



HOL A HATÁR?
A KOMPETENCIAHATÁROK
TISZTÁZTLANSÁGA

A kórházi szociális munkások keresik a szakmai kompetencia-határait. Jelenleg - hivatalosan - nem tartozunk, sem a szociális, sem az egészségügyi szférához, nincs megoldva az akkreditációnk, ezáltal a továbbképzésünk sem. Így a szakmai előrelépési és fejlődési lehetőségeink is beszűkültek.

Szeretnénk - akkreditáció és továbbképzés szempontjából - a szociális szférához tartozni.

Nem minden kórházban dolgozik szociális munkás, és csak néhány helyen találkozhatunk szociális csoporttal.

A szociális munkások közvetlen felettese legtöbbször az ápolási igazgató, de néhol az osztályvezető főorvos, s ahogy előzőekben is olvashattuk, előfordulnak egyéb szakmai felettesek is (pl.: jogász). Nincs egyértelmű munkaköri leírásunk sem.

Tehát nincs a kórházak között egyezés abban, hogy az egészségügy hierarchikus rendszerében, hogyan tagozódjon be a szociális munkás.

A szociális munkásnak be kell tagozódnia az egészségügy rendszerébe is. Az egészségügyi személyzet nem mindig tudja egyértelműen, hogy mit várhat el a szociális munkástól, mi a kapacitása, mit tud és mit nem tud megtenni. Néha elvárják, hogy a szociális munkás csodákat tegyen, holott ő is csak a létező ellátórendszer erőforrásaival tud gazdálkodni. (Például: télen helyezzen el minden hajléktalant, lehetőleg azonnal).

A (kórházi) szociális munkások, a pénzügyi és a természetbeni ellátásokhoz, illetve a szociális ellátórendszer intézményeihez és szolgáltatásaihoz történő hozzáféréseiben tudnak segíteni. Munkájuk során kap-

csolatban állnak önkormányzatokkal, nyugdíjintézetekkel, a Magyar Államkincstárral és a területi ellátás szereplőivel (pl.: Családsegítő Szolgálatok, Gyermejköltségi Szolgálatok, Gondozási Központok, stb.).

SA szociális munkás a maga többlettudásával *kiegészíti* az egészségügyi személyzet munkáját. *Terhet vesz le az egészségügyi személyzet válláról és időt spórol az egészségügynek.* (Pl.: ha kiderül, hogy a beteg azért nem tud hazajutni, mert nincsen lakáskulcsa, akkor a szociális munkás megoldja ezt a gondot és a beteg hazabocsátható lesz, ezáltal nem kell indokolatlanul benttartani.)

SA szociális munkás időt szán arra, hogy meghallgassa a betegek és a hozzátartozók gondjait-baját, s így nem az orvosnak kell a mentálhigiénés gondozást is végeznie, tehát *több időt fordíthat a gyógyító munkájára.*

SAzt is kimutatták, hogy annak a betegnek, akit meghallgatnak, *kevesebb fájdalomcsillapítóra van szüksége.*

SA szociális munkás összpontosít a *beteg lelki és szociális szükségleteire*, ami a WHO (1946) egészség definíciója alapján ugyanúgy az egészség része, mint a testi szükségletek.

SHíd/tolmács funkciót láthat el a betegek és az egészségügyi intézményrendszer szakemberei között.

SÚj erőforrásokat (pl. önkénteseket) vonhat be. (Például: segíthet abban, hogy anyuka pénzhez jusson, és kiválthassa a gyermek gyógyszerét, amikor hazaengedik a kórházból.)

