

Urbanekné László Judit

Szociális munka a kórházakban

Betegnek lenni...

Mindannyian megéltük már. Kisbőrönddel, sporttáskával, nejlonszatyorral a kezünkben, előre megadott időpontban megjelenni egy kórház felvételi osztályán... csomagjainkat kezünkben tartva vagy lábunk közé szorítva kíséreljük meg benyújtani személyi igazolványunkat a túl alacsonyra tervezett kisablakon, amely mögött az ügyintéző szentelen arccal ismételteti el velünk nacionálénkat. Később, már az osztályon, a kevésbé szentelen, de tárgy- és tényszerű ápolónőnek vallunk gyermekbetegségeinkről, örökletes családi nyavalyáinkról, sérüléseinkről és műtéteinkről, adjuk meg – kerülve, hogy megremegjen a hangunk – a halálunk esetén értesítendő, legközelebbi hozzánk tartozó nevét és telefonszámát. A valóság után megfosztanak utcai ruháinktól, korábbi személyiségünkötől, egész előző életünkötől, hogy felvehessük új nevünket és státusunkat: BE-TEG, „ketteske” (rosszabb esetben mama vagy papa).

De lehet, hogy váratlanul, felkészületlenül, csomagok nélkül száguld velünk a kényelmetlen mentőautó. A mentőkocsi hordágyáról a kórházi tolóágyra helyezve szalad velünk az álmából felriasztott beteghordó, hogy aztán ott feküdjünk a vizsgáló, a röntgen, vagy a műtő előtt, várva, hogy történjék végre valami... jöjjön valaki, aki szentelen hangon, de megkérdezi tőlünk nacionálénkat, akinek vallhatunk gyermekbetegségeinkről, örökletes családi nyavalyáinkról, hogy elmondhassuk valakinek az értesítendő hozzátartozó nevét és telefonszámát, hogy megszabadulhassunk végre utcai ruháinktól, hogy megkaphassuk végre azt a kórházi ágyat, ami ettől a pillanattól nevet és státust jelent számunkra.

Akár így, akár úgy kerülünk kórházba, megváltozik tőle az életünk. Kiszámíthatatlan, gyors és elkerülhetetlen változás ez, olyan, amelyben korábbi tudásaink, életvezetési stratégiáink és taktikáink, normáink és értékeink megkérdőjeleződnek. Krízis. Kórházi beteggé leszünk, nevünket felváltja egy ágyszám vagy – ha kórképünk izgalmasabb – a feltételezett diagnózis, és elkezdődik egy furcsa társasjáték, amelyben játszunk

mi is, hiszen mi vagyunk a *tét*, de nincs senki, akinek lenne elég ideje arra, hogy a játékszabályokat elmagyarázza nekünk.

Szereplők

Ki ismertethetné ezeket az új szabályokat? Az orvos talán?

A körzeti orvos, aki a beteggel valódi személyközi kapcsolatban áll és él, ha valóban lelkiismeretes, továbbküldi a beteget a szakellátásra, hiszen ő a sztetoszkópnál komolyabb műszerrel nem rendelkezik. (Az alapellátások és a szakellátások finanszírozása politikai döntés tárgya volt.¹) A szakellátást végző orvos, ha valóban lelkiismeretes, továbbküldi a beteget a kórházba, ahol már valóban rendelkeznek a modern orvosláshoz szükséges technikákkal, de nem rendelkeznek ismeretekkel a *betegről mint a betegség „hordozójáról”*.

Az orvosképzés erősen szakosodott. Korunk a specialisták kora. Az orvosnak magának is egyszerűbb volna, ha csak a beteg szervvel, vagy a funkciózavarral állna szemben, hiszen az orvosképzés 6600 órájából csupán 100 óra jut pszichológiai tárgyak oktatására.² Kizárja tehát tudatából mindazokat az aggodalmakat, félelmeket, érzelmeket, melyek a beteget terhelik – ezekkel nem is tud mit kezdeni. Specialistáink nem az emberre szakosodtak.

