

Magyar Zsófia

**A magyarországi kórházi szociális munka helyzete 2003-ban
- egy országos kutatás tükrében¹**

Bevezető

A WHO (World Health Organization) egészség fogalmát alapul véve, – amely szerint az egészség a teljes testi, szellemi és társadalmi jólét állapota, és nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya – egyre inkább el kell fogadnia a magyar egészségügynek is, hogy a medicinális kezelések mellett a szociális problémákkal is foglalkoznia kell. Legtöbb jóléti országban ez már nem is kérdéses. A kórházi szociális munkások egyenrangú és elengedhetetlen munkatársai az egészségügyi szakembereknek, mind a betegek kezelésénél, mind a népegészségügyi programok kialakításánál, megvalósításánál.

A szociális munkások egészségügyi intézményekben való alkalmazását törvény nem írja elő, csak az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló 60/2003.(X.20) ESZCSM rendelet mellékletében jelölik meg, mint "szükséges" szolgáltatást. Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények a rendelet teljesítésére mindig újabb és újabb haladékokat kapnak. Az alacsonyabb szintű szabályozásnak és a rendeletek teljesítésének a hazai gyakorlatát ismerve megengedhető az a kijelentés, hogy az országban még mindig vannak olyan kórházak, amelyek nem rendelkeznek kórházi szociális munkás státusszal. Továbbá a törvényi rendelkezés hiányában a szolgáltatás létrehozásának a mikéntje sincs tisztázva.

Mindezek ellenére bizonyos szakmai kapcsolatok és gyakorlatok révén tudni lehet, hogy a szakmában dolgozók megjelentek a hazai kórházakban, változatos felállásban, eltérő feltételekkel és különböző szintű munkavégzéssel. Azonban a szociális munka e területe sem engedheti meg magának, hogy bizonyos idő elmúltával szakmai protokollok, koncepciók nélkül működjön, ha egyenrangú tagjává akar válni a gyógyító teamnek, ha valóban professzionális szintű munkavégzést akar garantálni. A hazai koncepció kialakításához már tények, tapasztalatok kellenek, hogy valóban alkalmazható legyen, és valós kérdések, dilemmák megvitatását tárgyalja.

A kutatásommal arra vállalkozom, hogy a már meglévő szolgáltatások eddigi helyzetét egy egységes szempont szerint bemutassam, hogy milyen szervezeti egységben, milyen végzettséggel, milyen feladatkörrel, milyen

¹ A Tanulmány az Esély 2004. 4. számában jelent meg.

Köszönetnyilvánítás a kérdőívek módszertani feldolgozásában való segítségnyújtásért Dombi Gábornak.

feltételekkel működnek. A kutatásom célja, hogy tényként beszélhessünk a magyar kórházi szociális munkások működési módjáról.

A klasszikus szociális intézmények tárgyi feltételeiről és dolgozóik helyzetéről folyamatos felmérések készülnek a módszertani intézményeknek köszönhetően, viszont az integrált intézményekben dolgozó szociális munkásoknak nincs semmiféle koordináló intézményük, szervezetük, amelyek figyelemmel kísérnék az ő helyzetüket. Különböző felméréseket olvashatunk a szociális munkások (Pék, 2000) és külön az egészségügyi dolgozók (Pikó-Piczil, 2000) helyzetéről, de tudomásom szerint a kórházakban dolgozó szociális szakemberek körülményeiről nem készült átfogó felmérés.

Kutatási célok

Elsődleges cél, átfogó képet kapni arról, hogy jelenleg hány kórházban működik kórházi szociális munkás, illetve szociális feladatokat ellátó szakember.

További cél, a hazai kórházi szociális munka helyzetének megismerése a kórházakban működő szociális munkások, illetve szociális szakemberek közvetlen megkérdezése révén.

Hipotézisek

Az előzmények ismeretében az alábbi feltételezésekből indultam ki a kutatás megkezdése előtt.

1. A kórházakban különböző végzettségű szakemberek látják el a szociális feladatokat.
2. Még mindig vannak olyan fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények, amelyek nem rendelkeznek kórházi szociális munkás státussal.
3. A legtöbb esetben a kórházi szociális szakember szervezetileg az ápolási igazgató felügyelete alatt áll.
4. Ha egy intézményben több kórházi szociális szakember van, akkor legtöbb esetben együttdolgoznak, és más szakmák képviselőivel is folyamatos munkakapcsolatot alakítanak ki.
5. A mai kórházi szociális szakemberek feladatköre a szociális ügyintézésnél és a közvetlen problémamegoldást igénylő feladatoknál már szélesebb kínálatot mutat.
6. A kórházi szociális szakemberek hatékony munkavégzéséhez szükséges feltételek többnyire nem adóttak.
7. Az integrált intézményekben dolgozó szociális munkások igénylik a másoddiplomás képzés létrehozását, illetve feltételezem, hogy a törvényi szabályozás hiányossága miatt többen nem vesznek részt a kötelezően előírt továbbképzési rendszerben.

A kutatás módszere

A vizsgált populáció a hazai egészségügyben foglalkoztatott kórházi szociális munkások, illetve szociális szakemberek. A vizsgálni kívánt alanyokról hivatalos adatbázis még nem áll rendelkezésünkre, így egyedül a munkahelyek alapján lehet őket elérni.² Ebből következően az előzetes mintavételi keret az összes hazai fekvőbeteg ellátást nyújtó kórház. A pontos számukat és címüket az *Orvosi Információs és Oktató Rendszer*³ egészségügyi adatbázisából nyertem némi kiegészítéssel és aktualizálással. A különböző kórházi egyesítések és időközbeni megszüntetések következtében az intézmények száma 157.

Egy átfogó kép érdekében, illetve a praktikusabb kivitelezés miatt, – és a második hipotézisem figyelembevételével – először telefonon mértem fel, hogy mely kórházak alkalmaznak kórházi szociális munkásokat, illetve szociális szakembereket. A harmadik feltételezésből kiindulva, úgy véltem, hogy az ápolási igazgatóktól, illetve – saját tapasztalatom alapján – a humánpolitikai igazgatóktól, illetve humánpolitikai osztályvezetőktől ismerhetem meg ezeket az adatokat. E kiindulási ponttal viszont azt kockáztattam, hogy kihagyom a felmérésből azokat a szociális szakembereket, akik az osztályvezető főorvosok, illetve más vezetők alá tartoznak. Ezt a kockázatot a megjelölt vezetőkkel való a telefonos beszélgetéssel és az engedélykérő levélben lévő hivatkozással próbáltam csökkenteni, így tehát kis fenntartással kell kezelni azt az adatot, hogy a 157 kórházból 99 kórház jelezte, hogy alkalmaz kórházi szociális munkást, illetve szociális szakembert.

Elsődlegesen a szociális szakemberek nevét, kórházon belüli pontos elérhetőségét akartam megkapni, de több esetben a fent említett személyektől (egyes esetekben az ápolási igazgatók helyetteseitől) nem tudtam meg a szükséges információkat. A név megtagadásakor adatvédelmi előírásokra hivatkoztak a felettesek, illetve a belső viszonyokat jelzi, hogy bármilyen felmérés csakis ő rajtuk keresztül történhet. Így többnyire azt tudtam meg, hogy egy kórház hány szociális szakembert alkalmaz.

A vezetőkkel való beszélgetéskor rögtön beleütköztem abba a nehézségbe, hogy ki is számít kórházi szociális munkásnak. A magyarországi szociális munka előzményeinek ismeretében számításba vettem azon dolgozókat is, akiknek nincsen szakirányú felsőfokú végzettségük, de szociális feladatokat látnak el. Így az előzetes felmérés alapján a vizsgált populációba kerültek azok a lelkeszek, lelkigondozók (összesen 3 fő) is, akik a lelkigondozói munkájuk mellett a szociális feladatokat is magukra vállalják jobb híján, il-

² A kézzelfogható adatbázis hiánya miatt, kicsit részletesebben ismertettem a mintavétel módját.

³ Interneten a <http://www.medlist.com> alatt található.

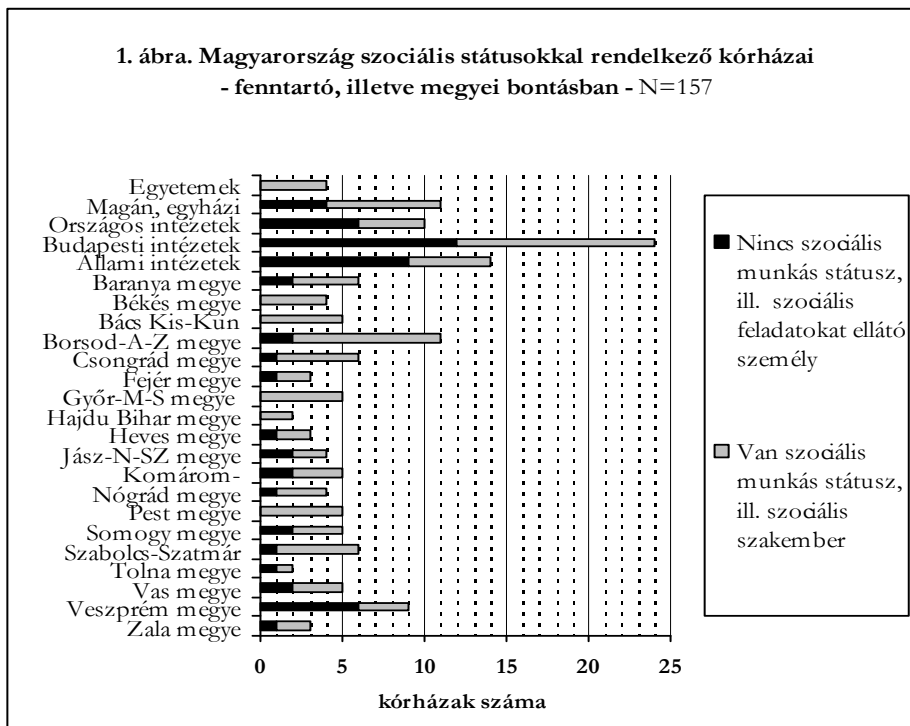
letve a szociális asszisztensek, akiket szociális munkásként alkalmaznak. A minta így 216 fő lett.