Probléma az is, hogy *az egészségügyi dolgozók nem rendelkeznek kellő mértékű szociális ismerettel.* (Például átmeneti szállóra azért nem lehet ügyfelet közvetlenül elhelyezni, mert egyrészt oda személyes interjú útján veszik fel a hajléktalanokat, másrészt, ha nem akar bemenni a szállóra, akkor nem erőszakolható rá.) Sajnos olyan esettel is találkoztunk, amikor az orvos felvállalta az információnyújtást, de - a pontos ismeretek hiányában - rosszul tájékoztatta a beteget az ellátórendszeréről, holott jóval egyszerűbb lett volna, ha egyből a szociális szakemberhez irányítja a beteget. *Szükségesnek érezzük, hogy vagy az orvosképzésbe (választható tárgyként) vagy az orvosok továbbképzéseibe bekerüljön némi szociális ismeret.*

Gyakorlati problémaként jelent meg az a dilemma, hogy lehet-e a szociális munkásnak eltérő véleménye az osztályvezető főorvossal, kezelőorvossal szemben - szociális kérdésben? Hisz az orvos, főleg az osztályvezető főorvos véleménye szent, egészségügyben nem kérdőjelezik meg. Ugyanakkor a szociális munkásnak van szociális szakirányú végzettsége. *Meddig terjed tehát a szociális szakember kompetenciája?*

A szociális munkások szakmai elismertségében - abban, hogy mennyire részei a szakmai teamnek, mennyire reklámozhatják magukat kórházon belül (pl.: jól látható plakáttal, szórólappal), mennyire tartanak igényt a munkájukra - kórház és kórház között igen nagy eltérés tapasztalható. Pedig a fent leírtakból kitűnik, hogy milyen nagy szükség van a munkájukra. De még abban sincs egység, hogy a kórházi szociális munkás beleírhat-e az egészségügyi dokumentáció során a számítógépes adatbázisba, illetve a kórlapba, és hogy létezik-e egyáltalán a szociális munkát dokumentáló esetlap vagy bármilyen dokumentáció. Ha ez mindenhol megvalósulna, azzal az egészségügy hivatalosan is elismerné, megbecsülné a szociális munkást.

A kórházi szociális munkások feladat körét nagymértékben meghatározza, hogy melyik és milyen jellegű kórházban/egészségügyi intézményben dolgoznak. Azonos osztályon, de más kórházban akár jelentősen is eltérhetnek a szociális munkások feladatai. A kórházi szociális munkások 75%-a ellát olyan feladatot, ami nem igényel diplomát vagy nem tartozik a kompetenciájába (pl.: hagyaték elvitele önkormányzathoz, értékekzezelés)



Göncz Kinga az alábbi módon határozza meg a kórházi szociális munkás feladatait:

- a beteg pszicho-szociális állapotának és környezetének a felmérése;
- annak elősegítése, hogy a beteg és a családja a leoptimálisabban tudja az egészségügyi ellátásokat használni;
- beteg és családjának támogatása;
- az egészségügyi ellátás hozzáférhetővé tétele mindenki számára;
- az egészségügy humanizálása;
- együttműködés az egészségügy dolgozóival;
- adminisztráció;
- kapcsolatfelvétel a területi ellátással;
- információnyújtás;
- részvétel a szociálpolitikában;
- betegek szerveződésében, oktatásában való részvétel;
- betegek érdekképviselése;
- kutatás.

A valóságban - a fent említettek mellett - olyan dolgokat is ellát a szociális munkás, ami nincs benne a fenti felsorolásban. *Célunk, hogy azonos kórházi osztályokon azonos feladatokat lássanak el a kórházi szociális munkások, és ne végezzenek olyan feladatot, amely nem tartozik a kompetenciájukba.* Legyen a kórházi szociális munkásoknak egységes munkaköri leírásuk, mindenhol szerves részei legyenek az egészségügyi teamnek, és elismert, megbecsült legyen a munkájuk.

Továbbá el szeretnénk érni, hogy: **S** Megoldott legyen az akkreditációnk, és a szociális szférához tartozunk.

S A területi ellátás és az egészségügyi személyzet egyaránt ismerje meg a munkánkat.

S Legyen világos és egyértelmű, hogy melyek azok a feladatok, amelyekre a kórházi szociális munkásokat meg lehet kérni, és miben nyújtanak segítséget.

