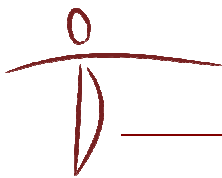


Valóban
„KÖZÖS NYELVÜNK AZ EGÉSZ-SÉG”?
Részletező fejezet



5. Részletező fejezet

Határterületek – az első találkozás dilemmái

Hosszú János

Cigány Kisebbségi Önkormányzat, Dunaújváros:

Roma konfliktuskezelés a kórházban

A kisebbségi társadalmon belül felnőtt egy olyan generáció, akik tanultak és ők is másokhoz hasonlóan szeretnének a társadalomba beilleszkedni és annak hasznos tagjaivá válni.

A dunaújvárosi Szent Pantaleon kórházba egy felkérést követően érkeztünk. Az osztályokon fekvő roma betegekhez érkező család, a hozzátartozók sok esetben akadályozzák az orvosok és az ápolók munkáját, vagy viselkedésükkel zavarják a többi ott fekvő beteg gyógyulását. A korábban már kidolgozott és több bölcsődében, óvodában és általános iskolában is jól működő programunkkal érkeztünk a kórházba és megkötöttünk egy együttműködési megállapodást.

Ennek a programnak az egyik fő feladata a feszültségek csökkentése, egyensúly megteremtése a különböző kultúrák között. A különböző szakemberek által felállított csapat probléma-jelzés esetén kimegy a kórházba és a konfliktuskezelés módszereivel kezelik ott és akkor az adott problémás helyzetet.



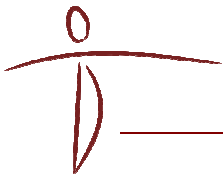
Kocsis Ildikó, szociális munkás

Jósa András Kórház, Nyíregyháza:

Mi a komplex egészség? Szakmák kapcsolódása a teljesebb szolgáltatásért! (Szükségyszerűség, hatékonyság, lehetőségek, dilemmák)

2009-ben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében megindult egy olyan kezdeményezés, hogy a megyében található egészségügyi intézmények egy holdingba tömörülve, - de az állam, illetve az önkormányzat finanszírozásában -, lássák el a hozzájuk fordulókat hatékonyabbá téve a rendszert. A változások célja alapvetően az volt, hogy minél kevesebbet kelljen kórházban töltenie a betegnél, minél gyorsabban és otthonában épülhessen fel. Ehhez az új vezetőség keresett olyan szakembereket, akik segítenek a betegek utógondozásának megszervezésében.

A klienssel mindig egy kiszolgáltató helyzetben találkozik az egészségügyi szociális munkás, ebben a helyzetben méri fel a kliens szociális és mentális állapotát. Az egészségügyben dolgozó szociális szakember „paramedikális” személy, de tevékenységét egészségügyi szakdolgozókkal együtt team munkában végzi és mivel egy kórház berkein belül több szociális szakember dolgozik, így kapcsolati tőkéje igen széles körű. Az esetek



menedzselése során az ellátások összehangolása a kliens igényei, (anyagi helyzete és betegség képletei alapján) és az adott település lehetőségei között, figyelembe véve emellett a kórházi ápolási napok számát a mindennapokban igen nagy szakmai kihívás. Ezt tetézi, hogy az ellátórendszer meghatározott minimumösszeg felett nyújtja szolgáltatásait, ami megnehezíti a kliensek ellátáshoz való hozzáférését.

Az előadás során világossá vált, hogy mi nevezhető egy esetnek, ami egy hosszabb, mindkét fél részéről aktív együttműködést igénylő folyamat, míg egy hozzátartozó felkutatása nem az. A legnagyobb problémát a TAJ kártya nélküli, bevándorló, szociálisan hátrányos helyzetű krónikus betegek jelentik, akiknek az utógondozása nagyon nehézkes biztosítási viszony nélkül. A kórházban szociális indokkal való tartózkodás a legkevésbé gazdaságos ellátási forma. A krónikus ellátás értelemszerűen jóval drágább, mint a szociális ellátás. Érthető, hogy jelen gazdasági helyzetben egyik kórház sem engedheti meg magának, hogy szociális indokkal lásson el betegeket. Ezért kiemelkedő fontosságú a krízis időszakban a soron kívüliség. Az optimális életminőség kialakításához ötvözni szükséges az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, és igazodni kell az új igényekhez és kihívásokhoz.

Az elkövetkező időszak legfontosabb feladata, hogy az egészségügyi szociális munka szükségességére és jelentős gazdasági-költséghatékonysági momentumára felhívjuk az egészségügyi menedzsment és egészségügyi gazdasági szakemberek, valamint a társszakták figyelmét.



