
PANDEMIA COVID-19 – BADANIA I PRAKTYKA

Praca Socjalna nr 5(36) 2021, s. 5–19

DOI: 10.5604/01.3001.0015.5794

Data wpływu: 19.09.2021; data przyjęcia: 28.10.2021

ISSN 0860-3480

PANDEMIA COVID-19 – BADANIA I PRAKTYKA



ANNA BOCHEŃSKA-BRANDT*

ZŁOŻONOŚĆ SZPITALNEJ PRACY SOCJALNEJ W CZASIE PANDEMII NA TERENIE NIEMIEC

ABSTRAKT

Prace socjalne są również w szpitalach niezbędnym filarem w opiece zdrowotnej pacjentów (Homfeldt, 2012, s. 489). Szpitalne służby socjalne wspierają pacjentów w przetwarzaniu stresujących diagnoz i radzeniu sobie z konsekwencjami chorób (Gödecker-Geenen, 2005, s. 19). Ze względu na aktualny rozwój sytuacji problemowych oraz obecną strukturę opieki zdrowotnej i społecznej prace socjalne nabierają coraz większego znaczenia (Schaub, 2008, s. 17; Hofmann, 2004, s. 413). Zmiany demograficzne niosą ze sobą wzrost liczby osób starszych i stały wzrost ich średniej długości życia. Brak zasobów rodzinnych lub finansowych tworzy luki w podaży, którym poświęcone są służby socjalne w szpitalach (Meyer, 2019, s. 9). Jednak zmiana spektrum zagrożeń dla zdrowia i chorób z przeważnie ostrych na przewlekłe uzasadnia znaczenie prac socjalnych w tych placówkach (Schaub, 2008, s. 17; Lützenkirchen, 2005, s. 10–14).

Pandemia COVID-19 stanowi szczególne wyzwanie, które rozprzestrzeniło się na całym świecie od końca 2019 r. To ona wpływa na wszystkie obszary życia i sytuacje życiowe (Schmitt, 2020, s. 177–181). Środki ochronne mające na celu powstrzymanie wirusa, takie jak zakaz masowych zgromadzeń, ograniczenia kontaktu, przepisy dotyczące minimalnych odległości, środki higieny i maski, determinują życie codzienne oraz towarzyskie. Zapobieganie wizytom krewnych, pastorów i pracowników socjalnych stawia w nowym świetle holistyczne spojrzenie na zdrowie oraz chorobę, a także jej społeczne uwarunkowania (Kröll i in., 2020, s. 7–38). Przepisy dotyczące ochrony przed infekcjami ograniczają również służbom społecznym kontakt z pa-

* Ludwig Fresenius Schulen gem. GmbH, Gesundheit und Soziales, Niemcy; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2851-8990>

|| cjentami i personelem szpitala. Procesy pracy oraz komunikacja muszą się zmienić, a istniejące systemy muszą zostać przeprojektowane (Truell, 2020).

SŁOWA KLUCZOWE: prace socjalne, pandemia, szpital, pracownicy socjalni

WSTĘP

O pieka socjalna zyskuje coraz większe znaczenie na tle rozwoju aktualnych sytuacji problemowych oraz struktur opieki zdrowotnej i społecznej. Ze względu na zmiany demograficzne pracownicy socjalni, zwłaszcza w szpitalach, muszą w coraz większym stopniu dostosowywać swoją pracę do potrzeb osób starszych. Ponieważ sytuacja chorobowa osób starszych jest bardzo złożona, często mieszkają one same i nie mają krewnych, opieka w przypadku choroby jest często trudna. Wielu pacjentów chce jak najdłużej mieszkać w domu, dlatego celem pracowników socjalnych jest utrzymanie ich sprawności fizycznej i psychicznej, aby mogli być w stanie, na ile to możliwe, prowadzić swoje życie niezależnie. Jednakże nieraz konieczna staje się przeprowadzka chorych do domu opieki. W tej sytuacji nie tylko oni, lecz także ich bliscy muszą otrzymać odpowiednią poradę psychospołeczną. W Niemczech służba socjalna jest bardzo dobrze rozwinięta i może pochwalić się ponad stuletnią tradycją w tej dziedzinie, więc nie jest ona zjawiskiem nowoczesnym (Gödecker-Geenen, 2008, s. 187–210).

Gdy mówi się o szpitalach, chodzi zwykle o szpitale ogólne, które można podzielić w zależności od poziomu opieki. Oprócz szpitali ogólnych istnieją również szpitale specjalistyczne, które specjalizują się w określonych dziedzinach. Szpitale mogą być finansowane przez rząd federalny, kraj związkowy lub powiat, prywatnie bądź przez instytucje non profit (Mostisch, 2011).