Az adatgyűjtést az adatvédelem szabályainak megfelelően 2003. szeptemberében, 31 kérdésből álló – többnyire zárt kérdéseket tartalmazó – önkitöltős kérdőív segítségével valósítottam meg. A kérdőívek az érintettekhez postai úton, legtöbb esetben az ápolási igazgatókon keresztül jutottak el. A kérdőívvel együtt küldtem el a feletteseknek és a főigazgató-főorvosoknak címzett engedélykérő leveleket is. A határidőre 52 db kérdőív érkezett vissza. A sürgető levél lehetőségével nem éltem, de a feldolgozás lezárásnak idejét két héttel meghosszabbítottam, így összesen 146 db kérdőív jött vissza, vagyis 68%-os a visszaérkezési arány, amely az elemzés szempontjából – a szakirodalom alapján – jó eredménynek mondható.⁴

Elemzés

A kérdésekre adott válaszok elemzése előtt, az előzetes felmérés alapján megállapíthatjuk, hogy Magyarországon a kórházak 63 %-ában alkalmaznak kórházi szociális munkást, illetve szociális szakembert. Az Orvosi Információs és Oktató Rendszer egészségügyi adatbázisa alapján készített kategóriák szerint a következő megoszlást láthatjuk az *1. ábrán*. Mindegyik megyében minimum egy kórház alkalmaz szociális szakembert. Mind a négy egyetem alkalmaz szociális munkást, de nem mindegyik klinikáján. A kórházak létszáma alapján 100%-os a lefedettsége Győr-Moson-Sopron, Békés, Hajdu-Bihar, Bács-Kiskun, Pest megyéknek. A legkevesebb szociális státussal rendelkező kórház az országos- (40%), állami fenntartású intézményeknél (36%) és Veszprém megyében (33%) található.

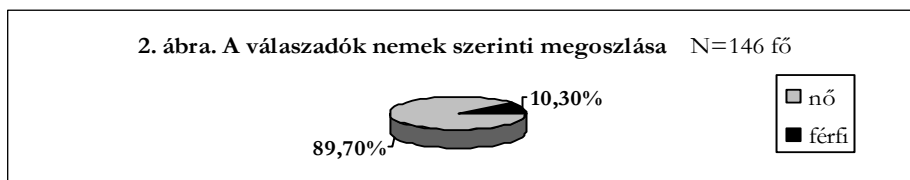
⁴ Az adatfeldolgozás az SPSS for Windows 10.0 program segítségével történt. Az adatelemzésnél elsősorban az egyváltozós szerinti megoszlást veszem alapul, bizonyos kérdéseknél, pedig a két-, illetve többváltozós elemzés lehetőségével élek a statisztikai szignifikancia-próbák figyelembevételével. Az adatváltozókon belül a legtöbb esetben az értékelhetetlen, hiányos válaszokat kizártam, így bizonyos kérdéseknél az elemzési egység változó.



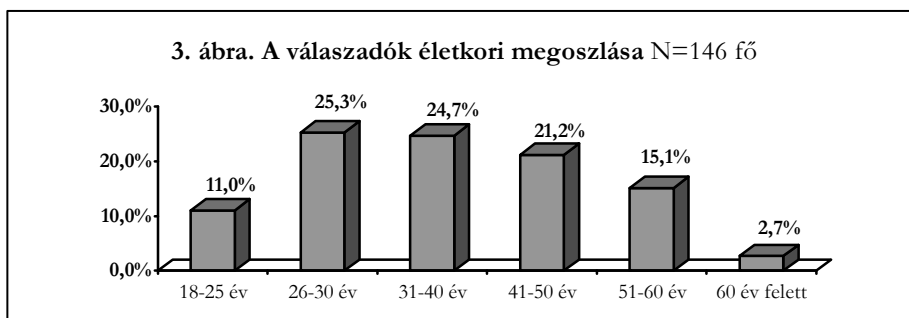
Forrás: Az előzetes felmérés eredményei

Adatok a kórházi szociális szakemberekről

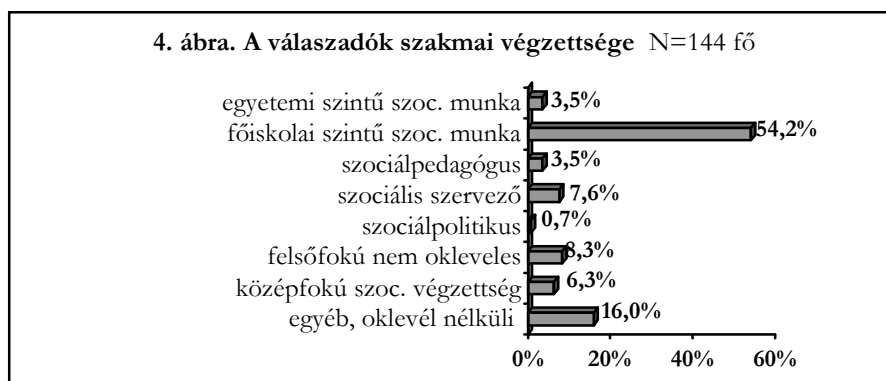
A szociális szférára jellemző tendencia itt is felfedezhető, miszerint az egészségügy területén működő segítő szakemberek között a női nem képviselteti magát nagyobb százalékban a férfiak arányával szemben. (Lásd 2. ábra)



A válaszadók életkori megoszlását nézve azt látjuk, hogy többnyire (61%) a fiatalabb korosztály (18-40 évesek) alkotja a szociális szakemberek táborát. A 18-25 évesek között találjuk a tanulmányi szerződéssel dolgozókat és frissen diplomázottakat.

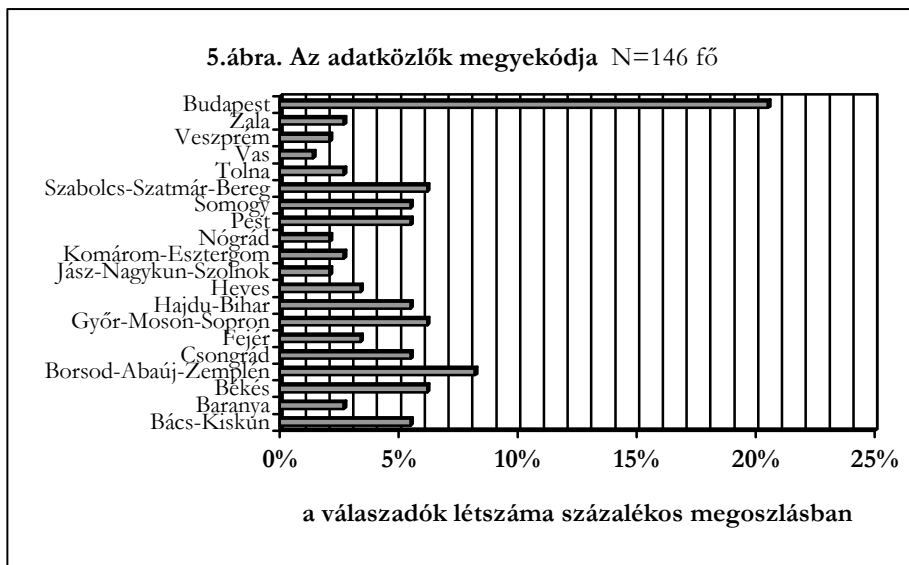


Az előzetes várakozásokhoz képest meglepő a válaszadók szakmai végzettségének az aránya. (Lásd 4. ábra) A válaszadók majdnem háromnegyede (69%) szakiránynak megfelelő szociális diplomával rendelkezik, így összességében a szociális végzettséggel rendelkezők aránya 84%. Viszont még mindig magas a nem szakirányú képzettséggel rendelkezők száma (23 fő). A végzettség szerinti megoszlás nem mutat összefüggést az életkorral, de az megállapítható, hogy a 41 év felettek körében is magasabb a szociális diplomával rendelkezők aránya, és a 18-25 év között találunk (5 fő) nem szociális végzettségűt is.



A további adatok értelmezése szempontjából jó látnunk, hogy az adatközlők mely megyékben dolgoznak, milyen fenntartású és hány ágyas intézmények keretei közt végzik a munkájukat.

A következtetések szempontjából mindenképpen pozitív, hogy az összes megyéből érkezett vissza kérdőív, és a telefonos felmérés alapján végzett kutatásnak az eredményéhez közelít a válaszadók megoszlási aránya. (5. ábra)



A fenntartók szerinti megoszlást nézve elsősorban a megyei, illetve a városi önkormányzat intézményeiből kaptam adatokat.

1. táblázat. Az adatközlők intézményeinek a fenntartói

FENNTARTÓ	Esetszám	%
Megyei Önkormányzat	61	41,8
Városi Önkormányzat	39	26,7
Fővárosi Önkormányzat	19	13,0
Egyház	5	3,4
Állam / Egyetem	8	5,5
Állam / Országos Intézet	9	6,2
Megyei és Városi Önkormányzat közösen	1	0,7
Közhasznú Társaság	1	0,7
Gazdasági és Közlekedési Minisztérium	1	0,7
Honvédelmi Minisztérium	1	0,7
Alapítvány	1	0,7
Összesen	146	100

Legfőképpen a 400-1200 ágyas kórházak dolgozói válaszoltak.

