

PÉTERNÉ MOLNÁR GIZELLA

A kórházi szociális munka működési keretfeltételei

A szerző a cikkben a kórházi szociális munka három modelljét ismerteti, és ennek kapcsán a kórházi alkalmazottként dolgozó (kórházi modell), az önkormányzati kórházba bejáró alkalmazottként dolgozó (önkormányzati modell) és az önkormányzati alkalmazottként, teljes munkaidőben a kórházban dolgozó szociális munkás működési lehetőségeit vizsgálja. Áttekinti a jelenleg hatályos törvényi szabályozást és a szakmai irányelveket, valamint azok anomáliáit. Végül megfogalmazza azokat a kérdéseket, amelyekben a szakmának ki kell alakítani a jogalkotókkal és az egészségüggyel szemben megfelelően képviselt saját álláspontját.

Magyar Zsófia (Magyar, 2004) kutatása megmutatta, hogy Magyarországon eléggé elterjedt már a kórházi szociális munka. Bizonyos értelemben véve a hőskorszaknak vége, és itt az ideje, hogy tudásunkat, tapasztalatainkat rendszerbe foglaljuk. El kell gondolkodunk arról, hogy a kórházi szociális munka milyen modellben, milyen feltételek mellett és milyen speciális szakmai szabályok szerint tud működni Magyarországon. Ezt követően tudásunkat rendszerbe foglalva kell kilépnünk a szociális szféra és az egészségügy szakmai nyilvánossága elé, hogy hozzájáruljunk egy fontos célhoz: mindenhol jól működő kórházi szociális szolgálatok jöjjenek létre, a meglévők pedig kiküszöböljék hiányosságaikat. Jelen tanulmányban szeretném körüljárni a kórházi szociális munka megfelelő működéséhez szükséges feltételrendszereket.

I. Lehetséges alternatívák

Elméletileg a kórházi szociális munka magyar viszonylatok között háromféle modellben működhet:

1. „kórházi modell”: kórházi alkalmazottként, állandó kórházi tartózkodással
2. „önkormányzati modell”: önkormányzati intézmény alkalmazottként, alkalmankénti kórházi jelenléttel
3. „vegyes modell”: önkormányzati intézmény alkalmazottként, állandó kórházi tartózkodással.

SZOCIÁLIS MUNKA

A továbbiakban ezeket az elnevezéseket használom.

Régebbi szakirodalmakban is felbukkant az 1. és 2. modell. Török Judit tárgyalja néhány mondatban a két modell lehetséges előnyeit, hátrányait (Török, 2001). A harmadik modell magyar szakirodalomban és a gyakorlatban egyelőre nem fordul elő.

1. A kórházi modell

Ennek keretében a szociális munkás a kórház alkalmazottjaként dolgozik.

ELŐNYEI

Fő előnye az állandó jelenlét és részvétel a kórház életében. Ezáltal ismertté válik mind a személye, mind a munkája a betegek és a kórházi személyzet előtt egyaránt. Mindig elérhető, személyes kapcsolatban áll az egészségügyi ellátó személyzettel, nemcsak „virtuálisan”: telefonon, ismeretlenül. Folyamatosan értesül a problémákról, a potenciális kliensek felvételéről. Ha személyesen ismerik és elfogadják, nagyobb esélye van változásokat elérni a kórház működésében. Fontos feladata, hogy a kórház és a kórházon kívüli szociális ellátórendszer kapcsolatát ápolja, gondoskodik arról, hogy bizonyos kórházi intézkedéseket jogszerűen és etikailag is helyesen hajtsanak végre (pl. örökbeadás esetén, vagy betegek hazabocsátásánál).

HÁTRÁNYAI

Kiszolgáltatottabb a kórház vezetésével szemben. Nagy valószínűséggel nem szociális, hanem egészségügyi végzettségű főnökei vannak. Lehetséges, hogy szociális jellegű továbbképzéseken, konferenciákon való részvételre nehezebb elnyerni a munkahely támogatását.

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Jogi szabályozás és szakmai protokoll előírhatja a szociális munkás mozgásterét, szakmai feladatait, kontrollját. Ez a kórházi személyzet számára is segítség, mert így tudhatják, hogy mit várhatnak el, és mit nem a szociális munkás kollegától. Másrészt a nagyon szigorú terápiás protokollal rendelkező egészségügy szemében ez tekintélyt ad a szakmának, és rajta keresztül a művelőjének. Ehhez a szociális szakma nagyobb érdekérvényesítő képességére lenne szükség. Fontos lenne kiharcolni egy jobban körvonalazott jogi szabályozást, és létre kellene hozni a szakma saját működési feltételeinek és munkamódszereinek részletes leírását (protokoll). Ez hozzájárulhatna a szociális munka mérhetővé tételéhez, minőségének biztosításához is. Ugyancsak jogi szabályozás írhatja elő a továbbképzések, konferenciák, szupervíziók biztosítását is.

KÉRDÉS

Vajon a kórházak lehetővé teszik-e egy olyan szakma létezését a falaik között, amely szigorú, rájuk anyagi terheket róó feltételrendszerrel mű-

ködik, miközben a gyógyító munka minimumát is éppen csak biztosítani tudják? Főként ott merülhet fel ez kérdésként, ahol még nincs szociális munka, és így nem érzékelik azt a hatalmas hozadékot, amit a mindennapi működés számára a kórházi szociális munkások jelenléte biztosít. Ismét a szakma felelőssége, hogy egészségügyi szaksajtóban is publikálva ismertesse meg a kórházi szociális munkát (ld. pl. Molnár, Molnár-Regős, Gávai-Molnár). Tulajdonképpen ebben a modellben két választás áll előttünk:

1. Olyan jól körülírt elvárásrendszert építünk fel, amely egyaránt tartalmazza a kórház és a szociális munkás feladatait, kötelezettségeit, és ezeket próbáljuk érvényesíteni már meglévő és az újonnan létrejövő státusok esetében. Az elvárásrendszer kidolgozása egyértelműen a szakma feladata lenne, és az is, hogy elérje ennek a törvénybe foglalását. Ettől kezdve már a törvények általános kikényszeríthetősége okozhat csak gondot.

2. Annak érdekében, hogy minél hamarabb minél több kórházi szociális munkás legyen, igyekszünk mindenben megfelelni a kórház igényeinek.

Az első esetben azt kockáztatjuk, hogy a kórház nem hoz létre szociális munkás státust, visszariadva az elvárásoktól, sőt esetleg meg is szünteti már meglévő státusokat. Véleményem szerint meglévő státusoknál ennek nincs túl nagy veszélye: ha a szociális munkás szakmailag kielégítően dolgozik, ez olyan nagy előnyt jelent a kórház számára, hogy aligha kerül sor a státusok megszüntetésére. Másrészt a jól meghatározott szakmai követelmények a kórház számára feladatot jelentenek (pl. nyugodt helyiség biztosítása a négy szemközti beszélgetésekhez), de egyben garanciát is arra nézve, hogy mit fog kapni a pénzéért. Mint tudjuk, ami túl olcsó, az gyanús. Ezzel ugyan valóban fennáll a veszélye, hogy egyes helyeken nagy késéssel létesül csak szociális munkás státus és így ott a betegek addig semmiféle ellátást nem kapnak, de még így is megéri mielőbb létrehozni egy jól felépített szakmai követelményrendszert, és ennek szellemében képviselni a szociális munkát az egészségügyben, mint megvárni, hogy spontán kiépüljön egy felemás rendszer, és megpróbálni azon változtatni. Ez utóbbi megoldás sokkal több nehézségbe ütközik, sokkal több időt és energiát igényel, mint az előző. Urbanekné László Judit kutatása szerint (Urbanekné, 1992) a kórházi szociális munka 1992-ben még nagyon kevésbé volt elterjedt. Az interjúban megszólaltatott egészségügyi szakemberek inkább csak a hiányát érzékelték. A kórházi szociális munkával foglalkozó dolgozók nagyrészt egészségügyi illetve szociális szervezői végzettséggel bírtak. Magyar Zsófia (Magyar, 2004) 10 évvel később végzett vizsgálata szerint viszont a kórházi szociális munka meglehetősen elterjedtté vált. Ma a rendszer spontán kiépülése már meglehetősen előrehaladott, ezért úgy érzem, hogy a szakmai követelményrendszer kidolgozása nem tűr halasztást.