De ki szakosodott rá, az emberre? A nővér talán? A nővérképzés követi az orvosképzés specializációját (már az elnevezések is találóak: felnőtt szakápoló, urológiai szakápoló stb.).³ A képzés az ápolónőt az orvos asszisztensévé avatja, a hangsúly a gondozásról az ellátásra tevődik át. Az ápolónő elsődleges értékei: önállóság és kreativitás, tolerancia és empátia – leértékelődnek.⁴

Az orvos és az ápolónő kapcsolatának alapja a rivalizálás. Rivalizálásuk tárgya a beteg, szabályrendszere a merev kórházi hierarchia, terepe a közkórház, ahol az esetek döntő többségében több beteget kezelnek az elviselhetőnél, a szükségesnél hosszabb ideig, rosszabb műszerezettséggel, s a kelletténél kevesebb személyzettel.

Elszemélytelenedés és képzésbeli fogyatékoságok... Elszemélytelenedés és forráshiány... Elszemélytelenedés és kórházi nagyüzem... Mindezen összefüggések vizsgálhatók és vizsgálандók, de tartalmukban, terjedelmükben messze túlmutatnak mind a dolgozat keretein, mind a szerző kompetenciáján. Ám e vizsgálatok nélkül is érezzük, betegként, látogatóként, sőt akár egészségügyi dolgozóként, hogy a kórházi lét személytelenebb, mint ahogy ezt az egészségügyi struktúra anomáliái indokolnák.

Megítélésem szerint az elszemélytelenedés egyik oka, hogy hiányzik egy személy a kórházi gyógyító folyamatból. Konkrétabban: a gyógyító teamből hiányzik egy speciális tudással rendelkező szakember, aki nem orvos, nem állít fel diagnózist. Nem nővér, nem látja el a beteget. Nem pszichiáter és nem pap, nem végez pszichoterápiát és nem ad fel utolsó kenetet. De speciális attitűdjei, státusa és tudásai révén a beteget mint

teljes egyént vállalja fel, azaz – mint szomatikus, pszichotikus és szociális problémákat hordozó egyént – *teljességében* felvállalja.⁵

Egy személy, aki képes megkönnyíteni a betegnek a kórházi lét megélését, aki intézkedik a beteg helyett a kórházi tartózkodás időtartama alatt, aki gondoskodik a kórházból való távozás zökkenőmentességéről, aki kapcsolatot tart a hozzátartozókkal és a kerületi gondozási központokkal is.

Egy személy, aki segíti a kommunikációt orvos és beteg, hozzátartozó és orvos, esetleg hozzátartozó és beteg között is. Egy személy, egy speciális tudásokkal rendelkező *szociális munkás*, akit státusa, tudásai és attitűdjei révén elfogad partnerül az orvos és a nővér, mert levesz vállukról olyan terheket, melyeket új szakmai identifikációjuk alapján ők nem képesek felvállalni. Akit elfogad partnerül a beteg, mert attitűdjei nem a hagyományosan merev kórházi hierarchiát tükrözik, akivel nincsenek kommunikációs nehézségei, akivel szemben nem „alávetett”. Akit elfogad partnerül a hozzátartozó, mert képes a beteggel valódi személyközi kapcsolat kialakítására, s képes csökkenteni kórházi elszigeteltségét, s ezáltal könnyíti a hozzátartozó helyzetén is. Akit elfogad partnerül a kórházi adminisztráció, mert hatékony közreműködésével csökkenthető az ápolási napok száma, s akit végül elfogad a területi szociális gondozó is, mert kooperációjuk révén biztosítható a gondozás folyamatosága.

De beilleszthető-e egyáltalán a hagyományosan zárt és erősen hierarchizált egészségügyi intézményi struktúrába egy ilyen, eltérő képzettséggel rendelkező, más szakmai értékeket képviselő szakember, s ha igen, mely területeken fogadják el közreműködését?

Az emberben felrémlik a sokat gúnyolt, de legalább olyan intenzíven nézett TV-sorozat, a *Klinika* Misája. Misa, az alternatív katonai szolgálatát kórházban töltő fiatalember, aki epizódról epizódra válik egyre érettebb kórházi szociális munkássá. Misa, aki derűsen üldögél a nyugős beteg ágya mellett, segít oldani soros szorongásait, Misa, aki megszervezi a teljesen családtalan idős néni hazatérését a kórházból, az asztalon virág, a hűtőszekrény tele... S felrémlik a jelenet, amint a charme-os Brinkmann professzor kedélyesen és figyelmesen társalog fiatal egészségügyi középiskolájával.