2. táblázat. Az adatközlők kórházainak az ágyszáma

ÁGYSZÁM	esetszám	%
200 alatt	17	11,6
201-400	20	13,7
401-800	40	27,4
801-1200	31	21,2
1201-2000	22	15,1
2001-2500	2	1,4
2500 felett	14	9,6
Össz	146	100

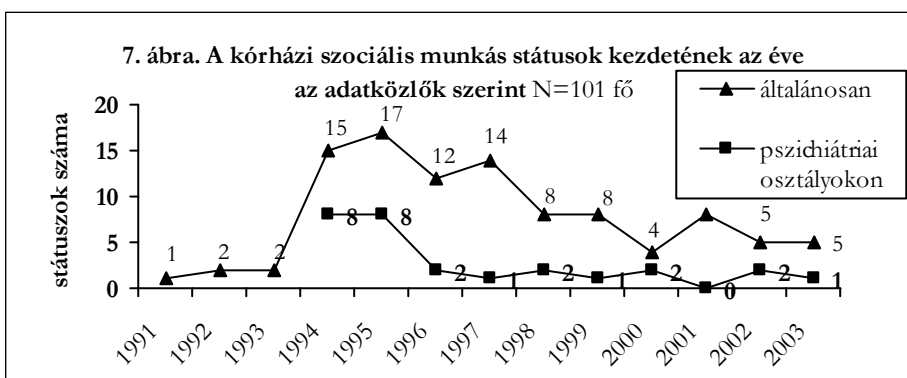
Adatok a kórházi szociális munkás státusok kialakulásáról

Mivel konkrét törvény nem írja elő a kórházi szociális munkások alkalmazását, így fontos megnéznünk, hogy elsősorban kik szorgalmazták a szociális munkás státusok létrehozását az egészségügyi intézményekben. A 6. ábra alapján jól látható, hogy a legtöbb esetben az ápolási igazgatóknak tulajdonítják a státusok létrehozásának kezdeményezését. Az osztályhoz rendelt státusoknál pedig feltehetően az osztályvezető főorvosok voltak a kezdeményezők. Kettő a területi Gyermekjóléti Szolgálat vezetőjére hivatkoztak, amely azt mutatja, hogy a 2004-re a Gyermekjóléti Szolgálatok kötelékében kötelezően előírt kórházi szociális munkások alkalmazását bizonyos helyeken már megvalósították. A minőségbiztosítási tanácsadókat senki nem jelölte meg. Az egyéb kategóriában kettő hivatkoztak a minimumfeltételre, kettő pedig – tévesen – a törvényi előírásra. Megemlítették még közbenjáróként az ápolási osztály főnövérét, a pszichiátriai gondozó vezetőjét, és egy esetben a pszichológust is.



A „Mióta van az Önök intézményében kórházi szociális munkás státus?” kérdést többen a saját működésük kezdetére vonatkoztatták, illetve nem tudtak rá válaszolni, így kissé fenntartással kell kezelni a kapott eredményeket. A válaszok alapján két tendenciát rajzolhatunk meg: az egyik az összátszámot

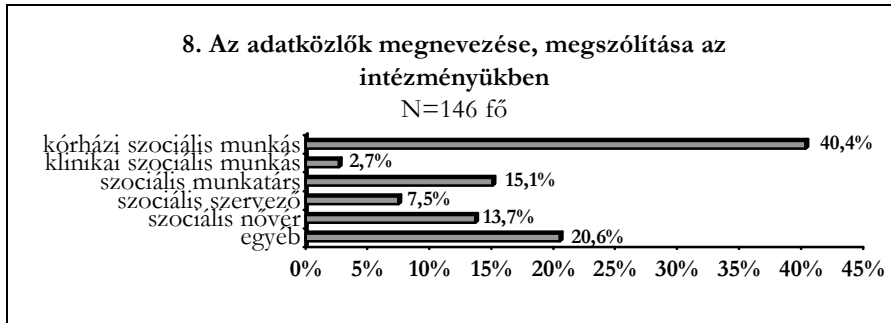
mutatja, hogy hány státus jött létre adott évben, a másik pedig külön a pszichiátriai státusok megalakulásának az idejét. (Lásd 7. ábra). Egyes helyeken már rögtön a rendszerváltás után létrehoztak szociális munkás státusokat, amelyeket valószínűleg szociális szervezők vagy egyéb végzettségű szakemberek töltöttek be. Igazából az 1990-es évek közepétől jött létre a legtöbb státus, amely összeköthető azzal a ténnyel, hogy ebben az időszakban kerültek ki a legelső diplomások is a képzésekből. 1994 előtt Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Jász-Nagykun-Szolnok, Somogy, Tolna, Vas és Békés megyében alakították ki státusokat. A státusok létrehozása mind a mai napig aktuális kérdés, mivel körülbelül még 58 kórházból (37%) hiányzik a szociális munkás. A telefonos felmérés során több ápolási igazgató is jelezte, hogy szeretnének alkalmazni szociális munkást, de jelenleg a pénzügyi kereteik ezt nem teszik lehetővé. Egy-két helyen viszont nem tartják fontosnak a szociális munkás alkalmazását, mivel úgy gondolják, hogy a nővérek a saját munkájuk mellett a szociális feladatokat is el tudják látni.



A státusok minőségét jelzi, hogy milyen formában hozták létre. A válaszadók 85,6%-a főállásban végzi a munkáját, tizennégyen (9,6%) más munkakör ellátása mellett, öten (3,4%) félállásban, akik közül két fő nyugdíjasként (egyikük havi 60 órában) és ezen kívül egy fő, pedig vállalkozási megbízással.

Az adott kórházban a szociális szakemberek megnevezése, megszólítása is sokat elárulhat arról, hogy mennyire ismerik a szociális munkást, hogyan értékelik, mennyire sikerült az elődök szerepéből kilépni. A válaszadók legnagyobb többségét a kórházi szociális munkás névvel illetik, de használják a szociális munkatárs megnevezést is (15,1%), amely azt sejteti, hogy őket egyenrangú partnerként kezelik az egészségügyi dolgozókkal. (Lásd a 8. ábra.) A szociális nővér egyértelműen elutasítandó megszólítás, de mégis a szociális szakemberek egy részének azzal kell szembesülnie, hogy sokan még mindig nem tudnak különbséget tenni a két munkakör között. Sőt, a kórházi szociális munkás megnevezést megjelölők 22,2 %-a is panaszkodott

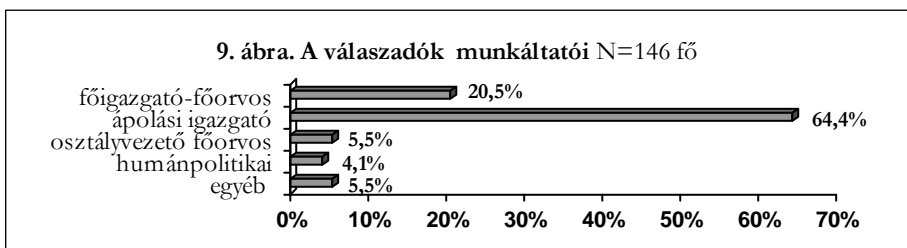
arról, hogy olykor őket is szociális nővérek hívják a betegek és a dolgozók egyaránt. Néhányan azt is jelezték, hogy ilyenkor helyesbíteni szoktak. Az egyéb megnevezésekben 13-an jelezték, hogy csak simán szociális munkásnak hívják őket. Vannak akit szociális tanácsadónak, szociális ügyintézőnek, szociális előadónak, szocioterapeutának. Ebben a kategóriában szerepel a lelkész és két lelkipogozó megjelölés, amely jogos is a fő munkakörüket nézve.



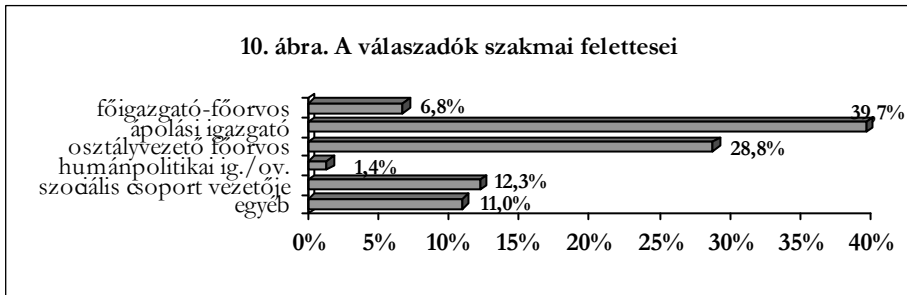
A kórházi szociális munka szervezeti elhelyezkedése

A szociális munkás státusok szervezeti elhelyezkedése fontos tényező a szakma elfogadottsága, besorolása, és nem utolsósorban az önállóság gyakorlása szempontjából. Három tényezőt érdemes megvizsgálni az előbb említettek érdekében. Az egyik, hogy ki gyakorolja a munkáltatói jogkört a szociális szakember felett, második, hogy ki a közvetlen szakmai vezetője, és a harmadik, hogy mekkora ellátandó egységet bíznak rá.

A legtöbb esetben (89%) a kórházi igazgatóság vezetői (elsősorban az ápolási igazgatók) közül kerülnek ki a szociális munkások munkaadói. (Lásd a 9. ábra.) Az osztályvezető főorvosokhoz elsősorban a pszichiátriai osztályon dolgozó szociális munkások tartoznak. Az egyéb kategóriában a klinikákon dolgozó szociális munkások a kari, illetve az egyetemi főnővéreket jelölték meg munkaadóként és egy fő, pedig a területi Gyermekjóléti Szolgálat vezetőjét az ápolási igazgatóval közösen. Ez utóbbi esetben a szociális munkás bérét pályázati pénzből finanszírozzák.