Ponieważ przepisy dotyczące szpitali są sprawą krajów związkowych, a zatem są przez nie regulowane, istnieją bardzo różne przepisy prawne i nie ma jednolitego prawa. Ogólnie rzecz biorąc, każdy szpital na terenie Niemiec musi mieć zaplecze socjalne. Zalecenia ramowe między państwowymi stowarzyszeniami zakładów ubezpieczeń zdrowotnych a państwowym towarzystwem szpitalnym są regulowane w SGB V. Obejmują one opiekę społeczną, porady dla ubezpieczonego w szpitalu oraz płynne przejście z leczenia szpitalnego do rehabilitacji lub opieki. Niemieckie Stowarzyszenia Szpitali z jednej strony są zobowiązane do zapewnienia opieki dostosowanej do potrzeb ludności we wszystkich szpitalach, co oznacza, że ponoszą one wielką odpowie-

działność wobec pacjentów. Z drugiej strony są one zobowiązane do ochrony szpitali przed stratami ekonomicznymi (Gagzow, 2001).

Centralnym przedmiotem klinicznych prac socjalnych jest leczenie dysfunkcji psychospołecznych i fizycznych w celu uzdrowienia, jak również poprawy, promocji oraz utrzymania zdrowia. Może to być poradnictwo psychospołeczne, socjoterapia, mediacja, interwencja kryzysowa lub trening umiejętności. W języku angielskim „kliniczny” oznacza nie tylko aspekt medyczny, lecz także bezpośrednie doradztwo i leczenie ludzi. Kliniczne prace socjalne to bezpośredni kontakt z klientami, który uwzględnia ich społeczny wymiar zdrowia oraz choroby (Pauls, 2011).

Do głównych punktów dotyczących prac socjalnych związanych ze zdrowiem należą: prace socjalne w ochronie zdrowia, prace zdrowotne w sektorze socjalnym i społeczno-edukacyjna promocja zdrowia (Homfeldt, Sting, 2006, s. 17).

W celu uniknięcia w społeczeństwie niemieckim powstania niekorzystnej sytuacji społecznej, zawodowej i finansowej związanej z chorobą, stworzone zostały w różnych dziedzinach opieki służb zdrowotnych służby socjalne. Do tych dziedzin należą: szpitale, oddziały zdrowia, ośrodki rehabilitacyjne oraz pomoc w przypadku uzależnień. Szpitalne służby socjalne były zarówno w USA, jak i w Niemczech jednym z pierwszych uznanych obszarów działania w pracach socjalnych. Prace socjalne w opiece zdrowotnej dotyczą głównie osób, które już są chore. Nie wyklucza to jednak w żaden sposób perspektywy prozdrowotnej. Wsparcie społeczne, samopomoc, ale także projektowanie prozdrowotnych warunków leczenia i rehabilitacji to przykłady działań w ramach prac socjalnych w systemie opieki zdrowotnej (Reinicke, 2003).

Prace zdrowotne w sektorze socjalnym na terenie Niemiec są z kolei ukierunkowane przede wszystkim na zdrowie i profilaktykę. Odbywają się one we wszystkich usługach społecznych, np. w żłobkach, ośrodkach młodzieżowych, poradniach, schroniskach dla kobiet na spotkaniach sąsiedzkich. Oznacza to, że prace socjalne odgrywają również ważną rolę zdrowotną w instytucjach poza systemem opieki zdrowotnej. Dotyczy to w szczególności promocji zdrowia i profilaktyki z wymienionymi powyżej grupami ludności, które znajdują się w niekorzystnej sytuacji społecznej. Prace zdrowotne w sektorze socjalnym dotyczą m.in. pomocy rodzinie, pracy środowiskowej, pracy z młodzieżą, opieki psychospołecznej (Homfeldt, Hünerstorf, 1997; Sting, Zurhorst, 2000).

Natomiast do społeczno-edukacyjnych promocji zdrowia należy opracowanie nowych strategii i koncepcji działania na rzecz pracy w szkołach, żłobkach, firmach oraz różnych organizacjach (Homfeldt, Sting, 2006, s. 17).

Służby socjalne w Niemczech postrzega się jako uzupełnienie opieki medycznej i pielęgniarstwa nad pacjentami. W szpitalach są one obszarem czy też elementem klinicznej pracy socjalnej. Pracownicy socjalni skupiają się w swojej pracy na indywidualnej sytuacji życiowej pacjentów, ich radzeniu sobie z chorobą, na poszukiwaniu dla nich indywidualnych rozwiązań i oferowaniu im pomocy. W ten sposób przyczyniają się oni skutecznie do uniknięcia przedłużenia hospitalizacji (Barth, Schmitz, 2001, s. 109). Służby socjalne jako zawód są mocno osadzone w przepisach prawnych ze swoim specyficznym obszarem odpowiedzialności. W przypadku usług socjalnych w szpitalach na terenie Niemiec można znaleźć odpowiednie przepisy w części ogólnej SGB I, w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym w SGB V oraz w prawie do rehabilitacji i uczestnictwa w życiu społecznym SGB IX. Przepisy te stanowią podstawę świadczeń socjalnych szpitala oraz dają pracownikom socjalnym zezwolenie na pracę. Niestety, nie jest teraz możliwe dokładniejsze omówienie tych praw, gdyż wykraczałoby to poza zakres tej pracy (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016).