Ez az a pillanat, amikor a tisztesség úgy kívánja, hogy a szerző tegye le a külföldi szakirodalmat, és fejezze be az álmodozást. Fel kell tenni a kérdést: van-e helye, most és itt a szociális munkának a kórházakban? Van-e (lesz-e) nekünk saját Misánk és Brinkmann professzorunk?

*

Szociális munkát Magyarországon régóta, sokan, sokféle alapképzéssel és sokféle megfogalmazásban végeztek és végeznek. Ennek ellenére a szociális munka, mint önálló szakma gyakorlatilag alig létezik.

A pályán dolgozó pedagógusok, szociális szervezők, jogászok, pszichológusok, családgondozók több mint egy évtizede harcolnak a szociális munka mint önálló professzió elfogadtatásáért. Ennek a harcnak ered-

ménye többek között az is, hogy három évvel ezelőtt beindultak a főiskolai szintű szociális munkás képzések (az egyetemi szintű képzés alig két éves múltra tekint vissza), így újabb két évnek kell eltelnie ahhoz, hogy a szociális munkás diplomával rendelkező első szakemberek megjelenjenek, akár a betegágyak mellett is. S ha megjelennek a diplomás szociális munkások, vajon a merev, hierarchikus egészségügy várja, fogadja és elfogadja-e őket? Erre a kérdésre kerestem választ egy 1989–1990-ben folytatott kutatás keretében.

Két kérdést tettem fel a kutatás kezdetén: dolgoznak-e a kórházakban és a szociális otthonokban szociális feladatokat ellátó munkatársak, kik ők, és hogyan határozzák meg helyzetüket, szerepüket, feladataikat? A másik kérdés megválaszolása nehezebbnek bizonyult: mennyire fogadóképes ez az egészségügy, nyitott-e annyira, hogy be- és elfogadjon egy más szakmai értékeket képviselő munkatársat, s ha igen, milyen feladatokat adna, engedne át neki?

A vizsgálat tapasztalatai

Tapasztalat- és időhiány miatt a minta szűkös, a kiválasztás szempontjai szubjektívak.

A vizsgálat során interjút készítettem egy krónikus belgyógyászon dolgozó osztályos orvossal, az egyik budapesti gyermekkórház pszichológusával, egy pszichoterápiás intézetben dolgozó szocioterapeutával, az egyik legnagyobb budapesti szociális otthon intézetvezető főnövével, az OOI pszichiáterével, végezetül egy szociológussal, aki egy önszervező betegszervezet elnöke.

A szakemberekkel folytatott strukturált interjúk során arra szerettem volna választ keresni, hogy melyek azok a gyógyító eljárás során jelentkező szociális/mentális problémák, melyek megoldásában igényelnék/elfogadnák a szociális munkás segítségét.

Az interjúk során élesen kirajzolódtak a kórházi tartózkodás szociális/mentális problémákkal különösen terhelt szakaszai:

1. *A kórházba való bekerülés körüli időszak, beilleszkedés, új normatandulási folyamat*

A gyermekpszichológus mondta: „Gyermek esetében még a rövid időtartamú kórházi tartózkodás is mentálisan veszélyeztet, a kisebb gyerekek visszaesnek a fejlődésben, a nagyobbaknál is szaporodnak a szeparációs tünetek. A hospitalizálódás első két lépcsőfoka a bekerülés körüli időszakra esik. Az első szakasz (protestáció) tünetei: harsány sírás, ellenállás, agresszió. A második szakasz (kétségbeesés) tünetei: mély szomorúság, a gyermek feladja a reményt, hogy az általa félelmetesnek ítélt helyzetből szabaduljon.”