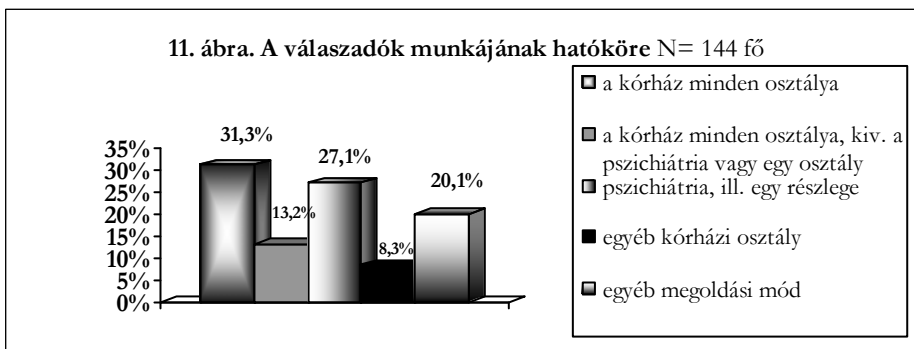
A szociális munkások szakmai felettesei szempontjából már nagyobb a szórádás. (Lásd a 10. ábra.) A főigazgatók már kevésbé jelennek meg e felettesi körben, ezt a jogkört leosztják az ápolási igazgatóknak, osztályvezető főorvosoknak, illetve amennyiben lehetséges a szociális csoportok vezetőinek. Az adatok alapján az ápolási igazgatók egy része is továbbadja a szakmai irányítás jogát, jobb esetben az intézményben működő szociális csoport vagy



részleg vezetőjének, aki feltehetően nagyobb szakmai hozzáértéssel rendelkezik. Az egyéb kategóriában a kari főnövérek mellett a pszichiátriai gondozó, a kórházhoz kapcsolódó drogambulancia, lelkipozozói és gyermekjóléti szolgálat (plusz az ápolási igazgató) vezetőjét jelölték meg szakmai felettesüknek.

A szociális munkások majdnem felének (44%) a tevékenysége a kórház valamennyi osztályára kiterjed, bizonyos helyeken leszámítva a pszichiátriát vagy egy másik osztályt. Az egyéb kategóriában tízen jelezték, hogy több különböző osztályt is ellátnak (kettőtől tízig terjedve). A válaszadók jelentős százaléka (25%) dolgozik csak pszichiátrián. (Lásd a 11. ábra.) Többen vannak, akiknek a munkája a belgyógyászatra (7 fő), egy-egy személynek, pedig csak a traumatológiára, rehabilitációs osztályra, ortopédiára, onkoradiológiára, neurológiára, szemészetre, fül-orr-gégészetre terjed ki. Többen jelölték meg a pszichiátriai gondozót, illetve járóbeteg ellátást (4 fő) az ellátandó területük között.

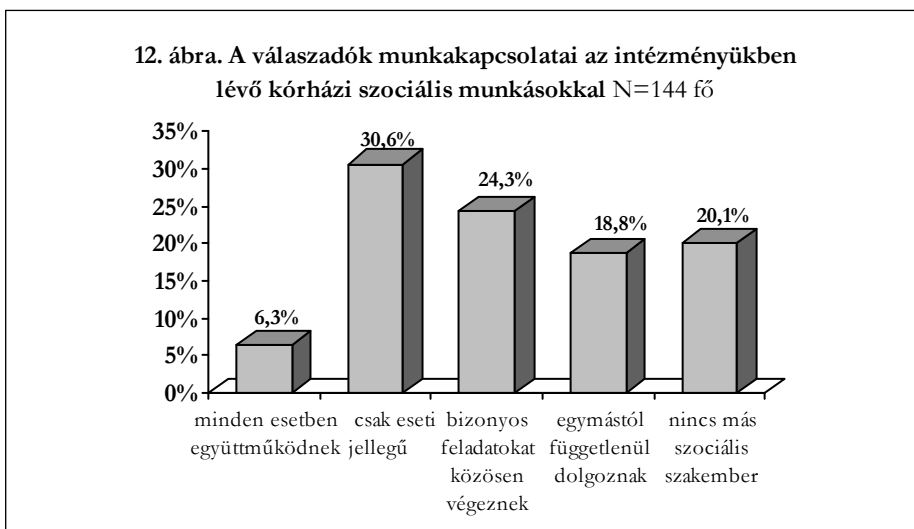
A mutatók alapján a szociális munkások munkájának a hatóköre összefüggésben áll a kórházi ágyszámokkal. A 800 ágy alatti kórházakra jellemzőbb inkább az összes osztály ellátása, de van egy olyan válaszadó, akire 1200 feletti ágy jut. A 2500 feletti ágyszámmal rendelkező intézményeknél, pedig több, vagy egy-egy osztály jut egy szociális munkásra.



A kórházi szociális szakemberek munkakapcsolatai

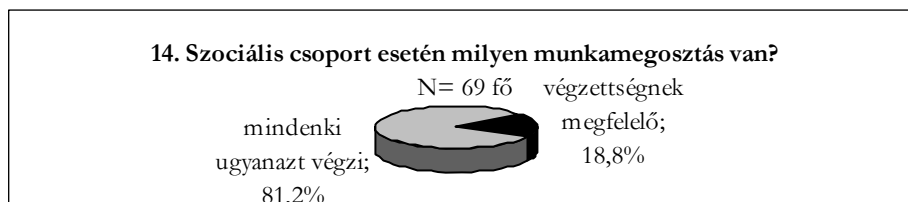
Az ellátandó feladatok előtt érdemes megnézni, hogy milyen felállásban dolgoznak a kórházi szociális szakemberek. Egyedül vagy más szociális szakemberekkel együtt és ha többen, akkor vajon szociális csoportot alkotnak-e. Az együttműködésnél fontos tényező a munkakapcsolatok milyensége is mind a szakmabeliekkel, mind az egészségügyi, illetve más szakemberekkel.

Az alábbi ábrán azt láthatjuk, hogy a válaszadók egyötöde egyedül dolgozik az intézményében. /Az előzetes felmérés szerint is a kórházak 52 %-ban egy szociális szakember tevékenykedik, azaz a teljes létszámot nézve a kórházi szociális munkások körülbelül 24 %-a egyedül látja el a szociális feladatokat./ Ahol pedig több szociális szakember van, ott általában valamilyen kontaktus megvalósul, de csak kis százalék (6,2%) jelezte, hogy minden esetben együtt dolgoznak. Leginkább az eseti munkakapcsolat jellemző.



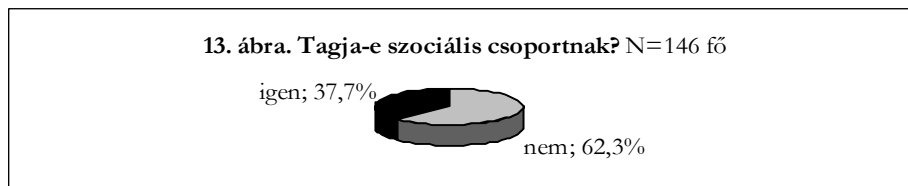
A több szociális szakembert foglalkoztató intézményekben kérdés, hogy a munkatársak szociális csoportot alkotnak-e. A 13. ábra alapján azt láthatjuk, hogy az összes válaszadónak kicsit több mint az egyharmada szociális csoporttagként működik. A fenti eredményekkel összevetve az is észrevehető, hogy a szociális csoport nem feltétlenül jelenti azt, hogy a tagok minden esetben együtt dolgoznak.

Az együttműködésen túl kérdés, hogy a szociális csoportban dolgozóknál vajon működik-e a végzettség szerinti munkamegosztás. A kapott eredményt kicsit fenntartással kell kezelni, mivel ennél a kérdésnél már 14-gyel többen tartották magukat szociális csoporttagnak. Az alábbi ábra alapján az látható, hogy a végzettség szerinti munkamegosztás nem jellemző. Ennek a háttérében valószínűleg az is állhat, hogy az egyes helyeken azonos végzettségű



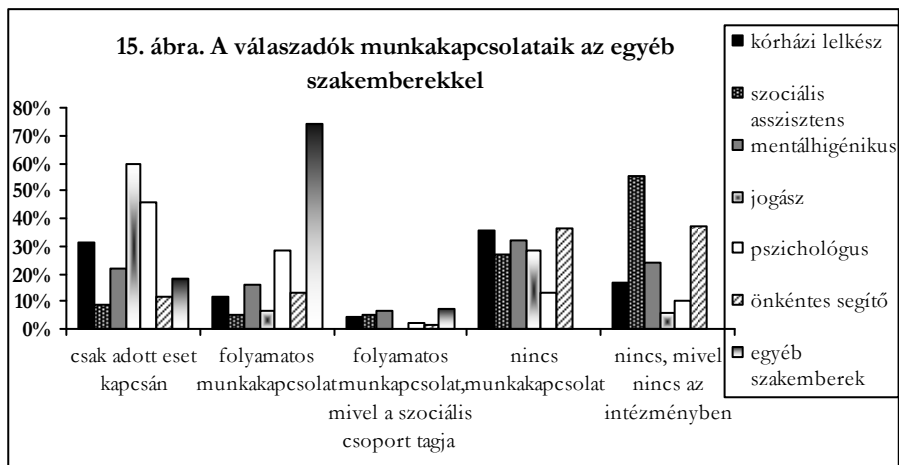
munkatársak dolgoznak együtt.

Egy beteg szociális problémájának komplex megoldását legtöbb esetben egy



interdiszciplináris szociális csoport tudja biztosítani, ahol a hatékonyság egyik kulcsát az adja, hogy a különböző végzettségű szakemberek folyamatosan együtt dolgoznak, könnyen elérhetők egymás számára a kliensek minél gyorsabb ellátása érdekében. A kérdésre adott összetett válaszokból az derült ki, hogy a kérdőívben megemlített szakemberek az intézményen belül elérhetők, de nagyon kevés esetben tagjai a szociális csoportnak. (Lásd 15. ábra) A legjellemzőbb, hogy csak eset kapcsán keresik meg őket a szociális szakemberek. Leginkább a pszichológussal, jogással és a kórházi lelkészekkel van kapcsolatuk. Az önkéntesek bevonása és a szociális asszisztensek alkalmazása még nem gyakori a hazai intézményekben. Az egyéb szakemberek között említették meg a területi szociális intézmények munkatársait, a (gyógy-) foglalkoztatókat, a karitatív szervezetek vezetőit, az orvosokat, főnövéreket, akikkel szintén folyamatos kapcsolatot tartanak fenn. Ezen kívül a betegjogi képviselőt, védőnőt, gyógytornászt és ketten egy szociálpoliti-

kust is megjelöltek, akivel folyamatos kapcsolatot tartanak. Itt kérdés lehetne, hogy a legutóbb említett személy milyen pozícióban dolgozhat?