TÓTHNÉ JÓZSA ANNA
annaj@freestart.hu

Göncz Kinga: Szociális munka az egészségügy különböző területein In: Csató Zsuzsa szerk.: Szociális munka és egészségügy, Budapest Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete 1994

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓ SZOCIÁLIS MUNKÁSOK MUNKACSOPTJAINAK BEMUTAKOZÁSA



(A.) GERONTOLÓGIAI MUNKACSOPT

Csoportunk fő célja az idős betegek és hozzátartozóik segítése.

Feladataink

- Információterjesztés és társadalmi tájékoztatás;
- Kapcsolattartás az egészségügyi és a szociális intézményekkel: helyi önkormányzatokkal, civil szervezetekkel, magánszemélyekkel;
- Napi kapcsolat az idős emberekkel, akiket friss információkkal látunk el;
- Jelen vagyunk a kórházakban, ahol a beteg, idős, szociális problémákkal küzdő embereket sok hátrány érhet, és észleljük a területi ellátási formák hiányosságait, azokat szükség esetén dokumentálni tudjuk a döntéshozók felé;
- Esettanulmányokat, statisztikákat készítünk.

Vállalásaink

- A lakosság informálása az időseket érintő problémákról, az ellátórendszerrel (ugyanis naponta tapasztaljuk az ismeretbeli hiányosságokat);
- Esettanulmányokkal, statisztikai adatokkal tudjuk segíteni az esetleges új kutatásokat (pl.: szociális szükségletfelmérő kérdőív kitöltése betegek/orvosok/nővérek részére);
- A gerontológiai témákról szóló előadások megtartása különböző fórumokon, amelyekben az „Idős-kor Méltóságáért Mozgalom” népszerűsítését is vállaljuk.

1. GERONTOLÓGIAI ESET

Bekerült egy nagy mértékben demens néni (*Erzsi néni*) a kórházba, ahol az akut osztályról a rehabilitációs osztályra helyezték át. Mikor a rehabilitációs osztály jelzett nekem, hogy a néninél szociális problémák lehetnek, a lakáskulcsa már a szomszédjánál volt. Erzsi néni látszott, hogy valaha jobb módban élt. Hozzá tartozója nem volt. Az osztállyal közösen felszólítottuk a szomszédot, hogy adja át a lakáskulcsot és Erzsi néni iratait, de csak az iratokat kaptuk meg tőle (kéttanús jegyzőkönyv kíséretében). A lakáskulcsot magánál tartotta, mondván: milyen jogon kérjük tőle a lakáskulcsot, amikor a néni őt megbízta/meghatalmazta az ügyei intézésével. Erzsi néni nyugdíját is felvette. Nem tudni hogyan, de az biztos, hogy a kórházban, postai meghatalmazást részére senki sem hitelesített, és mindeközben igyekezett az osztályon előadni a jótét, önzetlen lelket, aki feltétel nélkül segít idős szomszédján. Ezzel szemben Erzsi néni még azt sem tudta megmondani, hogy ki a szomszédja. Amilyen gyorsan csak lehetett, elindítottam Erzsi néni gondnokság alá helyezését. Azonban mire kinevezték az ideiglenes gondnokot, addigra a szomszéd kipakolta Erzsi néni lakását.

Ez az eset is azt példázta, hogy az egyedül, kapcsolatok nélkül élő, zavart (esetleg demens betegek) menyenyire kiszolgáltatottak, mennyire kifoszthatóak. Prédái a lelkiismeretlen, gátlástalan embereknek.

2. GERONTOLÓGIAI ESET

Béla bácsi 84 éves. Stroke utáni állapotban, bal oldali bénulással került a kórház Rehabilitációs osztályára. Elmondása alapján, korábban még csak beteg sem volt. Ezzel szemben a házi orvos arról panaszkodott, hogy nem működött vele együtt: a magas vérnyomására felírt gyógyszereket nem szedte. Lánya, rosszulletét követően hozta be az osztályra. A rehabilitációban nagy akaraterevével, együttműködéssel, teljes szellemi frissességgel vett részt. Világos célokat tűzött ki maga elé, keményen dolgozott a gyógytornán. A végső cél számára az volt, hogy hazatérhessen, és újra régi szenvedélyének élhessen:

kimehessen a természetbe, mint „vérbeli öreg turista”. Ez az erős motiváció segítette őt abban, hogy bár fekvő betegként érkezett, mégis csak egy pontos bottal sétálva hagyta el az intézményt.