2. *Hosszabb kórházi tartózkodás esetén a korábbi kapcsolatrendszer felbomlása*

A krónikus belgyógyász orvos mondta: „Osztályunkon heteket, oly-

kor hónapokat töltenek olyan idős emberek, akik számára a kórházi tartózkodás egyfelől megold ugyan (más megoldási módok hiányában) megoldatlan egzisztenciális gondokat (pl. fűtés, házi ápolás), de másfelől ezek a »megoldások« az egyént súlyosan veszélyeztetik: a kórházi tartózkodás alatt a még funkcionáló kapcsolatrendszereik is fellazulnak (mert melyik szomszéd ér rá látogatni?), önllátási képességeik hanyatlani kezdenek, leépülésük felgyorsul, és ez gyakran tragikus végkimenetelt eredményez.”

3. Krízishelyzetek kezelése, diagnózisok közlése/nem közlése, műtéti előkészítés, kellemetlen mellékhatású terápiák szükségességének megértetése

A pszichiáter mondta: „A diagnózis feltárása komoly sokkot okoz a betegnek. A rákhoz ma is közvetlenül társul a gyógyíthatatlanság, a fájdalom és a halál fogalma. Az orvosi gyakorlat nem egységes abban a tekintetben, milyen mélységű információt adnak a betegnek a betegségről... A közlés nyíltságát alapvetően az orvos személyisége határozza meg, az a tény, hogy mennyire hárít ösztönösen, tudva azt, hogy nem volna képes kezelni a közlést követő érzelmi-indulati reakciókat. A beteg akár pontosan megtudja, akár csak sejti azt, egyedül maradt az életét átalakító igazsággal.”

4. Kórházból való távozás, utógondozás

Ugyancsak az onkológián dolgozó pszichiáter véleménye: „A betegség második rendkívül kritikus szakasza a 6–8. hónap, mikorra az elrendelt terápiák hatására a beteg állapota stabilizálódik ugyan, de ekkor kell rádőbennie arra, hogy munkaképessége erőteljesen lecsökkent. Ekkor kell megtanulnia együttélni a betegséggel, kialakítani új életstratégiákat, új értékek alapján. Ebben a késői krízisben még inkább egyedül marad a beteg. A hozzátartozó a »beteg érdekében« (vagy saját személyisége védelmében) hárít. A rendszeres kórházi kontrollok jó alkalmat adnak a beteg életviteli kríziseinek felismerésére, de a kezelőorvos, a kórházi pszichológus, pszichiáter eszköztára igen szegényes a krízisintervenciós beavatkozásra, hiszen ezt az időszakot a beteg már nem a kórházban tölti.”

5. Halál, haldoklás

A gyermekpszichológus mondta: „Orvosilag reménytelen esetekben (bár azt, hogy reménytelen, csak a halál beálltakor szabad kimondani) nagyon nagy szükség van a támaszra, a meghallgató melegségre, hogy a gyerek is és a szülő is kimondhassa mindazt, amit gondol, érez. A mi modern kultúránkban talán a halál a legutolsó kemény tabu. Nincsenek eszközeink annak mérésére, hogy mi az, amit a haldokló még felfog a világból, de tudnunk kell, mernünk kell mellette maradni, segíteni neki az elmenésben, és a hátrahagyottaknak a gyász munkában.” A pszichiáter szavai: „A harmadik kritikus stáció a halál körüli időszak. Modern hagyományainknak megfelelően a halál általában kórházban következik be, ennek ellenére a kórházi személyzet sem tud szembenézni a halállal. A halált mint az egészségügyi beavatkozás kudarcát a személyzet erősen

hárítja, elhárítja azonban azokat a pszichológiai technikákat is, melyek segítenének nekik feldolgozni ezeket az élményeket.”

A vizsgálódás következő fázisában arra a kérdésre szerettem volna választ kapni, hogy vannak-e a magyar közkórházakban szociális munkát végző munkatársak, s ha igen, hogyan definiálják önmagukat, helyzetüket, feladataikat.

Az 1989–1990-ben végzett felmérés során 41 budapesti, 26 vidéki kórházba és 14 budapesti szociális otthonba küldtem ki kérdőívet. A kérdőívet minden esetben az intézetvezető főnövér címére postáztam, és arra kértem, hogy juttassa el a kórházban szociális feladatokat ellátó munkatársakhoz.

A kiküldött 81 kérdőív közül csupán 44 érkezett vissza.