We wszystkich szpitalach na terenie Niemiec, które starają się opiekować pacjentami, pacjenci i ich bliscy otrzymują poradnictwo w zakresie prac socjalnych, które jest realizowane przez odpowiednio przeszkolonych zawodowo pracowników socjalnych, posiadających specjalistyczną wiedzę i odpowiednie doświadczenie z zakresu rehabilitacji i partycypacji, prawa socjalnego oraz umiejętności doradczych. Służby socjalne pełnią ważną funkcję w opiece nad chorym podczas pobytu w szpitalu oraz w zapewnieniu mu odpowiedniej dalszej opieki po wypisie. Zwłaszcza osoby starsze i wielochorobowe są wypisywane wtedy, gdy nadal potrzebują szerokiej pomocy oraz wsparcia. Aby uzyskać kontynuację opieki nad nimi, służby socjalne muszą zorganizować ją na wysokim poziomie (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 2016).

Paragraf 112 w SGB V (Sozialgesetzbuch V) definiuje w Niemczech ważne dla szpitalnych służb socjalnych funkcje i zadania współpracy z pacjentem. Do nich należy utrzymanie kontaktu z chorym podczas jego pobytu w szpitalu, interwencja w przypadku wystąpienia problemów osobistych, wsparcie w radzeniu sobie z chorobą w zakresie konsekwencji osobistych i społecznych, pomoc w regulacji kosztów, przygotowanie do wypisu ze szpitala, pośrednic-

two w działaniach rehabilitacyjnych, pomoc ambulatoryjna i szpitalna, rozwój sieci społecznej zgodnie z potrzebą pomocy i przygotowanie pacjenta do nowej sytuacji życiowej (Barth, Schmitz, 2001, s. 109).

SKUTKI ROZWOJU PANDEMII

W chińskim mieście Wuhan pod koniec 2019 r. odnotowywano coraz większą liczbę przypadków zapalenia płuc. Początkowo ich przyczyna była niejasna. W dniu 31 grudnia 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia została po raz pierwszy poinformowana o rosnącej liczbie zakażeń. W dniu 7 stycznia 2020 r. władze chińskie określiły nowy koronawirus jako przyczynę tych zakażeń (WHO, 2020). Od tego czasu wirus SARS-CoV-2 rozprzestrzenił się na całym świecie i stawia przed światem nowe wyzwania (Schmitt, 2020, s. 177–181).

Według aktualnej wiedzy wirus SARS-CoV-2 powoduje chorobę zakaźną zwaną COVID-19 (Schrappe i in., 2020, s. 64). Koronawirusy są przenoszone przez kropelki i aerozole, które są uwalniane podczas oddychania, mówienia, krzyku, kaszlu, kichania oraz śpiewania (Salzberger i in., 2020, s. 782; RKI, 2020a). Wirus rozprzestrzenia się poprzez bezpośredni kontakt międzyludzki. Aerozole mogą jednak dłużej pozostawać w powietrzu, rowiąc się w zamkniętych pomieszczeniach lub osadzać się na powierzchniach. Okres inkubacji wynosi zwykle od pięciu do sześciu dni (RKI, 2020b). Ponieważ jednak u chorych objawy często pojawiają się dopiero po 10–14 dniach, zwiększa się prawdopodobieństwo infekcji i ryzyko niekontrolowanego rozprzestrzeniania się tej infekcji (RKI, 2020a; Mahlke i in., 2020, s. 571; Schrappe i in., 2020, s. 637). Wirus może stanowić znaczne ryzyko, szczególnie dla osób starszych lub osób z pewnymi wcześniejszymi schorzeniami. Wraz z nimi zwiększa się, ze względu na ograniczony układ odpornościowy, ryzyko poważnej infekcji (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, 2020, s. 2).

Koronawirusy wywołują u większości chorych typowe objawy przeziębienia takie jak kaszel, katar, gorączka oraz utrata węchu i smaku. Podczas gdy niektóre przypadki tej infekcji przebiegają bezobjawowo, w innych sytuacjach wirus może prowadzić do ciężkiej progresji choroby od zapalenia płuc do niewydolności płuc i śmierci. Oprócz płuc SARS-CoV-2 może również pojawiać się w innych narządach oraz prowadzić do objawów neurologicznych, takich jak bóle i zawroty głowy, bądź objawów żółtkowo-

-jelitowych, takich jak nudności, wymioty lub biegunka. Znane są również przypadki z objawami sercowo-naczyniowymi, chorobami nerek lub objawami dermatologicznymi (RKI, 2020b).

Ze względu na globalne rozprzestrzenianie się wirusa i szybki wzrost liczby zakażeń 11 marca 2020 r. wirus został oficjalnie ogłoszony przez WHO pandemią COVID-19 (WHO, 2020). Termin „pandemia” opisuje ograniczony w czasie, ale globalny przebieg infekcji (Kaufmann, 2008, s. 84).