Kéri Ibolya, egészségügyi szociális munkás
EgészségŐr Alapítvány:

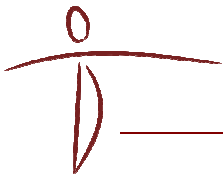
A szociális munkás szerepe a betegdukációban

Az önségítés szellemisége évszázadok óta az emberiség gondolkodását átható, meghatározó érték, ami egészen az ókori görögök filantropizmusához vezethető vissza. Az 1800-as évek végén világszerte előtérbe került az önségítés gondolköre és az 1950-es, 60-as évektől tömegesen alakultak az egymás támogatását, segítségét célul kitűző csoportok és fokozatosan terjedtek más országokban is.

Hazánkban a szív- és érrendszeri megbetegedések mellett a daganatos elváltozások szedik a legtöbb áldozatot. Napjainkban még mindig tartja magát az a téves elképzelés, hogy a daganatos diagnózis egyet jelent a gyógyíthatatlan betegséggel és a viszonylag gyors elmúlással. Ez a betegség ma is stigmatizál. Az elmúlt évtizedben az onkomedicina robbanásszerű fejlődésének köszönhetően ma már a daganatos betegség is krónikus betegséggént kezelendő, kiszűrhető és meggyógyítható.

Az elmúlt évtizedek során megváltozott a betegek tájékoztatásának módszere. Mára eljutottunk odáig, hogy nem a paternalisztikus orvosi stílus az uralkodó. Megjelentek olyan civil szervezetek, önségítő csoportok, újságok, internetes portálok, kommentelők, akik felvállalták a tájékoztatást és mára már ezt törvény írja elő.

Sajnos ez a sok információ mostanra kezelhetetlenné vált, mivel nincs mögötte háttértudás. A rengeteg, néha ellentmondó információ bizonytalanságot szül. A



tájékoztató beteg nem egyenlő a tájékozott beteggel. Itt van kiemelkedő szerepe a hiteles forrásoknak és a bizonyítékon alapuló orvoslásnak.

A daganatos betegség diagnózisának közlése a betegnek és tágabb környezetének mindig traumatizáló esemény, az ember bio-pszicho-szociális és spirituális egységében okoz sérülést. A betegség feldolgozása függ az illető személyiségétől, megküzdési módszereitől, ismereteitől és attól, hogy mennyire hajlandó elfogadni külső segítséget.

Akik ilyenkor egy önszorgító csoportba, betegklubba fordulnak, akarnak, tudnak, mernek beszélni félelmeikről, megosztják kétségeiket, bánatukat, kérdeznek, érdeklődnek, azok kevésbé válnak a kezelésekre passzív elszorultaké. Sokan a kórházi kezeléseken túl, a fizikai, biológiai ellátásuk után lelki problémáikkal egyedül maradnak, hiszen a mai egészségügy még a legfelkészültebb, legempathikusabb orvosnak sem teremt elég időt és lehetőséget, hogy komplex módon támogassa a beteget.

Ilyenkor a betegklub, egy betegtárs sokat tehet a krízisben lévő betegért. A klubok jó teret szolgálnak arra, hogy az orvosok és a betegek a kórházi rendeléshez képest kötetlenebbül, tágabb időkorlátok között legyenek együtt és a felmerülő kérdéseket alaposabban megvitathassák. Az önszorgító csoport tehát kiváló betegoktatási és – végső soron – rehabilitációs színtér, melynek szervezésében, szakmai háttérének biztosításában jelentős szerepet vállalhatnak a szociális munkások kollégák. Mert ha a beteg tájékozott, akkor jobban kérdez, biztosabban dönt, eligazodik és aktív részese lesz a kezelésnek és végezetül, de nem utolsó sorban gyorsabban gyógyul.



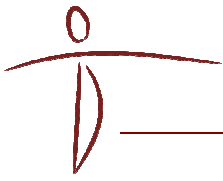
Nagy Andrea, egészségügyi szociális munkás
SZTE Gyermekgyógyászati Klinika:

Önmagunk- és eseteink menedzselése

Az előadás során útmutatót kap a kórházi szociális munkás, hogy hogyan ismertesse meg magát a betegekkel, kollégáival. Hogyan legyen hatékonyabb munkájában, hogyan érje el a legkedvezőbb kimenetet egy-egy esetben.

Hogyan is fogjunk hozzá? Először meg kell ismertetni a kollégákkal az egészségügyi szociális munkát, előadások, szórólapok és egy jó pártfogó segítségével. Tájékoztatót kell a betegeknek az elérhetőségről, és fő tevékenységekről. Esetmegbeszéléseken való részvétel során hangsúlyozni kell a hatékonyságot, fontos tisztázni a kompetenciáit, mi az, ami a munkakörébe tartozik és mi nem. Fontos, hogy konferenciákon tartson előadást, írjon cikket, csak így lehet megismertetni és elfogadtatni az egészségügyben végzett szociális munkát!

