja i brige o zaposlenju ne smije biti prekida, jer u protivnom rehabilitant gubi povjerenje u sebe i svoje radne sposobnosti. Da bi se takvi momenti izbjegli, potrebno je već u toku rehabilitacije voditi računa o zaposlenju svakog rehabilitanta. Veliku pomoć pri uključivanju invalida u proizvodnju može pružiti stalna suradnja i kontakti sa zavodima za zapošljavanje i centrima za socijalni rad matične općine rehabilitanta, koji preuzimaju daljnju brigu o invalidu. Socijalni radnik centra za socijalni rad dužan je i dalje pružati pomoć invalidu i to ne samo u momentu kada on tu pomoć zatraži, već da ga prati u novoj sredini do momenta njegove potpune resocijalizacije.

Kao što je već u tom kratkom prikazu rada na saniranju problema uočljivo da se u pojedinim fazama mnogi poslovi ponavljaju, nameće se potreba da se oformi jedinstvena stručna dokumentacija (dosje) koji bi bio pohranjen pri matičnom centru za socijalni rad.

Ako želimo da se uspješno provodi kompleksna rehabilitacija, potrebno je:

— koordinirati rad socijalnih, zdravstvenih i prosvjetnih službi u formi koordinacionog tijela;

— usavršavati stručni rad na rehabilitaciji osnovan na naučnim principima;

— omogućiti što bolja pomagala, bilo ortopedska ili druga, kao i omogućiti proizvodnju kućanskih aparata, pokućstva i dr., prilagođenih invalidnim osobama.

— oformiti društvo za pomoć tjelesno invalidnoj djeci i djeci oboljeloj od cerebralne paralize, koje će zainteresirati društveno-političke organi-

zacije za što širu akciju pružanja pomoći invalidnoj djeci i njihovim porodicama.

Kao što je organizirana služba za zaštitu zdravlja majki i djece, tako bi trebalo organizirati službu za zaštitu invalidne djece. Pored medicinske zaštite potrebno je osigurati kompletnu zaštitu za teža i kombinirana oštećenja, osnivanjem jedne institucije koja će biti njihov budući dom i radno mjesto u kojoj bi socijalna služba trebalo da ima ako ne dominantnu, a ono sigurno ravnopravnu ulogu.

R. Golac, K. Beber, M. Skendžić, Zagreb

THE ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN DEALING WITH THE PROBLEMS OF THE CRIPPLED AND BRAIN INJURED CHILDREN

SUMMARY

The paper presents the continuity of medical, educational and social rehabilitation of physical handicapped children.

The introductory part stresses the importance of early detection as a prerequisite for the timely beginning of rehabilitation.

The law makes it mandatory for the territorial agencies of social welfare to take care of every case from the moment of detection to the end of the rehabilitatory process. In this activity the social worker is not only the administrative coordinator but is also active as a social therapist of the child and his environment.

The writer underlines the importance of the continuous activity of the social worker as an essential part of team work in the diagnostic and rehabilitatory part of treatment. Only in this way can, in the shortest possible time, be reached the ultimate goal — to rehabilitate the child and his reintegration in life and work.