Bennfekvése alatt a szociális rehabilitáció célkitűzése elsősorban a motívációk megerősítése, a mentális támogatás volt. Szó esett ugyan arról, hogy saját otthonába visszatérjen, de csak mint távlati célról, mert a lánya úgy tervezte, hogy ideiglenesen magához veszi, hogy mindent megkapjon itt, ami a rehabilitációjához szükséges. Ebbe Béla bácsi bele is egyezett. Mivel közel laktak a kórházhoz, a hazabocsátás után hetente kétszer elsétáltak gyógytornára, ahol szinten tartás, valamint a kéz további rehabilitációja folyt.

Egyik alkalommal a gyógytornász fordult hozzám segítségért. Másodszor észlelt furcsa sérüléseket Béla bácsin. A lánya a betegséggel magyarázta a helyzetet: „Nem tudja tartani az egyensúlyát, ezért esik el.” Béla bácsi pedig arról panaszkodott, hogy a lánya „gyakran ideges” és most is ezért kapott a fejére a fapapuccsal. Lánya sehova nem engedi, mert félti, csak az udvaron sétálthat néha egy kicsit.

A helyzetbe csöppenve megpróbáltam külön-külön beszélgetni velük a történetekről, az otthoni viszonyokról. Béla bácsi régóta egyedül élt. A betegsége előtt, a „maga ura” volt, sosem szorult segítségre. A hadifogásban megtanult túlélési készségeit gyakorolta itthon is, ami sok mindenben átsegítette, egészen addig, míg kiszolgáltatottá nem vált, s másokra nem szorult. Nyugdíjazása előtt gondnokként dolgozott, s büszke volt arra, hogy az akkori szűkös időkben is mindig, mindent megbízhatóan megoldott. Szeretne visszamenni saját fél-komfortos lakókörnyezetébe, ahol ugyan némi segítségre szorulna, de úgy érzi, meg tudná oldani. Ugyanakkor tisztában van a családban betöltött szerepével.

Lánya és veje munkanélküliek, jelenleg a család jövedelmét tulajdonképpen az ő - igen magas - nyugdíja, hadigondozotti ellátása és az ápolási díja jelentik. Amennyiben Béla bácsi hazamegy vagy idősök otthonába költözik, a család jelentős anyagi problémákkal kerül szembe. Fiuk egyetemen tanul, ami komoly anyagi megterhelést jelent a családnak. Veje beteges, és többször is ittasan

megy haza. Ilyenkor a lánya ideges lesz, ami többnyire Béla bácsin „csattan”. A fentiekből világossá vált, hogy egyre komolyabb figyelmet kell fordítani a család szociális hátterére és belső működésére.

Béla bácsi lánya évek óta munkanélküli óvónő, aki igyekezett engem lehetőleg távol tartani a családtól, s minél kevesebbet elmondani magukról. Nem csak hogy folyamatosan hátrított, de még időnként támadásba is átlendült: „Mi köze magának a családjához? Mit avatkozik bele?”, stb. Egyetlen segítség-kérése az ápoló szerephez kötődött: úgy érezte, nem megbecsült az ő 24 órás, kimerítő „szolgálatát”. Hosszasan mesélt felelősségről, áldozathozatalról, miszerint a család minden terhe egyedül őt nyomja. Az apját teljesen magatehetetlenként írta le, aki mindenben rá szorul, és sehova sem tud nélküle menni. Támogatásomat csak megerősítés, elismerés gyanánt kereste, hisz ezen állapot fenntartása több szempontból is biztonságot adott neki, s abból kilépni nem akart. Időközben azonban a helyzet egyre aggasztóbbá vált - Béla bácsi a 3 hónapos ellenőrzésre újabb, komoly sérülésekkel jelent meg. Ekkor viszont már tagadta az idegenkezűséget, így e téren tehetetlenek voltunk. „*Sosem szoktam hazudni, de most inkább azt mondom: elestem... Nem akarok bajt okozni a lányomnak. Sajnálom. Ha én elmegyek, tönkremennek... az unokám jövője múlik ezen. Igaza van a lányomnak, otthon ilyen gyengén nem tudnám ellátni magam most, hogy jön a tél. A lányom rabszolgája leszek.*” Traumatológiai vizsgálat után újra a Rehabilitációs osztályra került, ahol infúziós kezelést kapott. Azon túl, hogy fizikális állapota valóban romlott, időt is akartunk nyerni az osztályos felvétellel. Ahogy Béla bácsi később fogalmazott, a kórház „menedék” lett számára. Elvesztette motivációját, ami addig életben tartotta, céljait átértékelte, segítséget csak támogató beszélgetések szintjén fogadott el, cselekvésre nem volt motiválható, a belétörődést választotta: „*El kell fogadni a természet rendjét: a száraz ág letörik...*”