2. Az önkormányzati modell

Tulajdonképpen ez a modell került bevezetésre a gyermekvédelem területén.

ELŐNYEI

Amikor ezt bevezették a jogalkotók, valószínűleg a könnyebb ellenállás irányában mozdultak el: úgy gondolták, hogy egy szociális intézményben egyszerűbb kinevezni egy kórházi szociális munkával is foglalkozó kollégát, aki majd kapcsolatot tart a kórházakkal, mint az egészségügyben keresztülvinni a kórházi szociális munka elfogadtatását. Ez valóban egyszerűbb – legalább is a jogszabályok szintjén.

Előnye ennek a modellnek, hogy a továbbképzés, a szupervízió jobban megoldott benne.

HÁTRÁNYAI

Ahhoz, hogy megértsük a gyermekjóléti intézményben dolgozó kórházi szociális munkás helyzetét, vizsgáljunk meg egy hasonló tevékenységi kört: a betegjogi képviselő helyzetét. Ő ugyanis bizonyos szempontból hasonlóan működik: nem egészségügyi szakember, a törvény előírása miatt van jelen a kórházban, a betegek ügyeivel foglalkozik. Láthatjuk, hogy idegen testként ékelődik be a kórház életébe. A törvény előírása miatt biztosítanak számára egy kis helyiséget, de gyakran még a nevét sem tudják, és sokszor úgy érzik, hogy egy ellenséges hatalmat képvisel. Így azonban nem lehet dolgozni. Ha a szociális munkás azt szeretné, hogy tényleg tudomására jussanak a problémás esetek, akkor ott kell lennie, jelen kell lennie mindenütt, a formális és informális alkalmakon és teremben egyaránt. Annak érdekében, hogy megismerjék a személyét, lássák és tudják mit és hogyan dolgozik. Akkor majd az orvosok is jelezni fogják a problémákat, sőt, ők maguk küldik a klienseket a szociális munkáshoz.

További hátránya a jelenlegi modellnek, hogy csak a gyermekvédelemre koncentrál. Ez egy gyermekkórházban rendben is van, hiszen minden kliens beletartozik az ellátottak körébe. De pl. egy általános kórházban, vagy egy szülészeti osztályon hogyan szelektálnak? „A hajléktalan anya hozzám tartozik, de akinek meghalt a gyermeke, és köztemetést kellene intézni neki, vagy a gyász munkában kéne segíteni – nos, az már nem az én asztalom” – lehet ez a válasz? Ugyan milyen hitele lesz így a szakmának, s milyen képet alakítunk így ki magunkról? Vajon fog-e jelezni az intézmény ezek után, gyermekvédelmi esetekben? Illetve, ha megtanulják, hogy csak gyermekvédelmi esetekben számíthatnak rá, akkor ki látja el a többi klienst? Természetesen ez a modell kiterjeszhető lenne olyan formában, hogy a többi beteget pl. a családsegítők munkatársai lássák el, és akkor ez a probléma megoldódik.

Az is kérdéses, hogy milyen arányban értesítik a szociális munkást a bent fekvő kliensekről. Ha nincs jelen fizikailag, akkor a szociális munkás csak az egészségügyi személyzet jelzéseire hagyatkozhat, egyáltalán nem látja a terepet és esélye sincs arra, hogy pl. a betegek érdekérvényesítését

segítse. Hiszen nem jut tudomására a szükséglet léte. Másrészt mindenben az egészségügyi személyzet helyzetfelmérő képességére kell hagyatkoznia. Egy laikus nyilvánvalóan felismeri a gyermekbántalmazás vagy az elhanyagolás súlyos eseteit is, de a képzett egészségügyi személyzettől joggal várhatunk el ennél többet. Viszont a szociális rizikófaktorok teljes körű szűrését nem várhatjuk el, mivel sem idejük, sem képzettségük nem elegendő ennek a feladatnak az ellátásához.

Az egészségügyben dolgozó szociális munkások számára alapvetően fontos, hogy képesek legyenek beilleszkedni abba a sajátos kommunikációs és nyelvi környezetbe, amely az egészségügyben uralkodik. Ennek része a minimális biológiai összefüggések, a latin nyelven felállított diagnózisok ismeretének birtoklása épp úgy, mint az, hogy tudjuk, kinek hol a „helye” a konzultáción, hogy milyen üzenete van annak, hogy valaki jelen van egy megbeszélésen vagy nincs. Az, hogy mindez elsajátítható legyen, a szociális munkásnak benne kell élnie abban a környezetben, amellyel együttműködni próbál. (Másrészt a képzés során kell szert tennie a megfelelő tudásra és gyakorlati készségekre, amelyekről a későbbiek során még lesz szó.) Lehetetlen úgy együtt dolgozni a kórházzal, hogy fizikailag nem vagyunk jelen.

Az már nem elméletileg adott hátrány, hanem a jelenlegi magyar valóságból adódik, hogy a gyermekvédelmi központokban dolgozó munkatársak sok helyen nem szívesen vállalják ezt a feladatot, mert eleve túlterheltek, és idegen is számukra a kórház világa.

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Jogszába írhatja elő, hogy legyen a kórházban olyan személy, aki felelős a szociális válsághelyzetek felismeréséért, és jelezze ezt a gyermekvédelmi központban dolgozó szociális munkásnak. De ki lehetne ilyen személy? Az egészségügyi személyzet alkalmatlanságáról már előbb szövegtünk (idő, képzettség). Ugyanez mondható el az adminisztratív és kiegészítő személyzetről is. Következésképp oda jutunk, hogy szociális képzettségű szakembert kell alkalmazni erre a feladatra. Ekkor viszont visszajutottunk az első modellhez.

3. Vegyes modell

Ennek a modellnek a lényege, hogy a szociális munkás önkormányzati intézmény alkalmazottjaként, de állandó kórházi jelenléttel dolgozik.

ELŐNYEI

Lehetséges, hogy a szociális intézmények előbb hajlandók kórházi szociális munkást alkalmazni, mint a kórházak. De ez egyáltalán nem biztos. Hiszen a kórházra egy nagyfokú „szenvédésnyomás” nehezedik. A szociális problémák is ott „csapódnak le”. Az ő orvosai, nővérei állnak tanácstalanul, tehetetlenül egy köztemetés, egy hajléktalan ember, egy éhező gyermek esete előtt. Ők jobban szükségét és hasznát érzik annak, hogy legyen valaki, akihez küldhetik ezeket a pácienseket, mint a szociális

intézmény távoli „fenntartói”, akik legfeljebb a statisztikai adatok szintjén találkoznak ezekkel a problémákkal, vagy még úgy sem. Még törvényi kötelezés mellett sem látnám biztosítottnak, hogy a szociális intézmények, melyek maguk is rettentően túlterheltek, a saját költségvetésük terhére alkalmaznak olyan kollégát, aki nincs is jelen az intézményükben, csak a team-megbeszéléseken vesz részt.