(A nem válaszolás okait elemezve több valószínű magyarázat is adódhat. A vizsgálat 1989 végén kezdődött, ezekben a hetekben zajlott az egészségügyi kiadások forráscseréje. Az ezzel kapcsolatos bizonytalanságok erősen felkorbácsolták az egészségügyi dolgozók indulatait, így minden, a helyzetüket firtató vizsgálatot vélhetőleg bizonytalan belügyeikbe való beavatkozásnak tekintettek, és elutasítottak. Másik lehetséges ok, hogy a megkérdezettek nem fogadták el a kérdező kompetenciáját; a kérdőív kísérőleveléből ugyanis tudni lehetett, hogy a felmérés egy egyetemi diák-kutatás keretében történik. Harmadik valószínű oknak érzem a „nem” válaszok kendőzésének szándékát. Ezt a tényt látszik alátámasztani, hogy a megkérdezett 14 budapesti szociális otthon közül csak kettő küldte vissza a kérdőívet.)

A kérdőív összeállításakor a következő kérdésekre szerettem volna választ kapni: Kik végeznek szociális munkát a kórházakban? Milyen szakképesítéssel rendelkeznek ezek a kollégák? Milyen pálya áll mögöttük? Milyen tanulmányokat folytattak, milyeneket terveznek? Milyen a kórházi szociális munkás pénzben mért presztízse? Hol helyezkednek el a kórházi hierarchiában? Hogyan definiálják feladataikat? Milyen külső és belső kapcsolatrendszereket használnak?

A kérdőívek elemzése igen sok tanulsággal szolgált számomra. A legfontosabb az volt, hogy klasszikus értelemben vett kórházi szociális munka és szociális munkás (egy-egy megszállott kollégát és szélmalomharcát leszámítva) Magyarországon még nem létezik. A kórházakban szociális nővérek dolgoznak, betegekkel. A kérdőívekből egyértelműen kiderül, hogy a területen dolgozó kollégák teljesen azonosulnak az egészségügyi betegségcentrikus szemléletével. (A kérdőíveken a *kliens* szót következetesen *beteg*-re javították át. Ez, megítélésem szerint, nemcsak és nem elsősorban stílári probléma: a szociális nővér betegekkel dolgozik, olyan betegekkel, akik szociális helyzetük miatt speciális kihívások elé állítják az őket kezelő intézményt.)

Összefoglalva mármint a teljesség igénye nélkül tervezett, rendkívül kis mintára terjedő, szűk időhatárok közé zárt, a kutatási rutinhiányból következő valamennyi szakmai-módszertani fogyatékoságban szenvedő vizsgálat eredményeit:

– A kórházi szociális munkát elsősorban 40 évnél idősebb nők végzik.

– A szociális nővérek túlnyomórészt egészségügyi alapképesítéssel kerülnek be a kórházakba. Elsősorban egészségügyi szakirányban, tanfolyami rendszerben képzik tovább magukat, felsőfokú végzettségüket elsősorban a Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola szociális szervező szakán, illetve az Egészségügyi Főiskolán szerzik meg.

– Életkorából következően a megkérdészetek több mint 50 százaléka jelenleg nem folytat, és nem is kíván tanulmányokat folytatni. Azok, akik továbbtanulási szándékról adtak számot, egyértelműen a szociális munkás jellegű, elsősorban tanfolyami keretekben, munka mellett végezhető képzések iránt érdeklődnek (amilyen pl. a tündérhegyi szociális munkás képzés).

– Fizetésük nettó 3400–13 000 forint között változik, nem elsősorban a szakképesítés függvényében, sokkal inkább korábban betöltött egészségügyi státuszuk presztízse szerint.

– A szociális nővérek általában a kórházak központi ápolási egységéhez tartoznak, közvetlen munkahelyi vezetőjük a főigazgató főorvos, vagy az ápolási igazgató. Kisebbségük dolgozik osztályokon, osztályvezető főorvos irányítása mellett. Ennek magyarázata valószínűleg nem a kórházi szociális nővér státusz magas presztízse, sokkal inkább az ilyen feladatra fenntartható státuszok szükségessége. (A felmérés tapasztalatai szerint csak az igazán „nehéz” osztályokon – pszichiátria, krónikus belgyógyászat – dolgozik önálló szociális nővér.)