A kúra letelével további gyógytornán már nem jelentek meg. Időnként még betelefonált a lánya, különböző okokra hivatkozva, hogy miért nem jönnek, de aztán már ez is elmaradt. Legközelebb a Sürgősségi Betegellá-

tó Osztályon találkoztunk Béla bácsival. Rendkívül legyengült általános fizikai állapotban hozták be. Krónikus Belgyógyászati Osztályra került, s néhány nap leforgása alatt meghalt.

Arra itt nem kívánok most kitérni, hogy hogyan mutatja az *alkoholista játszma* tipikus példáját a család működése. Viszont ez esetben a játszmába belépő, áldozat szerepet felvállaló idős nem csak szerepét tekintve vált áldozattá. *Ez az eset akár iskolapéldája lehet az idősök ellen elkövetett, családon belüli erőszaknak.* Bár az ilyen esetek elenyésző százaléka kerül napvilágra, a kórházak, klinikák gyakran észlelői az efféle bántalmazásoknak. E helyzetekből kilépésre többnyire nincs esély, hiszen sokszor éppen a magatehetetlen, kiszolgáltatott idősök válnak áldozatokká. Nem pusztán a külsejre, hanem a gyakori indokolatlan kórházba kerülés, az idős ember verbális és nonverbális jelzései mind-mind jelek lehetnek, amelyek felismerésére - az idős ember elszigeteltsége miatt - szinte csak az egészségügyi intézménybe kerülés van esély. E felismerésben, és a további kezelésben nagy szerepe van a kórházi szociális munkásoknak, de egyedül ők sem képesek erre. A megoldás keresésében - a kiszolgáltatott idős támogatásán túl - szükség van a családok terheinek fel- és elismerésére.

Ez az eset jól mutatja, hogy miért érdemes az egészségügyi szemléletet (legalább) a család és a helyi környezetre fókuszálva, komplexebb látásmóddá kiegészíteni. A szociális munkás e nézőpont érvényesítésével járulhat hozzá az egészségügy munkájához (és az ellátottak gyógyulásához). A mai, maximum két generáció együttélésére berendezkedett, sokszor szociális krízishelyzetekkel, diszfunkciókkal küzdő családoknak sem mintája, sem támogatórendszerre nincs arra, hogy az önellátásra nem képes, esetenként zavart idős hozzátartozójukkal együtt éljenek. A kórházi munkában kifejezetten nehéznek látom - nem kontrollfunkciót betöltve - bevonni a családokat a közös munkába, hisz sokszor nagyon erős érdeklentétek húzódnak meg intézmény, ellátott és hozzátartozók közt. Sok esetben az idős emberek önrendelkezését többnyire semmibe vevő intézményi elhelyezés tűnik megoldásnak. Ahol viszont (nem egyszer anyagi okok miatt) belekénysze-

rülnek az otthoni ellátásba, miközben sem érzelmileg, sem anyagilag, sem a gondozási ismeretek szintjén nincsenek felkészülve rá, akkor e helyzet minden terhe és feszültsége könnyen torkollik fizikai vagy lelki bántalmazásba, elhanyagolásba. Az otthoni ellátás anyagi elismerése mellett mindenképpen szükség lenne egy olyan támogató közegre, ahol - pl. a szülésre felkészítő tréningekhez hasonlóan – felkészülhet a család az idős ember gondozására. Mert bár a természet rendje valóban az, hogy „a száraz ág letörik”, mégsem mindegy, hogy mi ehhez mivel járulunk hozzá...