A szociális szakembereknek az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolattartása a munka jellegéből adódóan elkerülhetetlen, így igazából az a kérdés, hogy milyennek ítélik meg az előbb említett dolgozókkal a viszonyukat. A válaszok alapján elég egyoldalú kép tárul elénk. (Lásd 16. ábra.) A válaszadók egyértelműen megfelelőnek tartják az adott munkakapcsolataikat. Különösen a főnövekre és az ápoló személyzettel való viszonyukat tartják teljes mértékben kielégítőnek, akikkel együtt leginkább érintettek a betegek ellátásában. Talán az osztályvezető főorvosok azok, akikkel kicsit kevesebben jönnek ki. Két személy egyáltalán nem tartja megfelelőnek a kapcsolatát a főorvosokkal, hatan pedig a kórház vezetésével állnak hadilábon.



A kórházi szociális szakemberek által ellátott feladatok

A szakma gyakorlati megvalósulását és egyben a megítélését is mutatja, hogy a kórházi szociális szakemberek mely feladatok elvégzését vállalják fel. A Kórházi Szociális Munkások Vezetőinek Társasága által megállapított 19 feladatkört (Hobschman, 1983) sorra véve láthatjuk, hogy a hazai kórházi szociális szakemberek tevékenységköre még mindig igen szűk. *(Lásd a 3. táblázat.)*

Legtöbbeknek (76,5 %) a munkája nagy részét a közvetlen segítségnyújtás teszi ki az elbocsátás előkészítésével és az anyagi, szervezési feladatok ellátásával együtt. A közvetlen segítségnyújtás a szociális munka módszereinek alkalmazását jelenti, ami az egyszerű szociális ügyintézésnél több, kiterjedtebb. Ez összhangban áll azzal, hogy a válaszadók jelentős százaléka felsőfokú képesítéssel rendelkezik, vagyis mélyebb szakértelmet adó ismeretekkel rendelkeznek. Az előbbi feladatokhoz szorosan kapcsolódik az információnyújtás a különböző szolgáltatásokról, és a közvetítő szerep felvállalása a területi intézmények felé. A kórházon belüli érdekvédelmi feladatok ellátását viszont már kevesen (13,8%) vállalják fel, ez valószínűleg összefüggésben van azzal, hogy elvileg már mindegyik kórházban alkalmaznak betegjogi képviselőt. A nemzetközi gyakorlatban igen magasra értékelt pszichoszociális feladatok ellátása (Szabó, 1994) a hazai gyakorlatban még valóban kisebb mértékben jellemző. A betegfelvétel előkészítése kevésbé jellemző. Bizonyos osztályokon érhető módon, ezt a feladatot nem is lehet megvalósítani, például a baleseti sebészeti osztályon, de vannak olyan helyek, ahol jobban elő lehetne segíteni a betegek adaptációját, ahol a szociális problémák időben történő megismerésével hatékonyabb és teljesebb körű munkát lehetne végezni, például a belgyógyászati osztályokon.

A válaszadók 28,3 % mondta, hogy a munkájuk nagy részét a szociális rizikótényezők szűrése teszi ki. A pszichoszociális értékelést már többen végzik (54,5%). Ez utóbbi feladatok ellátása a pszichiátrián dolgozóknál kicsivel (10%-al) jellemzőbb. Jelentős azoknak a száma (82,1%), akiknek a feladataik között kisebb vagy nagyobb mértékben szerepel a felvilágosító munka jogi ügyekben. Az önsegítő csoportok szervezése nagyon kevés helyen (11,7%) jelenik meg egyértelmű feladatként.

A szociális szakember véleményének, megállapításainak az elismerését jelenti, ha a kórházi teambe is lehetősége nyílik konzultálni, jelentést adni. A válaszok alapján, azt látjuk, hogy ez az út a válaszadók egynegyede számára még nem járható. A területi intézményekkel való esetkonzultáció szintén nem egyértelmű.

Az egészségvédelmi, prevenciós munkában való tevékenykedés a kórházi keretek között igen korlátozott, így nem meglepő, hogy kevesen (8,3%) jelölték meg egyértelmű feladatukként. Az oktatásban való részvételt nagyban meghatározzák a területi és intézményi adottságok, mivel csak ott tud oktatni

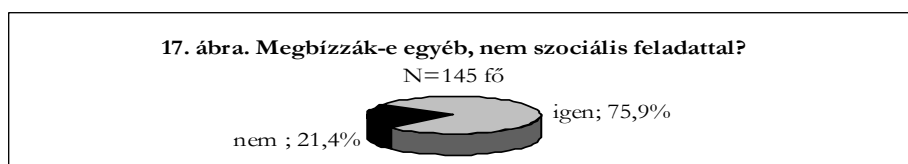
a szociális munkás, ahol egészségügyi, illetve szociális képzés folyik. A lehetőségekhez mérten viszonylag magas azoknak a száma (45%), akik valamilyen szinten az oktatásban tevékenykednek vagy továbbképzéseket szerveznek. A válaszadók elenyésző száma jelezte, hogy a kutatás területén, illetve magasabb szinteken munkálkodik. Az egyéb tevékenységek kategóriáján belül a mentálhigiénés feladatokat, az önkéntes segítők koordinálását, az egészségügyi dolgozók számára nyújtott szociális munkát jelölték meg.

3. táblázat. A válaszadók által ellátott feladatok nagyságrendben kifejezve

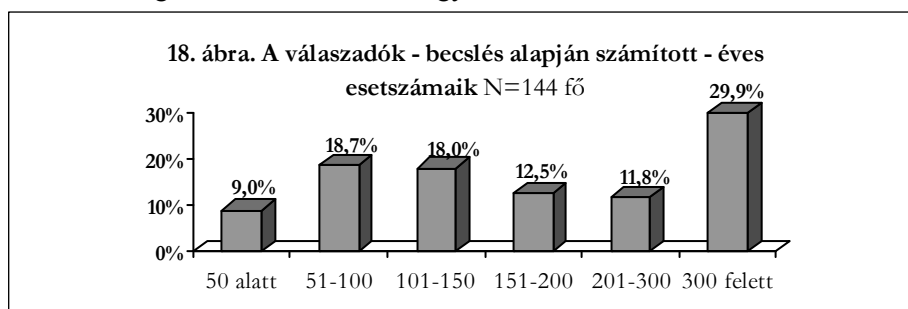
		Egyáltalán nem	Kisebbrészét	Nagyobb részét	Teljes mértékben	Össz 145 fő
		%-ban				
1.	Informálás a kórházi illetve szociális szolgáltatásokról	6,9	54,5	32,2	6,2	100
2.	Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	3,4	19,3	55,9	21,4	100
3.	Betegfelvétel előkészítése	64,1	24,1	9,0	2,8	100
4.	Szociális rizikótényezők szűrése	31,7	40,0	22,1	6,2	100
5.	Pszichoszociális értékelés, pl. szoc. anamnézis felvétele, dokumentálása, referálása az egészségügyi teamben	21,4	24,1	27,6	26,9	100
6.	Közvetlen segítő tevékenység (esetmenedzselés), pl. segítő beszélgetés, betegvezetési feladatok, krízisintervenciók eljárások, kapcsolatépítés a családdal	4,8	17,9	37,2	40,0	100
7.	Anyagi és szervezési segítség (ügyintézési feladatok, pl. rokkantsági nyugdíj, segély stb.)	4,1	20,0	48,3	27,6	100
8.	Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	17,9	57,9	15,9	8,3	100
9.	Felvilágosító tevékenység a betegséggel, gyógyítással kapcsolatosan (a kezelő személyzettel közösen)	42,8	36,6	13,1	7,6	100
10.	Életmódalakító és támogató (önsegítő) csoportok szervezése	54,5	33,8	6,2	5,5	100
11.	Érdekvédelmi feladatok ellátása, pl. kórházon belül felmerülő problémák, viták esetén	49,7	36,6	6,9	6,9	100
12.	Elbocsátás előkészítése (pl. házi gondozói szolgálat, szociális otthoni elhelyezés stb.)	5,5	17,9	37,9	8,6	100
13.	Esetkonzultáció és esetreferálás a kórházi team-ben	23,4	39,3	23,4	13,8	100
14.	Esetkonzultáció és esetreferálás a területi intézmények felé	28,3	42,1	23,4	6,2	100
15.	Részvétel a kórház működésének tervezésben és kialakításában	79,3	17,9	0,7	2,1	100

16	Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	52,4	39,3	6,2	2,1	100
17	Oktatás és továbbképzések szervezése, pl. egészségügyi és szociális szakemberképzésben való részvétel	55,2	35,2	7,6	2,1	100
18	Kutatás a kórházi szociális munka területén	77,2	18,6	2,1	2,1	100
19	Egészségügyi-szociálpolitikai koncepciók formálása	81,4	15,2	2,1	1,4	100
20	Egyéb	35,7	42,9	21,4	0,0	100
						132 fő

Az, hogy ki milyen feladatot lát el, nagy mértékben függ attól is, hogy az intézmény mit vár el a szociális dolgozótól, illetve hogy a potenciális klienseknek mekkora körét bízta rá. A válaszadók háromnegyede nyilatkozta azt, hogy a szociális feladatok mellett egyéb tevékenységek ellátására is rákényszerül. (17. ábra)