Az esetmenedzselés során a megoldás megtalálása több lépcsős feladat, meg kell találni, hogy mi az optimális a betegnek (túlélés, lelki egészség), és mi a családnak (trauma feldolgozása, anyagi helyzet normalizálása, válságkezelés és szolgáltatásokhoz való hozzájutás). Az esetnek kell legyen egy irányítója, köré kell szervezni egy ellátó csapatot, az elvégzendő feladatokról tervet kell készíteni, rugalmas, alkalmazkodó hozzáállást kell biztosítani és folyamatos értékelés visszajelzést kell adni a munka során!



Az együttműködéshez külön szabályokat kell felállítani, mint a titoktartás, kompetenciahatár betartása, információ áramoltatása, folyamatos visszajelzések és értékelések a folyamat során, egyenrangú felek és az eltérő látásmód bevonása a csapatmunkába. A csapat létrehozása kulcsfontosságú az esetmunkában, legyen az egy családi csapat (beteg, szülő, egyéb hozzátartozók), egészségügyi csapat (orvos, gyógytornász, ápoló), pszicho-szociális csapat (pszichológus, szociális munkás), közösségi csapat (szociális szolgáltatók, szervezetek, alapítványok). A beteg szószólója az eset irányítója, bizalmi kapcsolatot épít ki a beteggel és családjával folyamatosan támogatva azt, közvetít a team felé, rendelkezik megfelelő kapcsolati tőkével és használja azt, és a családot képessé teszi, hogy megküzdjenek a megváltozott helyzettel.

Rehabilitáció

Dr. Fehér Miklós, igazgató,
Batthyány Kázmér Szakkórház, Kisbér:

Rehabilitáció

A szociális munkában az elmúlt harminc évben nem történt komolyabb változás, előrehaladás. Azonban a rehabilitációs szemlélethez egyre inkább társul a szociális konzekvencia is.

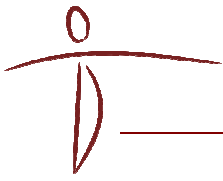
A fogyatékoság károsodás kérdés az FNO szerint lehet maga a betegség/ rendellenesség, mely létrehozhat például kardiológiai, funkcionális károsodást. Létrehozhat az emberi cselekvőképességben olyan zavart is, ami a társadalmi beilleszkedést, a társadalmi életben való mozgás zavarát válthatja ki. Ezeket a hatásokat befolyásolja az embernek a személyisége és a környezete. A környezet pedig lehet épített és lehet társadalmi. A szociális munkás a kórházban az összekötő kapocs a beteg és a külvilág között, olyan személy, akiben a beteg megbízhat.

A szociális munka legfontosabb feladata mihamarabbi kapcsolatfelvétel. A rászorulóknak való ellátása fontos kérdés - pl.: a Máltai Szeretetszolgálat segítségével. Ezután a szociális munkás felveszi a családdal a kapcsolatot, a beteggel pedig a szociális anamnézist. A szociális anamnézisbe tartozik pl.: a családi helyzet tisztázása/kapcsolatok; lakhatás feltérképezése - tulajdoni és akadálymentességi viszonyok; foglalkoztatási helyzetkép; anyagi háttér áttekintése; milyen érdeklődési körrel bír.

Ennek alapján a szociális munkás intézkedési tervet készít és a gyógyító teammel való konzultáció után egyeztet a beteggel és az esetleges hozzátartozókkal, arról hogy mi várható a rehabilitáció befejeztével. Realisztikus terv készítése aszerint, hogy mi az elsődleges adott helyzetben a fontossági sorrend alapján.

Végezetül főbb kérdéseket fogalmazott meg:

- Hatékonyság szempontjából fontos lenne, hogy osztályonként legyen egy-egy szociális munkás.
- Fő kérdés, hogy Önkormányzathoz tartozzon vagy kórházhoz?
- Megvalósítható-e a szociális prevenció, utánkövetés?
- Pszicho-szociális team fontossága kiegészítve a testi gyógyítókkal.



*Dr. Paraicz Éva, osztályvezető főorvos, és
Emmerné Sorompó Anett, szociális munkás
MRE Bethesda Gyermekkorház:*

Rehabilitáció helyett életfogytiglani segély?