PRACA SOCJALNA I KONSEKWENCJE PANDEMII

Od czasu pierwszego potwierdzonego przypadku pandemii COVID-19 w Niemczech w styczniu 2020 r. i rozległej blokady w marcu 2020 r. odnotowane zostały pierwsze wyniki badań dotyczących jej konsekwencji. W związku z rosnącą liczbą infekcji w marcu 2020 r. nastąpiła blokada, która doprowadziła do zamknięcia szkół, żłobków, muzeów, salonów fryzjerskich, klubów, teatrów, placów zabaw, sklepów i innych obiektów (Bundesregierung, 2020, s. 10).

Obecnie w miejscach publicznych oprócz ogólnych przepisów dotyczących higieny obowiązują przepisy dotyczące minimalnej odległości 1,5 metra. Niezależnie od przestrzegania tej odległości zgodnie z § 3 CoronaSchVO należy mieć zakryte usta i nos w zamkniętych przestrzeniach życia publicznego, takich jak centra handlowe, podczas korzystania z transportu pasażerskiego, na imprezach edukacyjnych, w trakcie innych zgromadzeń i w niektórych miejscach na świeżym powietrzu. Ponadto w szpitalnych placówkach opieki zdrowotnej oraz opiekuńczej obowiązują szczególne przepisy, które mają na celu utrudnienie penetracji koronawirusów oraz ochronę pacjentów i personelu. W połączeniu z regulacjami Instytutu Roberta Kocha (RKI) środki te stanowią podstawę koncepcji wizyt. Wizyty są bardzo ważne, ponieważ zapobiegają izolacji pacjentów. Na podstawie § 5 ust. 3 CoronaSchVO dostęp do chorych musi być zagwarantowany nie tylko bliskim, lecz także pracownikom duszpasterskim (Kröll i in., 2020, s. 11–45).

W chwili obecnej nie można przewidzieć długoterminowych skutków zdrowotnych choroby, ale już dzisiaj wiadomo, że pandemia stanowi dla wielu osób traumatyczne przeżycie (Gostomzyk, 2020, s. 379). Drastyczna ingerencja w dotychczasowe życie, niepewność i wynikający z niej zastój budzą strach dużej części społeczeństwa. Kryzys pokazuje, jak silnie po-

wiązany oraz zależny jest aktualnie zglobalizowany świat. Miliony ludzi straciły z powodu spowolnienia gospodarczego pracę lub zostały dotknięte skróceniem czasu pracy. Rośnie presja społeczna. Ludzie przebywają tygodniami, a nawet miesiącami w ciasnych mieszkaniach i narażeni są na samotność. Szkoły oraz przedszkola są tylko częściowo otwierane. To wszystko ma konsekwencje dla społeczeństwa. Wzrasta wykorzystywanie dzieci, przemoc domowa i liczba rozwodów (Spitzer, 2020, s. 10).

Ambiwalencja kryzysów niesie ze sobą także nowe możliwości. Obecny kryzys oferuje wyjątkową okazję do ponownego przemyślenia istniejących modeli biznesowych i uczynienia dalszego rozwoju gospodarczego bardziej zrównoważonym i przyszłościowym. Mimo trudnej sytuacji naród niemiecki zachowuje się solidarnie i wspiera się nawzajem (Schmitt, 2020, s. 177–181).

Osoby przebywające w domach opieki społecznej, a także w szpitalach i klinikach cierpią szczególnie z powodu izolacji społecznej. Stres wywołany warunkami społecznymi może osłabić również układ odpornościowy. Wiadomo, że integracja społeczna w sieciach rodzinnych, przyjacielskich i zawodowych, a także wsparcie społeczne mogą wzmocnić zdrowie oraz odporność na infekcje. W przeciwieństwie do tego izolacja społeczna i samotność mają negatywny wpływ na zdrowie i układ odpornościowy (Spitzer, 2020, s. 114). Doświadczenia z podobnych kryzysów sugerują, że konsekwencjami tych doświadczeń społecznych mogą być depresja oraz chroniczne nastroje takie jak uzależnienia czy wypalenie (Spitzer, 2020, s. 118).

Systemy opieki zdrowotnej i instytucje wykonujące zadania socjomedyczne narażone są w tym trudnym okresie na stresy, a życie społeczne jest ograniczane działaniami ochronnymi (Gostomzyk, 2020, s. 379; Kröll i in., 2020, s. 7). W zakresie praw człowieka ważne jest w dzisiejszych czasach zwrócenie szczególnej uwagi na osoby znajdujące się w trudnej sytuacji (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2020, s. 8). Według Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych (IFSW) ich praca to zawód praw człowieka (Staub-Bernasconi, 2007). Nie ulega wątpliwości, że w wyniku pandemii COVID-19, rozumianej jako kryzys społeczny, dla wielu osób pogłębiają się różnice w sytuacjach społecznych oraz związane z nimi szanse i zagrożenia (Schmitt, 2020, s. 177–181). Prace socjalne są realizowane w kontekście problemów społecznych, a ich celem jest umożliwienie ludziom przeżywającym kryzysy życiowe prowadzenie autonomicznego i subiektywnie spełnionego życia (Böhnisch, 2019, s. 11; Wendt, 2002, s. 39).

Pandemia stanowi szczególny kryzys dla wielu ludzi. Izolacja społeczna oraz samotność to wyzwania dla każdego człowieka, z którymi nie jest łatwo sobie poradzić (Spitzer, 2020, s. 97).