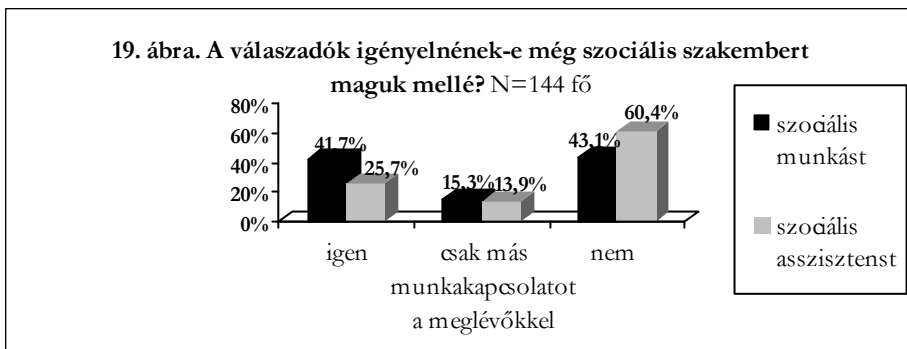
A kórházi szociális szakemberek eseti leterhelése változatos képet mutat. (Lásd 18. ábra.) A válaszadók jelentős százaléka (41,7%) igen magas esetszámmal dolgozik (200 felett/év), amely a szakmailag elfogadható határokon túl van. Sajnos a feltett kérdésből és így a válaszokból sem derül ki, hogy ezek közül hány esetmenedzseléssel és hány információnyújtással kapcsolatos eset. Az esetszámok nem mutatnak összefüggést azzal, hogy mekkora a szociális szakemberek hatóköre. Az ágyszámmal sincsen összefüggés, de relatívan magasabb az esetszám az ágyszámok növekedésével.



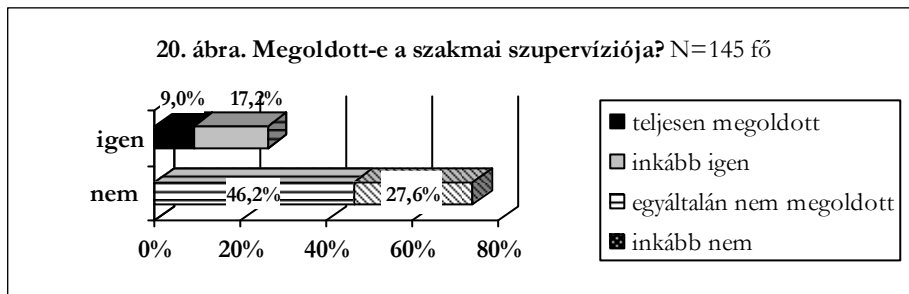
A kórházi szociális szakemberek munkakörülményei

Személyi feltételek

A professzionális szociális munka megvalósítása egy nagyobb intézményben már több szociális szakember meglétét feltételezi. Az ellátandó feladatok között vannak olyanok, amelyek átadhatóak lennének középfokú ismeretekkel rendelkező szakembereknek is a hatékonyabb munkamegosztás érdekében. A válaszadók nagyobbik része (60,4%) viszont nem igényelné az utóbb említett munkaerőt, inkább képzett szociális munkásokkal bővítenék (41,7%) a szolgáltatásukat, illetve kis százalékuk (14,6%) a meglévő szociális szakemberekkel módosítaná a munkakapcsolatát. (Lásd a 19. ábra.) A szociális munkást igénylőknek több mint a fele (58,3%) nem jelezte, hogy hány fővel bővítené a keretet, a másik fele, pedig főleg 1 főre (25,7%), de volt, aki 14 főre tartana igényt. Az igények megléte, illetve hiánya nem mutat összefüggést azzal, hogy hány ágyas kórházban dolgozik a válaszadó.

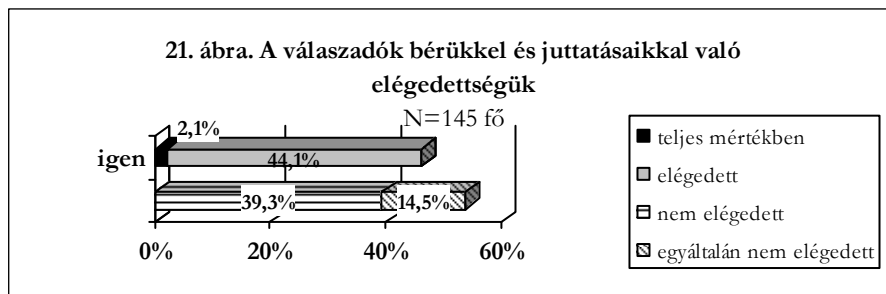


A kórházi közegben az esetvezetés különösen időhatáros, gyors döntést igénylő segítő munka, amelyben nem ritka a kliensek drasztikus életállapot változásában való segédkezés, például az idős beteg elhelyezése a megszokott családi közegéből a zsúfolt idősek otthonába, vagy ami más szociális területekkel összehasonlítva jellemzőbb a kliensek végső elvesztésével való gyakoribb szembesülés. Sok esetben a kórházi szociális munkásoknak nincs szakmailag kompetens vezetőjük, szakmabeli munkatársuk, akikkel megoszthatnák a problémás vagy lelkileg megterhelő eseteiket, így számukra a szupervízió létfontosságú kérdés. A válaszok számából azonban jól látható, hogy ezen a területen is kevésbé megoldott ez a szolgáltatás. (Lásd 20. ábra)



A szakmai megbecsüléshez tartozik az a tényező is, hogy a szociális munkások munkáját szakmailag értékelik-e. A válaszadók 62 %-a (a 141 főből) azt vallja, hogy ez az ő esetükben megtörténik.

A munkahelyi feltételekhez tartozik a fizetésekkel és juttatásokkal való elégedettség kérdése is. A válaszadóknak kicsit több mint a fele nem elégedett a bérével, közülük kevesebb azoknak a száma, akik egyáltalán nincsenek kibékülve a fizetésükkel. (Lásd a 21 ábra.) Ezzel szemben elég magas, azoknak a száma is, akik már elégedettek a fizetésükkel. A megelégedettség foka nem mutat összefüggést a szakmai végzettséggel.

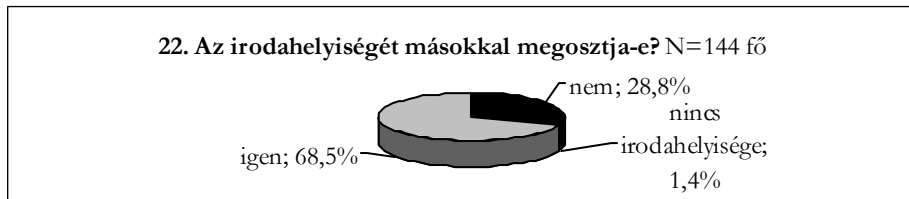


Tárgyi feltételek

A hatékony munkavégzés érdekében bizonyos tárgyi feltételek megléte elengedhetetlen. A segítő szakma sajátossága a közvetlen klienskapcsolat, amelynek alapvető kiindulópontja a bizalom megszerzése, a kapott adatok titoktartási kötelezettséggel való kezelése. Ezek alapvető feltétele, hogy a szociális szakember rendelkezzen önálló irodahelyiséggel, széleskörű ellátást biztosítani tudó infrastruktúrával és ideális esetben bizonyos pénzügyi kerettel. (Lüssi, 1997)

A szociális szakemberek legnagyobb része (69,4%) az irodahelyiségét másokkal – a legtöbb esetben (68,5%) nem szakmabeliekkel – kényszerül megosztani, például a kórház könyvtárossal, pénztárossal, fényképészével, de találunk olyat is, aki a textilraktárossal, gondnokkal osztozkodik, öten a pszichológussal, főnövérrrel, hárman a gyógytornásszal, ketten az ápolásokta-

tóval. (22. ábra) Egyesek, pedig orvos, logopédus, szakszervezeti ügyintéző, jogász, betegjogi képviselő, dietetikus mellé került. Két dolgozó egyáltalán nem rendelkezik irodával.

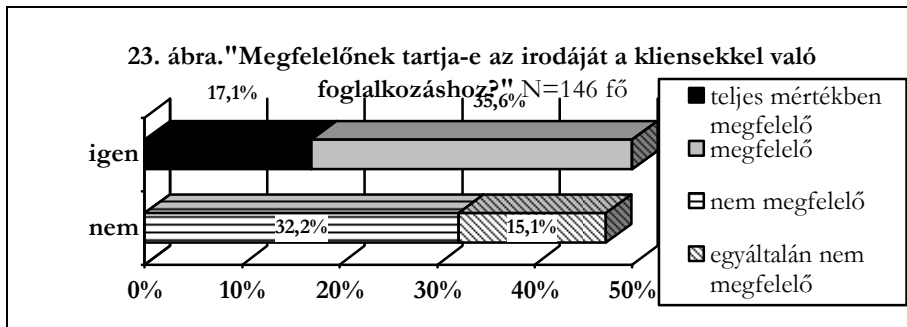


A válaszadóknak mindössze 6%-a elégedett az infrastrukturális felszereltséggel. A megjelölt tárgyi feltételek közül a válaszadóknak majdnem a fele elsősorban a fogadóhelyiséget, a számítógépet és a nyomtatót hiányolja, amelyek pedig ma már a mindennapi ügyintézés elengedhetetlen kellékei. (Lásd a 4. táblázat.) Többen szeretnének (39,7%) pénzügyi keretet tájékoztatókra. Jelentős azoknak a helyeknek a száma (36,3%), ahol a közvetlen telefonvonal sem adott. Az adatvédelem szempontjából jó, ha a szociális szakemberek maguk tudják a fénymásolási, a faxolási ügyeiket intézni. A válaszadók több mint egynegyede igényelné is ehhez a megfelelő eszközöket. A megkérdezettek egynegyede az üzenetrögzítőre is igényt tartana. A válaszadók egyötöde a közvetlen telefonszámot és a zárható szekrényt is igényelné. Az egyéb eszközök között egészségnevelési célok elérésére alkalmas eszközöket, szakmai folyóiratokat, újságokat jelöltek meg, és többen jelezték, hogy bizonyos pénzügyi keretet szeretnének önszervező csoportok működtetéséhez, hajléktalanok gyors megsegítéséhez.