Ebben a modellben megoldott az állandó jelenlét és a személyes kapcsolat kialakítása, ellentétben az önkormányzati modellel. Ugyancsak megoldott a szakmai továbbképzés, szupervízió. Mérsékeltabb a kórházi vezetéstől való kiszolgáltatottság is.

HÁTRÁNYAI

Felmerül a kérdés, hogy ki fizesse a kórházi szociális munkás alkalmazásának költségeit. A kórház nyilván nem, mert nem ő alkalmazza. A fenntartó? Ez lenne a leglogikusabb. De akkor a szociális munkás kit lásson el? Pl. egy városi kórház esetében csak a város lakóit? Mi történjen a környező településekről beszállított emberekkel? Azok ellátásához járuljanak hozzá a települések? De ezt ki szervezi meg? És mi van, ha a település nem tud vagy nem akar fizetni? Érdemes elgondolkodni azon a megoldáson, hogy kistérségi társulások a hozzájuk tartozó kórházban működő szociális munkát finanszírozzák, akár átalányban, akár lakosságszám szerint, akár esetek után. Ez a megoldás valóban választ jelenthet a problémák egy részére, ugyanakkor még mindig megmarad az a gond, hogy egy kórház sokkal nagyobb területet lát el, mint egy kistérség, tehát nem pusztán egy kistérség önkormányzatát, hanem az egész kórházi vonzáskörzetnek az összes önkormányzatát be kellene vonni ebbe a megállapodásba. Ez nem megoldhatatlan, és azzal az előnnyel is jár, hogy ebben az esetben egy-egy településre viszonylag kicsi hányada esik a szociális munkás finanszírozásának terheiből, tehát talán könnyebben vállalják ezt a kiadást. Ugyanakkor a progresszív betegellátási központok és országos intézményekben dolgozó szociális munkások finanszírozásának kérdése ezzel nem oldódik meg, hiszen ők egyaránt ellátják az őket finanszírozó településeken élőket, és a más körzetekből odakerülőket. Természetesen, ha a fenntartó elég nagyvonalú, akkor nincs gond. De azért a probléma élő: hiszen gyakran pl. a családsegítő központok is csak a saját településen, vagy társulásukban élő embereket láthatják el. De ők legalább ritkán találkoznak más településen élőkkel, nem úgy, mint a kórházi szociális munkások.

Az is hátránya ennek a modellnek, hogy ha a kórházi szociális munkás nem a kórház alkalmazásában áll, akkor nem tud felelősen részt venni a kórház döntéseiben, így munkája súlytalanná válhat. A kórház ugyanis legjobban akkor érzékeli a kórházi szociális munka áldásait, amikor ez számára effektív haszonnal jár. Például van olyan kórház, ahol kialakult az a rendszer, hogy az újszülött hazaadásának jogi felügyelete a szociális munkás kezében van. Tehát ő jár utána, hogy a gyermek hazaadható-e, örökbefogadó szülőknek adható-e ki, és ha igen, milyen feltételek mellett, vagy ellenkezőleg: gyermekvédelmi intézménybe távozik. Így az egészségügyi ellátó személyzetnek nincs vele gondja, a kórház

vezetése mégis biztos lehet abban, hogy mint intézmény jogszerűen és szabályszerűen jár el ezekben a számára átláthatatlan ügyekben is. Ebben a vegyes modellben ilyenfajta felelősségvállalásra nincs lehetőség, mivel a szociális munkás nem a kórház alkalmazottja. Ugyanígy a hatáskörébe tartozó esetekben nem tudja ellátni a kórház jogi képviselőjét sem. (Pl. utazási utalványokkal kapcsolatban, a társadalombiztosítóval szemben.)

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Az ellátott területek összhangja és a közös finanszírozás megteremtése nagyon nehézkes ebben a modellben. Az egyedüli jó megoldás, ha a kórház fenntartója kap pénzt a státusra, azzal a kitételrel, hogy az összes, kórházba jelentkező beteget el kell látni. Mivel ez az ország bármely területén előfordulhat, különösen a progresszív betegellátó központok és az országos intézmények esetében, így jogos, ha az ország költségvetése biztosítja erre a forrást.

Ebben a modellben nem látom megoldhatónak, hogy a szociális szakember a kórház mint intézmény nevében tudjon cselekedni, annak minden jogkövetkezményével együtt: pl. döntsön a hazaadásról, az újszülött elhelyezéséről, rendőrségi feljelentés szükségességéről... stb. Így ez a hátrány véleményem szerint megmarad.

Összefoglalás: mindhárom modell közös hátránya, hogy ma a létrehozási kötelezettség jogi előírása és szabályozása sem elég erős eszköz Magyarországon ahhoz, hogy egy jogintézmény vagy szolgáltatás valóban létrejöjjön. Ezt egy másik területről vett példa is szemlélteti. A korai fejlesztést előírják és részletesen szabályozzák a települési önkormányzatok számára. Sajnos hiába. Ezek jó része ugyanis csak sajnálkozva széttárja a kezét: igen, tudják, hogy szükség lenne rá, de mivel nem rendeltek mellé anyagi forrást, így nem áll módjukban végrehajtani a jogszabályi előírásokat. Ez a kórházi szociális munkával is előfordulhat. A problémára csak egy köztölt felhasználású költségvetésből finanszírozott normatíva jelent megoldást.

A három modell felépítését összehasonlítva úgy tűnik, hogy a legideálisabb a jogszabályi szinten jól körülírt hatáskörrel, szakmailag részletesen kidolgozott protokollal bíró, a kórház alkalmazásában álló, központi költségvetésből finanszírozott szociális munkás státus. De ne mondjunk még ítéletet, vizsgáljuk meg a kérdést más oldalról is!

II. Történeti tanulságok, jogszabályi környezet, szakmai irányelvek

A kórházi szociális munka nem újdonság a magyar egészségügyi ellátórendszerben sem. Szociális szakemberek már a századforduló óta részt vettek az egészségügyi ellátó teamben (Göncz, 1993). Később a szociális munka és a körülhatárolt szociálpolitika megszűnésével a kórházi szociális munka is elvesztette létjogosultságát. A kórházak azonban nem tudták

az egészségügyi ellátás keretein belül orvosolni a jelentkező szociális problémákat, melyek ezután szétfeszítették a szigorúan egészségügyi ellátásra összpontosító szolgálat kereteit. Maguk az intézmények alkalmaztak ehhez dolgozót – jobb híján egészségügyi középvégzettségű kollegákat: nővéreket, ami véleményem szerint az egészségügy nyitottságának egyik jele. Úgy érzem a kórházakkal folytatott szakmai kommunikáció során jobban ki kéne emelni ezt a tényt, amely önmagában is bizonyítja, hogy a kórházaknak szükségük van erre a funkcióra, és nem áll távol tőlük egy ilyen jellegű státus finanszírozása. A szülészeti intézményekben jelenlevő védőnő, mint felsőfokú, de szintén egészségügyi végzettségű dolgozó vállalta, vagy kényszerült vállalni a szociális szolgáltatás nyújtását. Erre azonban csak autodidakta módon készülhetett fel, csak úgy, mint a szociális nővér.

A szociális munkás képzések megindulásával aztán megjelentek a felsőfokú szociális végzettségű szakemberek. Nagyon sok kórházban helyet is kaptak, még hozzá a kórház saját finanszírozásának terhére. Az újdonsült szakmának sajátossága, hogy nem tudta azonnal kijelölni a helyét, feladatait, kompetenciahatárait. Ez az indulásnál nem is volt meglepő, de sajnálatos tény, hogy a szakma jelenleg is adós az egészségügyben dolgozó kórházi szociális munkások szakmai protokolljának kidolgozásával.