Zmniejszenie stresu, samotności i pomoc w radzeniu sobie z przeżyciami emocjonalnymi mogą przyczynić się do walki z pandemią (Spitzer, 2020, s. 126). Zwłaszcza w szpitalach i domach opieki dla osób starszych, ze względu na ograniczenia w odwiedzaniu i strategię unikania infekcji, ryzyko izolacji jest bardzo wysokie (Kröll i in., 2020, s. 7). W takiej sytuacji prace socjalne zyskują ogromnie na znaczeniu. Zadania, które zawsze były częścią usług socjalnych w szpitalach, są w tych szczególnych czasach bardziej istotne niż kiedykolwiek (Kröll i in., 2020, s. 8). Pracownicy socjalni powinni wykorzystać kryzys jako okazję do bliższego zdefiniowania swoich kompetencji i tożsamości zawodowej (Geißler-Piltz, Mühlum, 2005, s. 19; Truell, 2020, s. 6).

Aby powstrzymać pandemię, każdy członek społeczeństwa musi zrozumieć wirusa, aby strach i niepewność nie zdominowały jego życia codziennego. W dobie kryzysu prace socjalne mają za zadanie zwalczanie strachu, podejmowanie działań przeciwko nieprawidłowym informacjom i promowanie działań ochronnych (Ifan, 2020). Z powodu pandemii nasiliło się obciążenie pracą, pogłębiła się złożoność prac socjalnych, zauważalny jest też brak wykwalifikowanej kadry do zaspokojenia potrzeb związanych z pandemią. Mimo że w wielu obszarach działalności pracowników socjalnych ograniczenia związane z pandemią zmieniły, z powodu braku wolontariuszy, ich funkcjonowanie, to jednak starają się oni cały czas podtrzymać swoją ofertę działalności (Buschle, Meyer, 2020, s. 155–170).

Prace socjalne składają się z kilku faz. W fazie początkowej pracownicy socjalni muszą zajmować się przede wszystkim lobbym. To oni muszą pokazać rządowi, że niezbędna jest nie tylko pomoc medyczna, lecz także społeczna reakcja na kryzys. W kolejnej fazie nacisk kładziony jest na udostępnienie społeczeństwu – nawet podczas blokady – usług socjalnych. W tej fazie nie wolno zapominać o ochronie zdrowia pracowników. Trzecia faza dotyczy adaptacji usług społecznych do nowej rzeczywistości. W tej fazie każdy musi uczyć się radzić sobie z dylematami etycznymi (Truell, 2020). Aby wesprzeć realizację tych faz, należy zwrócić szczególną uwagę na otwartą komunikację. Pracownicy socjalni muszą jeszcze poważniej traktować swoją rolę jako mediatora. W tym kontekście muszą oni zawsze dbać o autonomię i prawo samostanowienia pacjentów. Współpraca z in-

terdyscyplinarnymi zespołami powinna być połączona z jasnym podziałem zadań, szacunkiem i otwartym podejściem. Tylko w ten sposób można szybko wyjaśniać rozbieżności oraz przeciwdziałać niepewności.

WARUNKI RAMOWE PRACY SOCJALNEJ PODCZAS PANDEMII

Warunki ramowe w odniesieniu do porad podczas pandemii COVID-19 tworzą pięć podkategorii, takich jak dostęp, zrozumienie i transfer wiedzy, wyjaśnienie oraz ocena indywidualnych potrzeb, czas i wysiłek organizacyjny, a także strategie działania i środki radzenia sobie z wyzwaniami.

Eliminacja komunikacji osobistej i poleganie na mediach cyfrowych utrudniają przede wszystkim pacjentom oraz ich bliskim dostęp do pomocy usług społecznych. Również dostęp do usług socjalnych dla osób poszkodowanych jest w znacznym stopniu ograniczony ze względu na środki ochronne. Najprostsze doradztwo w czasie pandemii okazało się bardziej skomplikowane niż wcześniej. Dostępność pacjentów i krewnych za pośrednictwem mediów cyfrowych stanowi do dzisiaj wyzwanie dla służb społecznych.

Płynny transfer wiedzy i komunikacja nie są możliwe ze wszystkimi osobami dotkniętymi chorobą. Rozbieżności w komunikacji cyfrowej dotyczą w szczególności osoby starsze, u których także porada telefoniczna jest ograniczona ze względu na problemy ze zrozumieniem. Stwarza to duże wyzwanie dla pracowników socjalnych. Środki ochrony przed infekcjami, takie jak rękawiczki, maski, ewentualnie fartuchy, utrudniają komunikację zwłaszcza z pacjentami niedosłyszającymi lub z demencją. Ze względu na te problemy osoby wykonujące prace socjalne najczęściej działają jako mediatorzy między pacjentem a bliskimi czy też ich opiekunami. Osobom postronnym szczególnie trudno jest ocenić stan zdrowia ich bliskich. Problem ten pogłębia obowiązkowa zgodność z ochroną danych, która poprzez doradzanie krewnych stała się mniej bezpieczna. Często pracownicy socjalni nie mogą udzielić żadnych informacji, w wyniku czego krewni nie mogą być poinformowani o planowaniu pomocy i stanie pacjenta (Gostomzyk, 2020).