4. táblázat. A válaszadók hatékony munkavégzéséhez igényelt eszközök N=146 fő

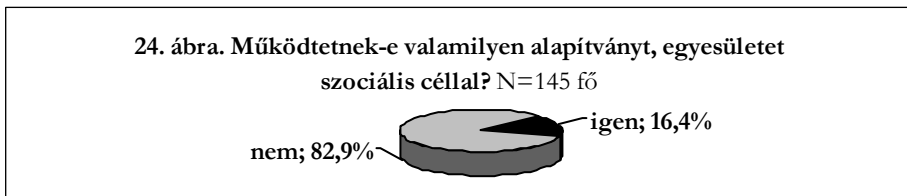
		fő	%
1.	Fogadóhelyiség	72	49,3
2.	Számítógép	68	46,6
3.	Nyomtató	60	41,1
4.	Pénzügyi keret tájékoztató füzetekre, szórólapokra	58	39,7
5.	Közvetlen telefonvonal	53	36,3
6.	Fénymásológép	48	32,9
7.	Fax	35	24,0
8.	Üzenetrögzítő	34	23,3
9.	Zárható szekrény	28	19,2
10.	Közvetlen telefonszám	22	15,1
11.	Egyéb:	6	4,1

Maga az irodahelyiség megléte még nem vonja maga után, hogy azt megfelelőnek is tartják a szociális szakemberek a kliensekkel való foglalkozáshoz. A válaszadóknak kicsit több mint a fele érzi úgy, hogy a munkájához elégséges a meglévő iroda. (Lásd 23. ábra.) Az irodahelyiséget nem megfelelőnek tartók nagyobb része a megosztott irodával rendelkezők köréből kerül ki.



A hiányzó tárgyi feltételek között többen jelezték, hogy pénzügyi keret szeretnének a kliensek támogatására és bizonyos feladatok ellátásához. A felmérés alapján valóban az derült ki, hogy elenyésző azoknak a száma (5,5%), akik pénzügyi eszközökkel rendelkeznek. A pénzzel gazdálkodók elsősorban pályázatból és egyesületi támogatásból nyerik az anyagi forrásukat. Csupán egy személy jelezte, hogy közfinanszírozási szervtől kap támogatást.

A válaszadók egyhatoda működtet alapítványt vagy egyesületet szociális feladatok ellátására, vagyis egyesek maguk teremtik meg a pénzügyi feltételeiket.

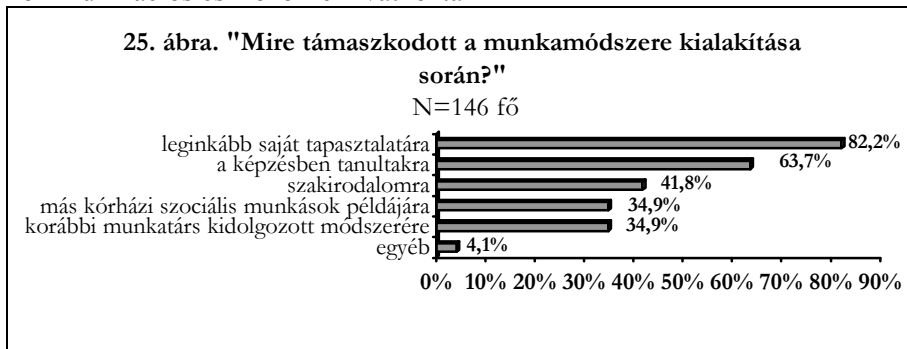


A kórházi szociális szakemberek képzési lehetőségei

A képesítési követelmények szerint az általános szociális munkás képzésben 5% az egészségügyi ismeretek aránya. Az egyes képzési intézményekben lehetséges a kórházi szociális munkára való előszakosodás, de a többségük nem, és a legjobb esetben is csak egy féléves kurzus keretén belül biztosítják e tantárgyat. (Török, 2001) A gyakorlatot nyújtó terephelyeken a kórházi szociális munkás státusban dolgozó tereptanárok legtöbb helyen hiányoztak, vagy ma sincsenek. Ilyen előzmények ismeretében kérdés lehet, hogy a kórházi szociális munkás státusban dolgozók mire alapozták a munkamódszerük kidolgozásakor.

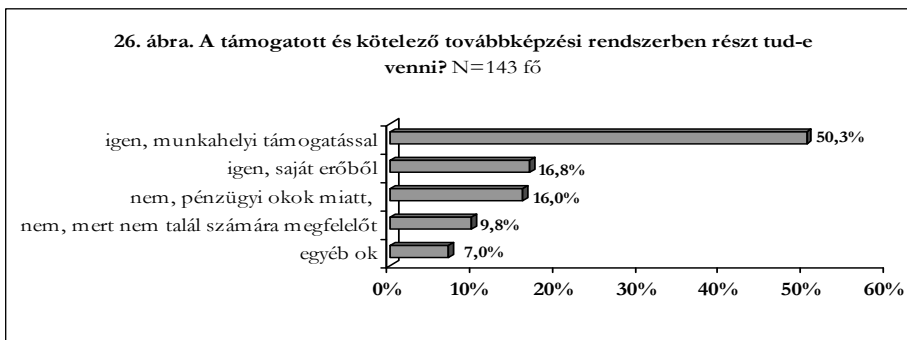
A megkérdezettek legnagyobb része a saját elképzeléseire, életből vett tapasztalataira támaszkodott a munkamódszere kialakítása során, míg a válaszadók 53%-ának volt segítségére a képzésben tanultak és a szakirodalom. (Lásd 25. ábra.) A más szociális munkások példájából való tanulás és módszereik átvétele is segítette a válaszadók egy-egy harmadát. Az egyéb kate-

góriában egyesek a szociális igazgatásban szerzett tapasztalataikra, mások az emberi kapcsolataikra, egy előkészítő team javaslataira, illetve tömegkommunikációs eszközökre hivatkoztak



A megkérdezettek több választ is megjelölhettek.

A szociális szakemberek hosszú távú működése szempontjából kérdés, hogy megoldott-e a kötelező szakmai továbbképzésben való részvételük. Az egyes válaszokból kiderül, hogy ezen a területen nincsen tisztázva, hogy a kórházi szociális szakemberek hova tartoznak a továbbképzési rendszerben. (Lásd a 26. ábra.) A válaszadóknak több mint a fele azt nyilatkozta, hogy továbbképzésben részt tud venni, méghozzá legtöbbször munkahelyi támogatással. Viszont itt kérdés, hogy ők mit értenek a támogatott és kötelező továbbképzés alatt. A válaszadók másik felénél már problémás a megfelelő továbbképzési programban való részvétel. Többen jelezték, hogy azért nem vesznek részt továbbképzési programokon, mert nem regisztrálták őket. Van, aki azt fejezte ki az egyéb kategóriában, hogy jó lenne, ha meghívnák őt szakmai tanácskozásokra. Van, aki szociálpedagógusként tapasztalja, hogy egyáltalán nem tartják nyilván a pontszerzés szempontjából.



A nemzetközi gyakorlatban a kórházi, illetve a pszichiátriai szociális munka külön képzési szinten is megszerezhető. Magyarországon szintén felmerült a posztgraduális képzés megszervezésének, elindításának a gondolata, és ma már a szakképzési programja is körvonaladózni látszik ha jól tudom egy

PhD munka keretén belül. Kérdés, hogy a megkérdezettek is szükségesnek tartanák-e a képzés elindítását, elvégzését. Végzettség és életkorra való tekintet nélkül a válaszadók legnagyobb többsége szükségesnek tartaná a képzés elindítását, illetve az elvégzését (78,8%). Elenyésző azoknak a száma (3,4%), akik csak a pszichiátriai szociális munkában látnák értelmét a képzésnek. A válaszadók egytizede egyáltalán nem igényelné a képzést és tizenegy fő nem tudta megítélni a kérdést.

Összegzés

A két lépcsős felmérésből kirajzolódott, hogy az ország minden megyéjében alkalmaznak kórházi szociális szakembereket és elsősorban az ország keleti része van lefedve szociális munkás státusokkal. Létjogosultságukat valószínűleg a térség jellemzője, a szociális problémák erőteljesebb jelentkezése is indokolta.

Az első hipotézisem csak részben igazolódott be, mivel igaz, hogy a kórházi szociális munkás posztokon különböző végzettségű szakembereket találunk, de a szakirányú végzettséggel rendelkezők száma jóval magasabb (84%), így homogénebb a végzettség szerinti megoszlás. Kiemelendő, hogy magas a szociális diplomával rendelkezők aránya (69%).

A szociális munkás státussal nem rendelkező kórházak száma (37%) még mindig igen jelentős, különösképpen azzal az adattal nézve, hogy a státussal rendelkező kórházak 52 %-ában csak egy szociális szakembert alkalmaznak, ami nem igazán teszi lehetővé a professzionális munkavégzést. A státusok 10%-a egyéb munkakörhöz rendelt, illetve félállásban biztosított (3,4%), ami azt jelenti, hogy – a létrehozott státusok ellenére is – egyes helyeken még mindig nem ismerik el a komplex ellátást nyújtani tudó szociális munkát. A szociális szakemberek megnevezésénél felszínre került, hogy a kórházi szociális munkások nagy része küszködik még a szociális nővéri múlt legyőzésével és az egyenrangú félként való elfogadtatásukkal. Az egyéb észrevételek között egyesek konkrétan meg is fogalmazták, hogy „az egészségügy kemény hierarchiája nem nagyon akarja befogadni, partnerként kezelni a szociális munkást”, „hiányzik az osztályvezetőkkel egyenrangú szociális team”.