Visszakanyarodva a szociális munkások alkalmazásához. Magyar Zsófia kutatása szerint (Magyar, 2004) a hazai kórházak 63 százalékban alkalmaztak szociális munkásokat, 2003-ban. A legtöbb ilyen státus 1994–1998 között jött létre, tehát még az előtt, hogy maga a kórházi szociális munka fogalma jogszabályban megjelent volna. Szintén ez a kutatás számol be arról, hogy sok helyen csupán pénzügyi akadálya van a kórházi szociális munkás alkalmazásának, s nem a kórház elutasító.

1. Jogszabályi környezet

A magyar törvényalkotás két úton indult el. Egyrészt minimumfeltételként nevesíti bizonyos egészségügyi ellátásoknál a szociális szakemberek jelenlétét és ennyiben a kórházi modellt erősíti meg. Másrészt a szülészetre és a gyermekosztályokra vonatkozóan az önkormányzati modellt foglalja törvénybe.

A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről című jogszabály melléklete néhány ellátás esetében előírja a szociális szakember kötelező foglalkoztatását. A pontos felsorolást az alábbi táblázat tartalmazza. Szándékosan idézem pontosan a rendelet által használt kifejezéseket, mert ezek áttekintése nagyon tanulságos. Amennyiben az alkalmazási kötelezettségnél kétfajta megjelölés is szerepel, az arra utal, hogy a betegellátás magasabb fokán szigorúbbak a feltételek, így esetleg a szociális szakember jelenléte is kötelező, míg az alacsonyabb szinteken kevésbé szigorú az előírás.

Egészségügyi intézmény	Szociális szakember	Alkalmazási kötelezettség
Ápolási intézet, ápolási osztály	Szociális munkás, de nem a diplomás, hanem a szakképzett kategóriában szerepel	Intézet: 1 fő Osztály: szükség szerint
Geriátria	Szociális szervező	Elérhető
Peritoneális dialízis központ	Szociális munkás	Szükséges/ajánlott rész munkaidőben
Drogbeteg ellátás drogambulancia	Segítő foglalkozású diplomás – szociális munkás, gyógypszichopedagógus, konzultáns... stb.	Szükséges, 3 fő
Sürgősségi betegellátó	Szociális gondozó	Elérhető
Gasztroenterológiai rehabilitációs osztály	Szociális munkás	Kötelező
Tüdőgyógyászati fekvőbeteg-ellátás	Szociális munkás	Elérhető
Időskori belgyógyászati betegség miatt szükséges rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Tartós immobilizáció miatt szükséges rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Mono és polyneuropathiák rehabilitációja	Szociális munkás	Szükséges
Mozgásszervi rehabilitáció majdnem minden fajtája	Szociális munkatárs	Elérhető/szükséges
Neurológiai rehabilitáció – parapleg, tetrapleg, tetraparetikus betegek rehabilitációja	Szociális nővér	Szükséges
– baleset következtében súlyos agykárosodást szenvedett betegek rehabilitációja	Szociális munkás	Szükséges
– stroke, egyéb heveny agykárosodás rehabilitációja	Szociális munkatárs	Elérhető/szükséges
– hemiparesis rehabilitációja	Szociális munkatárs	Szükséges
Hospice – palliatív mobil csoport és otthoni hospice	Koordinátor, aki lehet szociális munkás, ápoló, szociális asszisztens, hospice szakápoló és koordinátor, képzett önkéntes	Szükséges
– hospice osztály	Szociális munkás	Elérhető
Általános belgyógyászati osztály	Szociális munkás	Szükséges

SZOCIÁLIS MUNKA

Egészségügyi intézmény	Szociális szakember	Alkalmazási kötelezettség
Belgyógyászati angiológiai fekvőbeteg ellátás	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Szükséges
Nefrológia – járóbeteg szakellátás – fekvőbeteg szakellátás	Szociális munkás Szociális munkás/ mentálhigiénés munkatárs	Ajánlott Elérhető
Csecsemő és gyermekosztály	Szociális munkás	Elérhető, de csak megyei és városi szinten, egyetemi szinten nem szerepel
Pszichiátriai osztály	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető/szükséges
Addiktológiai gondozó	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Szükséges
Pszichiátriai gondozó		
Pszichiátriai rehabilitáció	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető/szükséges
Pszichoterápiás rehabilitáció	Szociális szervező/munkatárs	Elérhető
Gyermek és ifjúsági pszichiátriai gondozó, rehabilitáció, osztály	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető
Klinikai onkológiai osztály, gondozó, szakrendelés	Szociális gondozó	
Kardiológiai rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Immunológia és allergológia	Szociális munkás	Elérhető
Gyermek-gasztoenterológiai osztály speciális feladatokkal	Szociális munkás	Szükséges
Infektológia	Szociális munkás	Elérhető/szükséges
Nőgyógyászati rehabilitációs osztály	Szociális munkás	Szükséges

Maga a fogalmazás is figyelemreméltó: semmi nem kötelező, csak szükséges. Szinte kiérzik mögüle: szükséges „lenne”. Nincs szó ellenőrzésekről és határidőkről. A rendelet a kihirdetése napján hatályba lép, de arra nincs biztosíték a rendelet szövegében, hogy a benne foglaltak ne maradjanak írott malasztanak. Arról sem esik szó, hogy ezeket a szakembereket hogyan fogják finanszírozni az intézmények. Vajon a rende-

letben meghatározott szakmákra külön keretet kapnak? A nem-orvosi (pl. logopédia, pszichológia, szociális munka) területeken beépülnek a HBCS finanszírozásba? Erre nézve a rendelet nem ad eligazítást. Gyaníthatóan azért nincs is szigorú számonkérés, mert akkor a feladatellátáshoz a megfelelő pénzügyi háttérrel is biztosítani kellene, és nem bízhatná a kórházakra, hogy azok a saját költségevetésükből gazdálkodják ki, ha tudják.

Véleményem szerint a táblázatból sugárzik az ad hoc jelleg. Szakmai érveket nem lehet felsorakoztatni amellet, hogy miért ezekre a területekre rendelnek szociális munkást, máshová pedig miért nem. Gyanítom, hogy a rendeletalkotásnál a minisztérium felkérte az egyes szakmai kollegiumokat, vezető intézeteket, hogy dolgozzák ki a saját szakterületükre vonatkozóan a minimumkövetelményeket, azután pedig ők ezeket foglalták jogszabályba. Így azokon a területeken szerepelnek a szociális szakemberek, ahol a minimumkövetelményeken elgondolkodó testületnek eszébe jutott, hogy létezik ilyen szakma, és hogy az milyen jól használható az ő területükön. Természetesen ezt az állításomat nem tudom alátámasztani, mindössze egy lehetséges magyarázatát szerettem volna adni ennek az esetleges rendszernek. Ugyanakkor az is tetten érhető, hogy a jogalkotónak mintha fogalma sem lenne arról, hol húzódnak az egyes szakterületek kompetenciahatárai, miben különbözik a szociális nővér, a szociális munkás, a szociális munkatárs, a szociális szakember, a felsőfokú képesítésű szociális szakember, a szociális szervező, a mentálhigiénés szakember és általában egy segítő foglalkozású szakma tagja a többitől. Hiszen egy helyütt még az is megjelent, hogy mindegy, gyógy-pedagógus-e vagy szociális munkás, csak legyen valaki. Véleményem szerint ez a szakma felelősségére hívja fel a figyelmet, és egyben jelzi, hogy eleddig mennyire nem sikerült megmutatni magunkat az egészségügy számára, milyen zavaros képük van arról, hogy kórházi szociális munkásként mi a feladatunk.