Brak osobistego kontaktu utrudnia również ocenę i oszacowanie wielu sytuacji przez eksperta oraz pacjenta. W rozmowach osobistych częściej pojawiają się inne zapatrywania, które są istotne dla planowania dalszej opieki, niż w rozmowach bezkontaktowych. Sytuacja poradnicza służb socjalnych znacznie się pogorszyła w wyniku pandemii. Zmiany spowodowane nową sytuacją wymagają od pracowników socjalnych zwiększonych nakładów

czasu i innej organizacji. Zwłaszcza komunikacja za pośrednictwem telefonu, poczty elektronicznej oraz faksu jest określana przez respondentów jako znacznie bardziej skomplikowana i czasochłonna. W związku z pandemią zapotrzebowanie na opiekę psychospołeczną znacznie wzrosło. Pracownicy socjalni w znacznej części przeprowadzają doradztwo przez telefon, a formularze muszą być wysłane pocztą tradycyjną lub faksem. To wszystko pochłania dużo czasu. Również w wewnętrznej współpracy interdyscyplinarnej wymiana informacji odbywa się w dużej mierze za pośrednictwem mediów cyfrowych (Gostomzyk, 2020).

Dotychczasowe prace zostały w ograniczonym zakresie wznowione z zachowaniem przepisów dotyczących ochrony higieny, takich jak noszenie maseczki, dezynfekcja rąk czy zachowanie dystansu. Pracownicy socjalni muszą obecnie zaplanować więcej czasu na porady i wymianę interdyscyplinarną. Przed skontaktowaniem się z pacjentem współpracują oni z asystentami oddziałowymi w celu uzyskania informacji na temat jego sytuacji zdrowotnej oraz osób kontaktowych. Zasadniczo pracownicy oddziału przekazują chwilowo wiele informacji i dokumentów danych osób, co jest ułatwieniem dla pracowników socjalnych. Istotną rolę w zarządzaniu kryzysowym odgrywają zwłaszcza instytucje o zadaniach społeczno-medycznych (Gostomzyk, 2020).

Mimo że trudno w to uwierzyć, pandemia COVID-19 ma także pozytywne skutki. Do nich należy większa ilość ofert online, które można zaproponować klientom, przyspieszenie cyfryzacji, zmniejszenie biurokracji i intensyfikacja doświadczeń związanych z relacjami. Ze względu na przewagę porad telefonicznych konsultacje muszą być zorganizowane inaczej, czyli trzeba wykazać więcej kreatywności. Na początku było oczywiście dużo chaosu, ale dzięki bardzo dobrej współpracy między urzędami pracownicy socjalni mogli szybko opracować swego rodzaju plan kryzysowy. Agencje takie jak urząd pracy, urząd ds. młodzieży i urząd migracyjny, a w szczególności wydział zdrowia, pomagały sobie nawzajem. Uruchomiono usługi telefoniczne i infolinię, a wolontariusze z innych urzędów, którzy w związku z tą sytuacją nie mieli prawie żadnej pracy, mogli się z nimi skontaktować oraz oferować swoją pomoc. Wraz z wprowadzeniem zakazu wizyt coraz częściej można było dostrzec, że pacjenci mają zwiększoną potrzebę bliskości i komunikacji. Ci z nich, którzy wcześniej byli raczej zamknięci w sobie, zaczęli nawiązywać rozmowy i więzi z personelem medycznym. Poza tym często zdarzały się sytuacje, w których pacjenci niespodziewanie przytulali swoich opiekunów, szukając kontaktu (Gostomzyk, 2020).

PODSUMOWANIE

Jak widać, pandemia COVID-19 znacznie zmieniła strukturę pracy socjalnej. W jej wyniku nastąpiła intensyfikacja pracy i wzrosła złożoność obowiązków, co negatywnie wpłynęło na profesjonalizm pracowników socjalnych. W przypadku szczególnie wrażliwych grup osób, które są uzależnione od profesjonalnych systemów wsparcia, w wyniku pandemii dochodzi do znacznego obciążenia. Dotyczy to np. dzieci i młodzieży, samotnych rodziców, osób z niepełnosprawnością, a także osób chorych psychicznie, uzależnionych oraz tych, które nie mogą być odpowiednio wspierane przez pracowników socjalnych w problemach życia codziennego (DVSG, 2020, s. 1).

Zgodnie z § 112, nr 4 SGB V opieka socjalna i poradnictwo należą do obowiązków szpitala. Oznacza to, że pracownicy socjalni pracujący w szpitalu doraźnym wspierają pacjentów i ich bliskich w radzeniu sobie z trudnościami oraz stresami, które są uważane za problemy psychospołeczne i które wystąpiły z powodu choroby. Z holistycznego spojrzenia na zdrowie i chorobę na szczególną uwagę zasługuje rozważenie środków izolacji. Rozpatrzenie izolacji w kontekście ochrony pacjentów i personelu nie jest proste, ale mimo to daje pole do dalszych interpretacji i stwierdzeń ze strony pracowników socjalnych. Jeśli chodzi o blokowanie kontaktów, digitalizacja może mieć również znaczenie dla badań nad przyszłymi praktykami. W tym kontekście szczególnie interesujące są konsekwencje cyfryzacji dla pracowników socjalnych, którzy działają w oparciu o osobisty kontakt między ludźmi.