A harmadik hipotézisem részben beigazolódott, miszerint a szociális szakemberek legnagyobb része (64%) az ápolási igazgatók alá tartozik a munkáltatói szempontból, de a szakmai vezetőség szerint már változatosabb felállások valósulnak meg. A szakmai felettes, illetve szociális csoport tag-e kérdéseket alapul véve két szervezeti megoldást találunk. Vannak az egyedül dolgozók (ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy egyedül vannak szociális munkásként az intézményükben), illetve a szociális csoportot alkotók. Az első esetben többnyire az ápolási igazgatók (48%), osztályvezető főorvosok (34%) a szakmai felettesek, míg a második esetben megjelennek a szociális csoportvezetők (33%) szakmai felettesként, de összességében nézve mégis

jellemzőbb (67%), hogy ezt a pozíciót az egészségügyi szakemberek töltik be.

A szociális szakemberek mellett a felettesek – elsősorban az ápolási igazgatók – is élhettek az írásos véleményadás lehetőségével. A megkérdezettek 25 %-a ezt meg is tette. Többen jelezték, hogy ahol több szociális munkás dolgozik együtt, ott azt tapasztalják, hogy a szociális munkások megtalálták a helyüket a hierarchiában. Ennek ellenére a kórházi szociális szakemberek nagyon kevés helyen alkotnak önálló részleget megfelelő szakmai vezetővel.

A negyedik feltételezésem csak részben nyert igazolást. A szakmabeliek között jellemző (62%) a munkakapcsolat kialakítása és az együttműködés mind eseti szinten, mind egyéb feladatok ellátásakor. Más szakemberekkel leginkább csak egy adott kliens ügyében kerülnek kapcsolatba, vagyis nem igen valósul meg az interdiszciplináris együttműködés, ami pedig a professzionális szociális munka egyik fontos eleme. A kórházi szociális szakemberek egészségügyi dolgozókkal való munkakapcsolata minősítésében nem jelent meg az oly sokszor hangoztatott el nem fogadás ténye.

A szociális szakemberek által ellátott feladatok köre bővül, de még mindig inkább a „tűzoltó” munka végzéséről tesznek tanúságot. A szociális munka prevencióban és magasabb szinteken való megjelenéséhez erőteljes szemléletváltásnak kell megtörténnie mind az egészségügy, mind a társadalom szintjén. A szociális munkásoknak pedig tudatosabban, bátrabban kell felvállalniuk a társadalmi tervezésben való részvételüket, hiszen ehhez megkapták az alapokat a képzésük során. A fentiekre tekintve az ötödik hipotézis csak részben igazolódott.

A hatodik hipotézisem beigazolódott. A szociális szakemberek munkakörülményeikkel kapcsolatos válaszaik és igényeik arról tanúskodnak, hogy több helyen nem fordítottak kellő hangsúlyt a szolgáltatások kialakítására. A személyi feltételeknél a legégetőbb, hogy többen teljesen egyedül kénytelenek ellátni az intézmény szociális feladatait, nem megoldott a szupervíziójuk és a bérük sincs arányban a végzettségükkel. Nagyon jelentős azoknak a száma (76%), akiket egyéb tevékenységgel is megbíznak a saját feladatuk ellátása mellett. A kérdőív kérdéséből nem derül ki, hogy ezek milyen munkák, de az feltételezhető, hogy a megbízás ténye arról is szól, hogy nem ismerik el a szociális munkát teljes értékű foglalkozásként. A tárgyi feltételeknél az alapvető működési hely nem kellően biztosított, hiszen a válaszadók legnagyobb része nem rendelkezik fogadóhelyiséggel, önálló irodával, sőt többeknek teljesen idegen szakma képviselőivel kell osztozkodnia. A gördülékeny ügyintézéshez szükséges alapvető eszközök, mint a számítógép, nyomtató, közvetlen telefonvonal is több helyen hiányzik. A váratlan esetek és bizonyos programok megvalósítása, fenntartása olykor megkívánná, hogy a szociális munkások pénzügyi kerettel is rendelkezzenek. A válaszok alapján egyértelmű, hogy a kórházi szociális munkásoknál ez nem megoldott.

Nagyon kevés helyen használják ki az egyesületi, illetve alapítványi forma által nyújtotta lehetőségeket.

A kórházi szociális szakemberek képzési lehetősége az egyik legmegoldatlanabb kérdés. Az általános szociális munkás képzés mellett egyre inkább megfogalmazódott, hogy bizonyos területeken speciális, mélyebb tudásra van szükség a hatékonyabb munkavégzés érdekében. A mentálhigiéné, gyermekvédelem, családgondozás, addiktológia területén létrejöttek a diploma megszerzése után elvégezhető másodképzések, de az egészségügyi szociális munka kimaradt e körből. A kórházi szociális szakemberek a kérdőív kapcsán egyértelműen kifejezték, hogy igényelnék a posztgraduális képzés elindítását, és ha lehetőségük lenne rá, el is végeznék. A legviszább helyzetet a kötelező továbbképzési rendszer mutatja, amelyben egyértelművé vált, hogy az integrált intézményekben dolgozó szociális szakemberekről teljesen megfeleltek a törvényhozók. A válaszadók a kutatással kapcsolatos észrevételeik között erre külön felhívták a figyelmet, és az érdekképviseleti szervezet létrehozását is többen megemlítették. Viszont a válaszadók nagy többsége (67%) – a visszas helyzet ellenére is – részt vesz továbbképzéseken, sőt közülük legtöbben munkahelyi támogatással. A hetedik hipotézisem így csak részben igazolódott be.

Egy új kutatás keretén belül érdemes lenne a kórházi szociális munkások feladatvégzése során felmerülő kérdéseket, dilemmákat feltérképezni.

Befejezés

A jóléti szolgáltatás létrehozása egy összetett folyamat eredménye. Egy jóléti szolgáltatásnak van története, kialakulása, amelyben érvényesül a fokozatosság elve. A szolgáltatás megszervezéséhez először az egyéni szükségleteknek, problémáknak kell a felszínre kerülniük, hogy láthatóvá váljanak, és beszélni lehessen róluk. A felfedések után észlelhető, hogy az adott szükséglet, probléma többeket is érint, és a kielégítésük akkor gazdaságos, ha össztársadalmi szinten kezelik. A kezelésnek az egyik formája az adott szervezeti struktúra átalakítása, az igényekhez való igazítása, illetve egy teljesen új szervezeti keret létrehozása, amely a szolgáltatások alapját jelentheti.

Magyarországon a rendszerváltással vált lehetővé a valós szükségletek, állapotok felszínre kerülése, és a róluk való gondolkodás. A magyar lakosság rossz egészségi állapota már korábban keletkezett, de a mutatói csak az utóbbi évtizedben kerülhettek nyilvánosságra, amikor is az átmeneti időszak kihívásai még jobban rontották az amúgy is rossz tendenciát. A helyzet kezelése már halaszthatatlanná vált, így az egészségpolitika fő célkitűzései közé helyezte a népegészségügyi szemléletet. Az egészségügy területén megindult reformfolyamat elsősorban a gazdasági szerkezet szintjén ért el változásokat, és úgy tűnik, csak lassan veszi át az új, népegészségügyet szolgáló szemléletmódot.

A kórházi szociális munka, mint jóléti szolgáltatás létrehozása az egyik olyan mozzanata az egészségügy átalakulásának, amely arról tesz tanúságot, hogy az egészségügy – elsősorban a kórház – elismeri a társadalmi rehabilitációban való részvételének a kötelességét.

A felmérésem eredményeinek tükrében azt látom, hogy a kórházak többsége kezdi felismerni ezt a feladatát, de még nem fektet rá kellő hangsúlyt. A kórházak beengedték a falaik közé a szociális szaktudással rendelkezőket, de nem minden esetben látják bennük a teljes értékű munkatársat, akár ha a feladatok biztosítását, akár az ellátandó feladatköröket nézzük.

A kapott eredményeket viszont nézhetjük arról az oldalról is, hogy egy új szolgáltatás létrejöttének vannak kezdeti nehézségei és különböző szakaszai, amelyeken át kell jutnia a kiteljesedés eléréséhez. Ezeket a lépcsőfokokat a fejlett ország képviselői sem tudták kihagyni. Innen nézve a hazai kórházi szociális munka helyzete nem reménytelen, hiszen törvényi előírás nélkül, a minimumfeltételek megalkotása előtt már létrehoztak kórházi szociális munkás státusokat, és legtöbb esetben a nagyobb hatókörrel rendelkező vezetők-höz rendelték, amely lehetőséget biztosíthat a jövőben önálló részleg megalkotására, ha az egyedül dolgozóknak sikerül az elismertségüket növelni és létszámukat bővíteni. Nagyon sok függ a már most dolgozó kórházi szociális munkásoktól, hogy ők hogyan képviselik a szakmát. A visszaküldött kérdőívek arányát (a feldolgozás után is még érkeztek kérdőívek) és az egyéb rovatban tett megjegyzéseiket nézve az látható, hogy a kórházi szociális munkások nem közömbösek a munkájuk helyzete iránt, így a kórházi szociális munka továbbfejlesztése ügyében érdemes velük is számolni.

Felhasznált irodalom

- PETER LÜSSI (1997): A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve. Magyar Testnevelési Egyetem - HÍD Alapítvány - Párbeszéd Alapítvány, Budapest, 119-162.
- PÉK ISTVÁN (2000): Merre tovább szociális munkások? Szociális Munka, XII. évf. 2. sz.
- PIKÓ BETTINA-PICZIL MÁRTA (2000): „És rajtunk kisegít...?”, Esély 1.sz.
- TÖRÖK JUDIT(1998): A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. Szakmai Szövetség, Budapest, 146.
- 21/1998. (VI.3.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.
- 60/2003. (X.20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.