Az sem világos, hogy a szociális szolgáltatás elérhetővé tételére kötelezett intézmények hogyan tudják ezt a feladatot megoldani. A kórház közösen alkalmazzon egy szociális munkást? Kössenek szerződést pl. a családsegítő központtal? A fenntartó fizesse és szervezze meg az elérhetőséget? Több kórház működjön együtt? Megannyi megoldás lehetséges volna, de a rendelet egyiket sem nevesíti, mintha a kórházakra bízna ennek a feladatnak a megoldását.

Összességében kedvező jelnek ítélnélhetjük, hogy végre megjelent egy jogszabályban a kórházi szociális munka, de nagyon világosan az is látszik, hogy a szociális szakma nem volt ott ennek a jogszabálynak az alkotásánál, mert sok az esetlegesség, a zavar és a megoldatlan kérdés benne.

Ha az idevágó jogszabályok másik csoportját vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról című jogszabály egyáltalán nem említi a kórházi szociális munkát. Érdekes módon a törvény végrehajtási utasításának tekinthető 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek

SZOCIÁLIS MUNKA

szakmai feladatairól és működésük feltételeiről című szakminiszteri rendelet viszont a következőképpen rendelkezik:

7/C. §

- (1) A kórházi szociális munka célja
 - a) a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a szociális válsághelyzetben lévő anya és gyermekének segítése;
 - b) a gyermekosztályon a gyermekelhanyagolás és bántalmazás észlelése esetén a Gyvt. 17. §-ának (2) bekezdése szerint szükséges intézkedések megtétele.
- (2) A gyermekjóléti központ szerződést köt az egészségügyi intézménnyel, amelyben rögzítik a kórházi szociális munka biztosításának kereteit, valamint az együttműködés módját.
- (3) A gyermekjóléti központ az illetékessége alá nem tartozó gyermeket, a gyermek további ellátása biztosításának érdekében az illetékes gyermekjóléti szolgálathoz vagy központhoz irányítja.

Ezzel a jogszabály kijelöli a kórházi szociális munka működésének szakmai kereteit, érdekes módon az addig spontán módon létrejött szakmai gyakorlattól merőben eltérő rendszerben (kórházi alkalmazás helyett részidősként, önkormányzati intézmény alkalmazásában).

Ezt követően a 2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról című jogszabály 68. paragrafusában már törvényi szinten jelenik meg a kórházi szociális munka, amely a gyermekvédelmi központok speciális szolgáltatásaként jelöli meg a kórházi szociális munka ellátását, előbb 2004. január 1-i határidőt szabva, majd ezt módosítva 2005. július 1-re. A törvény végrehajtásáról a 46/2003. (VIII. 8.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról című jogszabály rendelkezik, amely változatlanul hagyja az 1998-as NM rendelet szövegét. Úgy tűnik, a törvényalkotásnál nem végeztek semmiféle felmérést arra nézve, hogy az 5 évvel azelőtt rendeletben szabályozott modell mennyire működőképes a valóságban. Mert ha lett volna ilyen tanulmány, akkor bizonyára kitént volna, hogy a gyermekjóléti szolgálatok nagy része nem látja értelmét a kórházban a szociális munkának, akik pedig művelik, azok is nehézségekkel küzdenek. Akkor talán nem változtatlanul emelik át a rendeletet törvényi szintre, hanem megpróbálnak ésszerű változtatásokat eszközölni rajta.

A NCSSZI által összeállított módszertani útmutató is a törvényben meghatározott modell kidolgozására irányul.

2. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet által kiadott „A gyermekjóléti központok, illetve a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munka módszertani kérdései” című módszertani útmutató elemzése

A módszertani anyag deklaráltan egyedül a gyermekvédelmi központok által végzett munkára vonatkozik, és nem váltja ki a jelenleg a kórházakban dolgozó szociális szakemberek tevékenységét. Ugyanakkor folyamatosan úgy jelenik meg a gyermekvédelmi központ, mint a kórházi szociális munkás bizonyos felettése, holott a végzettségük azonos szintű, és ez nem indokolná, hogy a kórházban dolgozó kollegákat ne tekintsék kompetens szociális munkásoknak. Ez a következőkben jut kifejezésre: minden szociális munkát igénylő esetben a kórház szociális munkása köteles a gyermekvédelmi központ felé írásos jelzést adni. Az adatokat a szociális munkás a gyermekjóléti szolgálat rendelkezésére bocsátja, és ebben nagyjából ki is merül a tevékenysége. A kórházi szociális munkás csupán „koordináló feladatot lát el a kórház és a gyermekjóléti szolgálat között”. Még akkor is a gyermekjóléti szolgálat szociális munkásának kell gondoznia az ügyet, ha a probléma helyben megoldható lenne.

Folyamatosan érződik a kórházi szociális munkások lebecsülése. Miért nem gondozhatják ők a családot? Miért csak koordinálhatnak? Miért kötelesek jelezni a gyermekjóléti szolgálatnak? Miért nem lehet rábízni az ő megítélésére, hogy milyen más, lakhely szerinti segítő szolgálatokat von be az eset kezelésébe? Attól tartok, hogy ez implicit módon a szakma megosztottságát, a különböző területeken dolgozó kollegák egymás iránti megbecsülésének hiányát jelzi. Ebben a vélekedésemben megerősítenek a területen dolgozó kollégák beszámolóit is.

A mindennapi működés keretei sem átgondoltak. Azokban az intézményekben, ahol nincs szociális szakember, minimum heti 4 óra intézményi ott-tartózkodást ír elő a szakmai program. Ez gyakorlatilag semmire sem elég. Ilyen rövid időben nem lehet fogadni a betegeket, mert azok előbb hazamennek, semhogy a szakember találkozna velük. Nem fog tudni érdemben foglalkozni az esettel, mert ez az idő erre kevés. Persze a kapcsolatfelvétel után a tényleges munka folyhatna a gyermekvédelmi intézményben is. De nagyon sok család nem lesz hajlandó elmenni oda. Gondolok itt pl. a hajléktalan kliensekre, akikkel gyakran csak addig lehet együtt dolgozni, amíg bent fekszenek a kórházban, mert azután általában nem jelentkeznek többé sem a kórházban, sem az önkormányzatnál. Egy szülészeti és a hozzá kapcsolódó terhesosztály ellátása egy teljes munkaidőben dolgozó szociális munkást igényel. Az egészségügyi kollégák sem fogják ismerni a szociális munkást, csak azt érzékelik, hogy elvileg létezik, de amikor kellene, sosincs az intézményben. Azt írja az útmutató, hogy a „szociális munkás állandó, stabil jelenléte” szükséges – ez csak a legalább napi 6 órában dolgozó munkaerőről mondható el. Ezért véleményem szerint egy ilyen felemás helyzet inkább hátráltatja, mint segíti a kórházi szociális munka befogadását az egészségügy részéről.

Az útmutató szerint egy kijelölt orvosnak kellene értesítenie a gyer-

mekjóléti intézmény szociális munkását. Nem tudom, hány olyan orvos van az országban, aki a napi túlterhelt munkája mellett ezt a feladatot is lelkiismeretesen ellátja. Emellett nem számíthatunk arra, hogy teljes bizonyossággal fel tudja ismerni a beavatkozást igénylő szükséghelyzeteket.