Na koniec należy również zwrócić uwagę na pozycjonowanie pracy socjalnej. Podsumowując, można powiedzieć, że pandemia COVID-19 doprowadziła do wyjątkowej sytuacji pacjentów, krewnych, lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych i wielu innych osób. Kontekst szpitalny stwarza dodatkową stresującą sytuację dla niektórych dotkniętych nią osób. Prace socjalne powinny promować edukację i bezpieczeństwo. W tym kontekście ważne jest skupienie się na zdrowiu psychicznym ludzi. W odniesieniu do współpracy interdyscyplinarnej praca socjalna może wykorzystać kryzys jako okazję i wezwanie do działania. Pozwoli to pracownikom socjalnym dokładniej zdefiniować swoje pole kompetencji i swoją tożsamość zawodową oraz spojrzeć na chorobę w kontekście społecznym. Ostatecznie kryzys ten można przezwyciężyć jedynie

przy pomocy bliskiej współpracy i tolerancji. Dzięki spojrzeniu na praktykę, praca socjalna mogła przyczynić się do dostosowania usług społecznych do nowej rzeczywistości i ich integracji z praktyką transformacyjną (Truell, 2020).

BIBLIOGRAFIA

- Barth, T., Schmitz, C. (2001). *Sozialer Dienst im Krankenhaus und die Zusammenarbeit mit Krankenkassen. Gedanken, Ideen zur Gestaltung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Böhnisch, L. (2019). *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit*. Wyd. 2 poprawione i rozszerzone. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2016). *Gesetze und Verordnungen*. http://www.gesetze-iminternet.de/Teilliste_S.html (dostęp: 16.09.2021).
- Bundesregierung. (2020). *Bund-Länder-Beschluss. Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und den Regierungschefs der Länder am 15. April 2020. TOP Bekämpfung der SARS-CoV2-Pandemie*. <https://lexcorona.de/lib/exe/fetch.php?media=rechtsaktebund:2020-04-15-beschluss-bundlaender-data.pdf> (dostęp: 27.07.2021).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA. (2020). *Kurz und knapp für ältere Menschen. Informationen zum Coronavirus*. (s. 2). https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/wie-verhalte-ich-mich/alsaelterer-oder-chronisch-krank-mensch.html?tx_dotdownload_pi1%5BiFileUid%5D=4451&tx_dotdownload_pi1%5Baction%5D=show&tx_dotdownload_pi1%5Bcontroller%5D=Download&cHash=38f2bf91ce7214792b80a901bc8a8dff (dostęp: 12.06.2021).
- Buschle, C., Meyer, N. (2020). Soziale Arbeit im Ausnahmezustand?! Professions-theoretische Forschungsnotizen zur Corona-Pandemie. *Soziale Passage*, 12(1), 155–170. doi:10.1007/s12592-020-00347-0
- Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR). (2020). *Stellungnahme Corona-Krise: Menschenrechte müssen das politische Handeln leiten*. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme_Coronakrise_Menschenrechte_muessen_das_politische_Handeln_leiten.pdf (dostęp: 12.08.2021).
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG). (2016). *Gemeinsam für gesundheitsbezogene soziale Arbeit*. <http://dvsg.org/die-dvsg/> (dostęp: 12.01.2021).
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). (2020). *Psychosoziale Unterstützung und pflegerische Versorgung der Bevölkerung muss sichergestellt sein*. https://dvsg.org/fileadmin/dateien/07Publikationen/01StellungnahmenPositionen/2020-03-31_DVSG_Statement_in_der_Coronakrise_final.pdf (dostęp: 12.08.2021).