3. GERONTOLÓGIAI ESET

A neurológiai osztály egyik kezelőorvosa szólta, hogy két napja kapott betege egyedül él, önmaga fenntartását otthonában nem tartja biztonságosnak. Igazából szociális indikáció miatt van az osztályon, orvosi ellátásra szinte nincs is szüksége. Beszél a beteggel, aki megemlítette, talán legjobb lenne neki, ha idősek otthonába menne.

Megkerestem a 77 éves beteget, *Feri bácsit*, aki büszkén mondta, hogy mindennap eljár ebédelni, a közeli idősek klubjába. Számára nagyon fontos volt, hogy ő maga menjen el az ebédjéért, s ne vigye haza, hanem ott fogyaszthassa el! Elgondolkozott a kezelőorvos javaslatán, az idősek otthona valóban nem lenne rossz, de neki az is megfelel még, amit most kap. Majd el lesz ő otthon. Eddig is elboldogult valahogy. Ha már nem tud elmenni a klubba, akkor majd házhoz viteti az ebédet. Mintha elbizonytalanodott volna, jól választ-e? Elfogadja-e az idősotthoni elhelyezést? Megbeszéltem a kezelőorvossal, hogy elkészítem a szükséges nyomtatványokat, majd telefonon megkeresem a nevezett idősek klubját, információt kérek tőlük gondozottjukkal kapcsolatban. Tudtam, hogy az osztályon nem fog sokáig maradni, mivel szinte semmi sem indokolta, hogy ott tartsák (nem volt hosszabb orvosi kezelést igénylő betegsége). A kórházból elbocsátva még nem lesz krízis helyzetben, hisz lényegében el van látva, és bár bizonytalan, de az idősek otthonától sem zárkózik el. Ehhez szükség van arra is, hogy aláírja a kérelmet, mert anélkül nem tudom a papírokat hiva-

talosan elküldeni. Telefonon megkerestem a Gondozási Szolgálatot, ahol megmondták, hogy a beteg melyik területi Gondozási Központba tartozik. Újabb telefonhívás, s a Gondozási Központ vezetőjétől megtudtam, hogy valóban, klubtag volt náluk, de egy hónapja felmondta, s ezzel klubtagsága is megszűnt. De ez - szükség esetén (új ORSZI vizsgálat nélkül is) - újra életbe léphet. Az előző hétig ebédet kapott és gondozónő járt ki hozzá, de pár napja nem tartózkodik otthon, és most már tudják, az okát. Tehát tőlem tudták meg, hogy kórházban van! Azt javasolták neki korábban, hogy idősotthoni elhelyezésre lenne szüksége, de hallani sem akart róla. Megnyugtattam őket, hogy ebben próbálok most segíteni neki, és már nem utasítja vissza az elhelyezést!

Két nappal később telefonon kerestek. Elmondták, hogy a területileg illetékes gondozóházban van egy szabad hely, s ha a bácsi az átmeneti gondozóházat elfogadná első lépésként, és kérné (a támogatással) a felvételét, akkor megad egy telefonszámot. Ezt kell felhívunk, és már jönnek is a kórházba, a szükségletfelmérő vizsgálatra. Minimum 1 évig biztosan ott fog maradni, de a tartózkodás szükség esetén meghosszabbítható és attól kezdve már ők intézik a végleges, idősotthoni elhelyezését. Újabb megbeszélés a kezelőorvossal, majd egyeztetés a Gondozóházzal, a beteg a kórházból való távozásáról. Másnap már le is zajlott a felmérés. A hátralévő vizsgálatokat követően, pár nappal később vidáman és nyugalmat árasztva távozott a kórházból ... Gondozóházba!