A módszertani anyag szerint az a gyermekjóléti szolgálat, amelynek területén nincs kórház, abban a kórházban végzi a tevékenységét, amelyhez a betegbeutalási rend szerint tartozik. A szüléseteken ez nagyon sok esetben nem fog egybeesni a lakhely szerint illetékes gyermekjóléti központtal. Mire a kórház jelez a gyermekjóléti központnak, ráadásul írásban (!), és mire ők felderítik és továbbadják az ügyet az illetékes központnak, addigra a kismama esetleg már rég távozott a kórházból, egy harmadik, ismét más illetékességébe tartozó helyre. Felmerül az a probléma is, hogy ha egy család nem a módszertani anyag IV./b.a pontjában felsorolt ügyekben kér segítséget, akkor vajon számíthat-e a gyermekjóléti központ munkatársára. Egyébként ez a fejezet annyi feladatot sorol fel a kórházi szociális munkás számára, hogy ez heti 4 óra munkaidőben nem látható el. Pl. „krízishelyzet esetén támogatja az anyát anyaságának elfogadásában”. Aki végzett már ilyen krízisintervenciós tevékenységet, tudja, hogy ez nagyon intenzív, naponta többszöri, esetlegesen hosszúra nyúló találkozásokkal igényel. Hogy tudja ezt megvalósítani egy heti néhány órát a kórházban töltő szociális munkás? Nem vonom kétségbe az illető kollega jószándékát és felkészültségét, de nyilván a gyermekjóléti központban is úgy számolnak az idejével, hogy a kórházban töltött időn felül a munkaideje többi részét ott tölti és ott oldja meg a feladatokat. Nem fog tudni ilyen intenzív munkát végezni a kórházban.

Összefoglalva: jogszabályi szinten megjelent mind az önkormányzati, mind a kórházi modell. Ugyanakkor azonban egyik működése sincs pontosan és a gyakorlatban jól használhatóan körülírva.

A kórházi modellnél a kijelölt osztályok esetlegessége és a finanszírozás megoldatlansága jelenti a fő problémát.

Az önkormányzati modell esetében: ha van a kórházban szociális munkás, akkor a kompetenciahatárok tisztázatlansága, illetve a kórházi kolléga lefokozása, ha nincs, akkor pedig a jelzőrendszer bizonytalansága okoz gondot. Az is bizonyítja ennek a modellnek a gyakorlati gyengeségét, hogy nagyon sok, a törvény szerint erre kötelezett gyermekjóléti központ nem hozta létre ezt a státust, és nem szándékozik létrehozni a jövőben sem.

III. Az optimális modell

Ebben a fejezetben szeretném sorra venni a kórházi szociális munkás feladatait és ezekből kiindulva megvizsgálni, hogy az általam felvázolt 3 modell közül melyikben lehet ezeket a feladatokat a legteljesebben ellátni.

A kórházi szociális munkás feladatai

A feladatsor összeállításánál több forrásra támaszkodtam: egyrészt a saját tapasztalataimra, másrészt a Magyar Zsófia (Magyar, 2004) által közölt listára, amelyet az amerikai Kórházi Szociális Munkások Vezetőinek Társasága állított fel.

A következő táblázat foglalja össze a feladatokat, és ezek modellszerű megvalósításainak lehetőségét.

Magyarázat a táblázathoz:

Ellátható: a működésmódból logikailag következik a feladat ellátásának lehetséges mivolta.

Nem látható el: a modell eleve kizárja a funkció ellátásának lehetőségét.

Esetlegesen látható el: a modell önmagában nem biztosítja a feladat ellátását, de eleve nem is zárja ki és szerencsés körülmények között, ha a kórház vezetősége elége nyitott, teret engedhet a funkció ellátásának.

Feladat	Kórházi modell			Önkormányzati modell			Vegyes modell		
	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el
Informálás a kórházi illetve a szociális szolgáltatásokról	x					x	x		
Kapcsolatfelvétel a területi szociális intézményekkel	x			x			x		
Betegfelvétel előkészítése	x					x	x		
Szociális rizikótényezők szűrése	x					x	x		
Pszichoszociális értékelés	x				x		x		
Közvetlen segítő tevékenység	x				x		x		
Anyagi és szervezési segítség	x				x		x		
Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	x				x		x		
Felvilágosító tevékenység a betegséggel, gyógyítással kapcsolatosan	x				x		x		
Életmódalakító és támogató csoportok szervezése	x				x		x		
Érdekvédelmi feladatok ellátása	x				x		x		
Elbocsátás előkészítése	x				x		x		
Esetkonzultáció és esetreferálás a kórházi teamben	x				x		x		

SZOCIÁLIS MUNKA

Feladat	Kórházi modell			Önkormányzati modell			Vegyes modell		
	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el
Esetkonzultáció és esetreferálás a területi intéz- mények felé	x				x		x		
Részvétel a kórház működésének tervezésében, kialakításában	x					x		x	
Közösségi egészség- védelmi és preventív munkában való részvétel	x			x			x		
Oktatás és tovább- képzések szervezése	x			x			x		
Kutatás a kórházi szociális munka területén	x			x			x		
Egészségügyi-szociál- politikai koncepciók formálása	x			x			x		
Egyéb	x			x			x		

Látható, hogy a kórházi és a vegyes modell nagyon hasonló működési teret biztosít.

Az önkormányzati modellben a felsorolt feladatok közül mindössze 6 látható el maradéktalanul. A többi esetben, amelyet az „esetlegesen ellátható” kategóriába soroltam, attól függ a tevékenysége, hogy értesül-e a segítségre szoruló kliensről. Így tehát teljesen ki van szolgáltatva az egészségügyi személyzet szociális érzékenységének, odafigyelésének, hozzáértésének és aktivitásának. Hat feladat egyáltalán nem látható el, a modell sajátosságaiból következően. Ilyen pl. a kórházon belüli érdekvédelem, hiszen vitás helyzetben nyilvánvalóan nem szólnak a szociális munkásnak, nehogy ezzel is erősítsék a beteg pozícióját. Ugyanígy külső munkatársként is nagyon csekély az esélye arra, hogy beleszólást engedjen neki a kórház működésének tervezésébe, kialakításába. Önszolgáltató csoportot is csak úgy tud működtetni, ha valamelyik egészségügyi dolgozó folyamatosan tájékoztatja az adott csoporthoz tartozó beteg felvételéről a szociális munkást – de erre nagyon kevés esélyt látok.

A kórházi és a vegyes modellben dolgozó szociális munkások mindegyik feladatot el tudják látni. Egyetlen különbséget abban látok, hogy a vegyes modellben dolgozó szociális munkás előnyben van a közösségi egészségvédelmi preventív munkában az önkormányzat szociális intézményeihez való szorosabb kapcsolódása révén. Viszont hátrányba kerülhet a kórház működésének tervezésében, kialakításában, mert – mint nem saját dolgozónak – esetleg kevésbé veszik figyelembe a javaslatait. Ez a két különbség nem túl jelentős, így nagyjából-egészében azt mondhatjuk, hogy a szociális munkások ellátandó feladatai felől megközelítve a kérdést, a teljes munkaidőben a kórházban dolgozó szakember – akár kórházi, akár önkormányzati alkalmazású – el tudja látni ezeket a feladato-

kat, míg a más intézményben dolgozó, a kórházba csak esetleg bejáró kórházi szociális munkás a felsorolt feladatokból csupán hatot tud maradéktalanul ellátni. Ugyanennyi feladatot egyáltalán nem tud ellátni, és a feladatok nagy részének ellátása terén teljesen ki van szolgáltatva az egészségügyi személyzetnek: nem tudhatja, hogy vajon értesítik-e arról őt, ha van olyan eset, amely a kompetenciájába tartozik.