- Gagzow, W. (2001). Sozialdienst im Krankenhaus und Deutsche Krankenhausgesellschaft. Kooperation gesundheitspolitischer Institutionen. W: P. Reinicke, *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A.P.H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt.
- Gostomzyk, J. (2020). Sozialmedizin in Zeiten der Corona-Pandemie. *Gesundheitswesen*, 82(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295296/pdf/10-1055-a-1099-8223.pdf> (dostęp: 17.03.2021).
- Gödecker-Geenen, N. (2005). Sozialarbeit im Krankenhaus. W: *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Gödecker-Geenen, N. (2008). *Klinische Sozialarbeit in der Rehabilitation. Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (s. 187–210). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hofmann, P. (2004). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. W: W. Schwarzer, W. Crefeld, *Lehrbuch der Sozialmedizin. Für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik* (s. 411–436). Wyd. 5. niezmiennione. Dortmund: Borgmann.
- Homfeldt, H.G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. W: W. Thole, *Grundriss Soziale Arbeit* (s. 489–503). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H.G., Hünersdorf, B. (1997). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. Neuwied: Luchterhand.
- Homfeldt, H.G., Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ifan, M. (2020). *Covid-19: The uninvited guest on the month of social Work. Hrsg. von International Federation Of Social Workers [IFSW]*. <https://www.ifsw.org/covid-19-the-uninvited-guest-on-the-month-of-social-work/> (dostęp: 18.08.2021).
- Kaufmann, S.H.E. (2008). *Wächst die Seuchengefahr? Globale Epidemien und Armut: Strategien zur Seucheneindämmung in einer vernetzten Welt*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Kröll, W., Platzer, J., Ruckebauer, H.-W., Schaupp, W. (2020). *Einleitung. Die Corona-Pandemie. Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Lützenkirchen, A. (2005). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen, Praxisfelder, Institutionen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mahlke, L., Flohé, S., Matthes, G., Paffrath, T., Wagner, F., Wölfl, C. (2020). Chirurgie in der SARS-CoV-2-Pandemie: Empfehlungen zum operativen Vorgehen. *Der Unfallchirurg*, 123(7), 571–578. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00113-020-00830-6.pdf> (dostęp: 20.07.2021).
- Meyer, C. (2019). *Soziale Arbeit und Alter(n)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Mostisch, B. (2011). *Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit im Krankenhaus. Gemeinsamkeiten und Unterschiede*. Bachelorarbeit, Hochschule Esslingen, Esslingen.

- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung (Grundlagentexte Soziale Berufe)*. Wyd. 2. Weinheim: Taschenbuch, Beltz Juventa.
- Reinicke, P. (2003). *Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit*. Freiburg: Lambertus.
- Robert Koch-Institut (RKI). (2020a). *Covid-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html (dostęp: 20.04.2021).
- Robert Koch-Institut (RKI). (2020b). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html. (dostęp: 11.02.2021).
- Salzberger, B., Buder, F., Lampl, B., Ehrenstein, B., Hitzenbichler, F., Hanses, F. (2020). Epidemiologie von SARS-CoV-2-Infektion und COVID-19. *Der Internist*, 61(8), 782–788. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00108-02000834-9.pdf> (dostęp: 16.07.2021).
- Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Göttingen: V&R unipress.
- Schmitt, C. (2020). COVID-19. Soziale Arbeit auf der Suche nach ihrem Auftrag im Katastrophenfall. *Sozial Extra*, 3, 177–181. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12054-020-00284-5.pdf> (dostęp: 15.01.2021).
- Schrappé, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G. (2020). Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. *Medizinrecht*, 38(8), 637–644. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00350-020-5614-z.pdf> (dostęp: 3.12.2020).
- Spitzer, M. (2020). *Pandemie. Was die Krise mit uns macht und was wir aus ihr machen*. München: mvg.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Vom beruflichen Doppel – zum professionellen Trippelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*. Zürich, Berlin: Sozialarbeit in Österreich.
- Sting, S., Zurhorst, G. (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim–München: Beltz Juventa.
- Truell, R. (2020). *Covid-19: The struggle, success and expansion of social Work*. Hrsg. von International Federation Of Social Workers. <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/05/2020-05-18-COVID-19the-struggle-success-and-expansion-of-social-work-1.pdf> (dostęp: 22.03.2021).
- Wendt, W.R. (2002). Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. W: *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Hohengehren: Dörr, Margret. Schneider Verlag.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Pandemie der Coronavirus-Krankheit (COVID-19)*. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid19/novel-coronavirus-2019-ncov> (dostęp: 3.03.2021).

THE COMPLEXITY OF SOCIAL WORK AT HOSPITALS DURING THE PANDEMIC IN GERMANY

ABSTRACT

Social work is also an indispensable pillar in the healthcare of patients in hospitals (Homfeldt, 2012, p. 489). Hospital social services support patients in processing stressful diagnoses and coping with the consequences of diseases (Gödecker-Geenen, 2005, p. 19). Due to the current development of problem situations and the current structure of health and social care, social work is gaining more and more importance (Schaub, 2008, p. 17; Hofmann, 2004, p. 413). Demographic changes result in an increase in the number of elderly people and a steady increase in their life expectancy. The lack of family or financial resources creates gaps in the supply of hospital social services (Meyer, 2019, p. 9). However, the change in the spectrum of health risks and diseases from predominantly acute to chronic ones, justifies the importance of social work in these facilities (Schaub, 2008, p. 17; Lützenkirchen, 2005, pp. 10–14). The COVID-19 pandemic presents a particular challenge that has spread around the world since late 2019. It affects all areas of life and life situations (Schmitt, 2020, p. 177). Protective measures to contain the virus, such as mass gathering prohibitions, contact restrictions, minimum distance regulations, hygiene measures and masks, determine daily and social life. Preventing visits from relatives, pastors and social workers puts a new light on the holistic view of health and the disease and its social determinants (Kröll et al., 2020, pp. 7–38). Infection protection legislation also restricts community services from interacting with patients and hospital staff. Work processes and communication must change, and existing systems must be redesigned (Truell, 2020).

KEYWORDS: social work, pandemic, hospital, social workers