– Napi feladataik fel- és rangsorolása sajnálatos módon megerősíti a korlátozott számban megjelent magyar szakirodalomból megismert tény: a kórházi szociális nővér nem szociális munkás, betegekkel foglalkozik, elsősorban olyanokkal, akiknél a kórházi tartózkodásnak elsősorban szociális indítékai vannak.⁶ Feladata a beteg szociális helyzetének átmeneti rendezése (nyugdíjának kezelése, gyógyászati segédeszközök igénylése stb.), kórházból való távozásának előkészítése (szociális otthoni férőhely igénylése, kapcsolatfelvétel a területi gondozási központokkal), vagyis – megítélésük szerint – klasszikus szociális ügyintézői feladat.

A kérdőívek elemzése során gyakran merült fel bennem a kérdés: vajon valóban az a fajta szociális munka-e mindez, amely segít elkerülni a hospitalizálódást, leküzdeni a kiszolgáltatottság és az izoláció érzetét? Segít-e mindez megőrizni a kórházba került ember autonómiáját és emberi méltóságát? S a munkát ellátó kollégákat elfogadja-e partnerül az orvos, a nővér és a kórházi adminisztráció egyaránt?

A felmérés tanulságai szerint a területen kevés, elsősorban egészségügyi szakképzettséggel rendelkező, agyonterhelt, alacsony presztízssű kolléga dolgozik. A szerzett tapasztalatok birtokában elbizonytalanodtam; a mai magyar kórházi viszonyok között, a jelenlegi képzettségekkel és feltételekkel dolgozó kórházi szociális nővér aligha képes értően és operatíván közreműködni a gyógyító folyamat humanizálásában.

JEGYZETEK

1. Szalai Júlia: *Az egészségügy betegségei*. KJK, 1986.
2. Ulyharik István: *Az orvos és beteg. Egészségnevelés*, 1984/4.

3. Ulbing István: *Tapasztalatok az ápolónők emberi kapcsolatokra való felkészítéséről. Egészségnevelés*, 1982/2.

4. B. Phyllis–J. W. Cullack: *A szociális gondozás és az orvosi gyakorlat. Hospitals*, 1971/4.

5. Általánosságban elfogadott tézis, hogy minden intézmény, amely betegekkel foglalkozik, felelősséget vállal azért, hogy amennyire lehetséges, meggyógyítsa a biológiai egyedet. Kevésbé általános annak felismerése, hogy ugyanilyen felelősséggel tartozik azért, hogy a kezelés alatt ne károsodjék szociális lényként sem. Ennek feltétele, hogy a rá vonatkozó döntéseket ne nélkülözze hozzájuk.

6. Rieggelmann Györgyné: *A szociális szervező feladata egy megyei kórházban. Szociális Gondozás*, 1988, valamint Marton Ferenc: *A kórházak szakdolgozóinak szerepe a szociális gondoskodás megvalósításában. Szociális Gondozás*, 1989.

Fizessen elő az ESÉLY-re!

Az ESÉLY *szakmai folyóirat*, amely tényeket ismertet, módszereket keres, nyomon követi a hazai és külföldi szociálpolitika történéseit, illetve szakirodalmát.

Az ESÉLY *szolgáltató fórum*, amely közli a szociális munka terepein és a szociális közigazgatásban dolgozó szakemberek tapasztalatait, kérdéseit; jogi és egyéb információval segíti munkájukat, konzultációs lehetőséget biztosít számukra.

Az ESÉLY *elméleti műhely*, amely elősegíti az információcserét a rokon szakmák képviselői között; elméleti vitákat kezdeményez, szervez és mindezzel felhívja a figyelmet a legsürgősebb tennivalókra.

Az ESÉLY kéthavonta jelenik meg.

Ára: számonként 50.- Ft; előfizetés egy évre: 300.- Ft

A szerkesztőség címe: ESÉLY Szerkesztőség
1083 Budapest
Ludovika tér 2.
Telefon: 133-7797

MEGRENDELÉS

Megrendelem az ESÉLY-t 1992-re példányban.

Név:

Cím:

Számlát kérek: igen nem

(Kérjük a megfelelő szót aláhúzni).