IV. Végkövetkeztetések

A kórházi szociális munka kiterjesztése a jelenlegi költségmegtakarítást előirányzó egészségügyi reformok tükrében még fontosabbá válik. Bár költséghatékonyági vizsgálatok ezen a területen még nem készültek, jelentős költségmegtakarítás valószínűsíthető a kórházi szociális munkás alkalmazásával. Bármely kórházi osztályon megrövidítheti az ott tartózkodás időtartamát, gyorsíthatja a beteg útját a rendszerben azáltal, hogy az egészségi állapotával interferáló szociális hatásokat és problémákat leválasztja az egészségügyi problémákról, elkülönítve, hatékonyan kezeli, így a beteg az egészségi problémáit is könnyebben uralja. Hatékonyabb az egészségügyi ellátás is, és a beteg úgy tér haza, hogy a szükséges szociális alapellátás már várja őt és segíti a további problémáinak kezelésében. A kórházi szociális munkás segítheti a beteg egészségügyi kooperációját is, ami ismét csak a hatékony és gyors gyógyítást segíti elő. Ennek köszönhetően rövidebb, hatékonyabb és olcsóbb lesz a beteg gyógyulási folyamata, mert minden problémát a megfelelő helyen kezelnek, kezelnek. Ezért javaslom, hogy a kórházi szociális munkát terjesszék ki minden kórházi osztályra, kötelező jelleggel, a megfelelő szakmai szabályok szerint és jogi garanciákkal megerősítve.

Öröndötes, hogy a kórházi szociális munka, mint fogalom egyáltalán megjelent a jogalkotásban. De úgy látom, hogy a gyermekjóléti szolgálatokhoz telepített rendszer működése mind elméleti szinten, mind a gyakorlatban jelentős problémákat hordoz. A kórházak számára előírt alkalmazási kötelezettség kidolgozatlan, zavaros és esetleges; pontosításra, kiterjesztésre szorul. Most még van rá esély, hogy ezt a rendszert jó irányba befolyásoljuk, de egy megszilárdult struktúrát megváltoztatni már csak nagy nehézségek árán lehet. Véleményem szerint végső célként azt kellene kitűznünk, hogy törvényi szinten kötelezően írják elő teljes állású, felsőfokú szociális végzettségű kórházi szociális munkások alkalmazását minden kórházban. De ahhoz, hogy a jogalkotók számára ez jogszabályi szinten és financiálisan is támogatandó cél legyen, a szakmának kell kristályosítania a működés alapelveit. A következőkben szeretném azokat a témákat sorra venni, amelyek terén a kórházi szociális munkásoknak széles körű szakmai vita során konszenzusra kellene jutniuk, illetve – vitaindító szándékkal – egyes témákban a saját álláspontomat fogom felvázolni.

1. Az általam megkeresett, területen dolgozó kollegák egybehangzó állítása szerint szükség lenne egy kórházi szociális munkásokat tömörítő szervezetre. Ez azt a célt is szolgálná, hogy a szakmán belül megismerjék és elismerjék a kórházi szociális munkát. Ez ügyben már több próbálko-

zás is volt, de eddig egyik sem járt sikerrel. Véleményem szerint azért nem, mert ahhoz, hogy egy ilyen szerveződés sikeres legyen, szükség van egy olyan titkárra, aki megkeresi a potenciális tagokat, az egész szervezetet működteti, egybefogja, biztosítja az információcserét, szervezi a találkozásokat, regisztrál, pénzt szed be, honlapot tart fenn... stb. Tehát egy olyan személyre, aki teljes energiáját ennek a feladatnak szenteli. Megoldásként felmerül a már meglévő szakmai szervezeteken belül egy önálló szekció kialakításának lehetősége is. Sok szempontból ez az előnyösebb megoldás: könnyebb a szervezet létrehozása, megoszlanak a működtetés terhei. Kérdés, hogy van-e, s ha igen, melyik az a jelenleg létező szakmai szervezet, melynek profiljába beleillik a kórházi szociális munka, és amely hajlandó is a saját égisze alatt teret adni ennek az önálló szekciónak. Az általam megkérdezett kollégák nem tudtak ilyen szervezetről, de ezt a kérdést széles körű szakmai vita alapján lehetne csak eldönteni.

2. Fennáll a veszélye annak is, hogy a kórházban dolgozó szociális munkásoknak – különösen, ha egyedül vannak, illetve ha nincs kapcsolatuk szakmai szervezetekkel – nem biztosított a szakmai fejlődésük és szupervíziójuk. Ebben is segíthetne a szakmai szervezet a szakmai fórum biztosításával, továbbképzések, konferenciák szervezésével, szakmai kiadványok megjelentetésével.

3. Az egészségügy akkor fogja elfogadni a szociális szakmát vele egyenrangú szakmaként, ha a szociális szakma is fel tud állítani egy nagyon jól körülírt módszertant, sőt protokollrendszert, amelyet áttekintve a nem szakmabeli egészségügyi dolgozók számára is egyértelműen kiderül: mi a szociális munkás feladata és mit várhatnak (illetve nem várhatnak) el tőle. Ez hangsúlyozottan fontos a kórházi szociális munka esetében, mert itt a legerősebb az intézményi összefonódás, itt a szociális munkás egyedül, vagy néhányadmagával áll egy nagyon szigorú szabályok szerint működő intézményben. Bornemissza Melinda szakdolgozata (Bornemissza, 2006) is megerősíti ezt az álláspontot, amikor azt írja, hogy az általa vizsgált kórházak közül azok nem alkalmaztak szociális munkást, akiknek téves fogalmaik voltak a kórházi szociális munkás tevékenységéről. A szakmai protokoll részeként meg kell határozni az egy szociális munkásra jutó ágyszámok maximumát. Bornemissza Melinda (Bornemissza, 2006) interjúinak tanúsága szerint a jelenlegi gyakorlatban sok helyen sajnos az is előfordul, hogy hiába dolgozik a szociális munkás teljes állásban a kórházban, a reá jutó magas ágyszámok miatt nem tudja saját maga figyelemmel kísérni a bekerülő betegeket, és így kénytelen a kórházi dolgozók, elsősorban a nővérek és a főnővér jelzéseire hagyatkozni.

Ezenkívül sorra kellene venni a szociális munkás tevékenységét, lehetséges feladatköreit, az általa használt technikákat, és talán még azt is, hogy egyes esetekben melyek azok a minimálisan ajánlott-megkövetelhető lépések, amelyeket meg kell tennie a klienssel való munka során. Ez talán segítene kézzelfoghatóbbá, mérhetőbbé tenni a kórházi szociális munkás munkáját. Így igazolná létének jogosságát, finanszírozásának értelmét. Másrészt a kezdő kollégáknak támpontot adhatna az ügyek viteleiben. Hiszen sokan előzetes tapasztalatok nélkül egyedül vágnak neki

a kórházi szociális munka kialakításának egy-egy intézményben, anélkül, hogy bárkitől is elsajátíthatták volna ennek fortélyait, illetve hogy láttak volna egyéb, a kórházakban működő, szociális ellátási formákat. Még a kórházi szociális munka minőségének méréséhez, megítéléséhez is hozzásegíthetne egy ilyen protokollrendszer. Fontos lenne a különböző kórházakban használt adatlapok, esetvezetési naplók összehangolása, és a megállapodás a nyilvántartott és -tartandó adatok körét illetően. Ez nagyon megkönnyítené az esetek átadását a kórházak között, illetve nagy segítséget jelenthetne a kliensnek az alapellátásba, vagy bentlakásos intézménybe való távozása esetén, a fogadó intézmény számára. Bizonyára rengeteg jó gyakorlat született már a tevékenységi körök, a technikák, az eljárások rendje és a nyilvántartások terültén. Jó volna ezeket felderíteni, összefogni, közkinccsé tenni, hiszen miért kellene mindenkinek magának feltalálnia a spanyol viaszt, amikor már mások megtették őelőtte?

4. Jelenleg a szociális szakemberek nem kapnak megfelelő képzést az egészségügyben való eligazodáshoz. A szociális szakemberképzés már 1990 óta folyik, de tudomásom szerint eddig még nem adtak ki kórházi szociális munkát tárgyaló jegyzetet, tankönyvet, kézikönyvet. Minden képzőintézményben folyik valamilyen egészségüggyel összefüggő tárgy oktatása, sőt a kórházi szociális munka témakörei is tananyagok. Felül kéne vizsgálni ezek tematikáját, és a lehető legsürgősebben össze kell állítani egy hiánypótló könyvet, amelyet a gyakorlatban dolgozó kórházi szociális munkások is haszonnal forgathatnának. Szükséges lenne a képzést úgy átalakítani, hogy alaptárgyként 1-2 féléven keresztül oktassanak kifejezetten kórházi szociális munkát. A többi egészségüggyel kapcsolatos tantárgyblokkból az alapképzésben csak a kifejezetten népegészség-tani, pszichiátriai és addiktológiai részt kéne megtartani. Az anatómia, kórtan, fejlődéstan stb. speciálkollégiumként futhatna azok számára, akik kórházi szociális munkásként szeretnének dolgozni. Kétségtelen ugyanis, hogy ezekre az ismeretekre a kórházban igen nagy szükség van, de felesleges megterhelni vele az alapképzést.

5. Az is elengedhetetlenül fontos lenne, hogy a kórházi szociális munka kilépjen az egészségügy szakmai nyilvánosságára: publikációkkal, előadásokkal, bekapcsolódva az egészségügyi szakképzésbe. Minél szélesebb körben válik ismertté a szakmánk, annál nagyobb az esély arra, hogy a már dolgozó és leendő szociális munkások megkapják a feltételeket a minőségi munkavégzéshez.

6. Az eddigiek során látható volt, hogy a leghatékonyabban a kórházi alkalmazású szociális munkás tud dolgozni. Különösen a tisztázatlan jogi helyzet miatt számolhatnak azzal, hogy a kórházban dolgozó szociális munkások esetleg kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek. Hiszen nincs lehetőségük a saját szakmai szabályaik szerint dolgozni, illetve olyan feladatok ellátására kényszerülnek, melyek nem szociális szakember feladatai lennének – pl. bizonyos adminisztratív munkák, zárójelentés-gépelés stb. Szakmai viták során ki kellene alakítani egy közös álláspontot arról, hogy a kórházon belül milyen szervezeti formában működjenek. Véleményem szerint akár egyedül, akár csoportban dolgozik a szociális munkás, mindenféleképpen az igazgató alá kell tartoznia az intézmény szervezetében. Hasonlóan az informatikai, a műszaki vagy a gazdasági részlegekhez.

Mivel munkáját a saját szakmája szabályai szerint végzi, alapvető igény, hogy ezt függetlenül tehesse, a hatékonyság érdekében.

7. A kórházi szociális munkás fontos feladata, hogy folyamatosan közelítse a kórház szolgáltatásainak színvonalát és a betegek igényeit. Ehhez nélkülözhetetlen a tájékozottsága a kórház működésének belső ügyeiről, illetve személyes ismertsége, részvétele a kórház munkájában, és minden fórumon a betegek érdekeinek képviselője. Viszont könnyen lehet, hogy a kórház ezt a fajta érdekképviselőt elutasítóan, akár ellenségesen fogadja. Ennek a fonák helyzetnek az áthidalása véleményem szerint lehetséges lenne oly módon, hogy a kórházi szociális munka működéséről szóló jogszabály kötelezően előírja az osztályértekezleteken, referálókön, esetmegbeszélőkön való részvételt és esetreferálást, valamint a betegek igényeiről a kórház számára adott folyamatos írásbeli jelentési kötelezettséget. A kórházi szociális munkás munkakörébe kötelező jelleggel be kellene építeni a visszajelzés kötelezettségét a kórház vezetése számára a betegek elégedettségéről, a szolgáltatások színvonala javításának lehetőségeiről. Így elkerülhető, hogy a kórház vezetése önmaga ellen irányuló támadásnak értékelje a szociális munkás ilyen irányú tevékenységét.

8. Meggondolandó, és szakmai vita keretében eldöntendő kérdés, hogy a sajátos függőségi helyzet (a saját munkáltatójával szemben képviseli a betegek érdekeit) igényel-e megerősített munkajogi védelmet, pl. hogy elbocsátását egy független fórumnak vagy szervezetnek kelljen jóváhagynia.

9. A kórházak akkor tudnak szociális szakembert alkalmazni, és biztosítani ehhez megfelelő infrastruktúrát, ha a finanszírozásukban érvényesíteni tudják ezirányú tevékenységük elszámolását is. A szakmának ajánlásokat kellene kidolgoznia arra vonatkozóan, hogy ez milyen formában valósítható meg a legoptimálisabban: HBCS-be beépítve, esetek után, a státus finanszírozásával... stb. Talán egy kórházi szociális munka normatíva bevezetése lenne a legcélszerűbb. Ez egy kötött felhasználású keret lenne, így a kórháznak így nem kerülne pénzébe a szociális munkás státus, de nem is költhetné másra a forrást. Bár a kórházi szociális munkát illetően még nem születtek költség-hasznossági vizsgálatok, de a relatíve jelentős spontán elterjedtség alátámasztja a kórházi szociális munka fontosságát.

Nagyon nagy a szakma feladata és felelőssége ebben a kérdésben (is): hiszen nekünk magunknak kell lépéseket tennünk annak érdekében, hogy meglegyenek a minőségi munkavégzéshez szükséges feltételek, senki más nem fogja ezt a munkát elvégezni helyettünk.

Irodalom

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

2002. évi IX. tv a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról
- 46/2003. (VIII. 8.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről
- A gyermekjóléti központok illetve a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munka módszertani kérdései. Módszertani útmutató. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2004.
- Bornemissza Melinda: Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar 2006. április
- Dr. Gávai Márta – Molnár Gizella: Sikertelen terhesség utáni gondozás. In: Házi orvos Továbbképző Szemle II. évf. 4. szám 306–307.
- Göncz Kinga (1994): Szociális munka az egészségügyben. In: Szociális munka és egészségügy. Szerk.: Csató Zsuzsa, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Bp. (58–79. old.)
- Guttmann, David (1994): Szociális munka és orvostudomány. In: Szociális munka és egészségügy. Szerk.: Csató Zsuzsa, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Bp. (19–34. old.)
- Magyar Zsófia (2004): A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében. In: *Esély*, 4. sz. (45–70. old.)
- Molnár Gizella: Fiatalkorú terhesek pszichoszociális gondozása. In: *Új Bábakalauz*, II. évf. 1. szám 20–23.
- Molnár Gizella – Regős Judit: A terhesség alatt bekövetkező változások a családi kapcsolatrendszerekben – a gondozás aspektusából. In: *Házi orvos Továbbképző Szemle* II. évf. 4. 316–319.
- Dr. Szabó Lajos (1993): Szociális szakember a kórházban. In: *A kórházi szociális munka alapjai*. Szerk.: Boda Józsefné – Várad Józsefné, *A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai* 7. Bp. (11–14. old.)
- Dr. Szabó Lajos (1994): Szociális munka a kórházakban. In: *Szociális munka és egészségügy*. Szerk.: Csató Zsuzsa, *Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete* Bp. (80–90. old.)
- Török Judit (2001): A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: *Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához*. Szerk.: Somorjai Ildikó, *Szociális Szakmai Szövetség* Bp.. (140–156. old.)
- Urbanekné László Judit (1992): Szociális munka a kórházakban. In: *Esély*, 1. (76–83. old.)