Az idők során az intézmény sok feladatot felvállalt, így 2007-ben 25 rehabilitációs ágygal bővíthette profilját a kórház, az országban egyedülálló módon. Tornatermet alakítottak ki és dekorálták a kórtermeket. Az orvosi rehabilitáció fogalma mentén állítottak fel egy multidiszciplináris csapatot, tekintettel a gyermek sajátos igényeire és a szülők kiemelkedő szerepére. Ebben a teamben a kezdetekkor nővérek látták el a szociális munkás szerepét, majd később ismerkedhettek meg magával a szociális munkával is. Sok új szakma kapcsolódott be az idők során így egyre bővült a feladatkör és szélesedett a látókör. Az elmúlt 5 évben a betegforgalom egyenletesnek mondható, körülbelül 100-120 beteg kerül az osztályra egy évben.

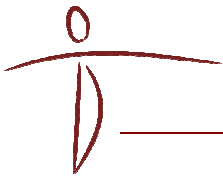
A betegek egyre súlyosabb állapotúak és egyre több szempontból segítségre szorulóak. Az OORI-ból átvett feladatok miatt egyre több a koponya és gerinc sérült beteg. A funkcióvesztéssel járó súlyos betegséggel a családban nem tervezett változások álltak be, felborult a családszerkezet, az anyagi biztonság és nem utolsósorban a szociális helyzet és a társas viszonyok is, ezáltal kialakult egy krízis. Az esetleges támogatások csak egy-egy halat jelentenek az éhezőknek, míg a komplex - multidiszciplináris támogatás halat ad, és megtanítja a halászatot az arra rászorulóknak.

Kiemelkedő fontosságú és egyben szociálpolitikai szempontot is felvet az a kérdés, hogy meddig maradjon az arra rászoruló a kórházban. A folyamatos visszatérés elkerülése miatt fontos, hogy ha bár ez akár veszteséges a kórháznak a kis beteg addig tudjon a kórházban maradni, amíg sorsát megnyugtatóan el nem tudják rendezni. A rehabilitáció is human tőke védelmét jelenti, a szociális munkás tekinthető rehabilitátornak, hisz a megmaradt képességeket próbálja megtartani, illetve fejleszteni, hogy az önállóságot érhesse el maga a kliens. Sajnos a rehabilitáció finanszírozottsága nem áll egyenes arányban annak hasznosságával. Ha a rehabilitáció nem következik be, akkor jelentős human tőke elvesztésével kell számolnunk, és akkor a szociális munkás sem tenne mást, mint ellátáshoz juttatná a klienseit.

A gyermekvédelmi támogatások azon felül, hogy szerény összegűek, nem segítik igazán a szociális biztonság megteremtését. Ide tartozik az emelt összegű családi pótlék, az ápolási díj, rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, közgyógyellátás és az úti-költségterítés, lakásfenntartási támogatás, rendkívüli támogatás, gépkocsi-szerzéshez kötött támogatás. Ez a sok kis összeg elaprózott, nehezen követhető, és amint a szülők visszamennek dolgozni, mindezen ellátásokat elveszítik, mivel ezek rászorultsági alapúak. Az ellátások nem fokozatosan szűnnek meg, az általuk szereshető előnyök egyszerre válnak semmivé. Az ellátások nem hatékonyak, csak tűzoltásra elegendők.

Milyen volt a Bethesda kórház szociális munkás nélkül egy eseten keresztül szemléltetve:

Két alapvetően jó szociális helyzetben levő két aktív keresős, középfokú képzettséggel bíró családot hasonlított össze. Betegségük súlyossága is eltérő, míg a gondozott családnál féloldali bénulással, súlyos mozgáskorlátozottsággal, értelmi fogyatékkal, minimális fejleszthetőséggel és önellátásra képtelenséggel kellett számolni, addig a gondozatlan



családnak egy születés kori betegség következményekor fellépett enyhe mozgáskorlátozottsággal, közepes súlyos közeli értelmi fogyatékossgal, jó fejleszthetőséggel, de önellátásra képtelen állapottal kellett szembe néznie. Szociális munkást mind a két esetben hívtak, a gondozott családnál a bekerülés első napján, a gondozatlan család esetében az első héten. Gondozott család esetén ez a betegség kialakulása után 3 hónappal történik meg, míg a nem gondozott család esetén ez 15 évet jelent. Az egyik esetben aktívan, míg a másik esetben passzívan vesznek részt a segítség folyamatában. Az aktív család minden lehetőség szerinti segítséget igénybe vesz a pszichoterápiától az elfogadásig, félelmeiket tudják kezelni, önszegítési mechanizmusaik jók, ellenben a gondozatlan család csak segélyek ügyintézését veszik igénybe, illetve félelmeik irreálisak, ezek akadályozzák a segítséget, elszakadni képtelenek a szülők a gyerektől és nincsenek önszegítő mechanizmusaik.

A gondozott családot újabb krízis érte, a gyermek állapota romlott, az édesapa elhagyta a családot, új párt talált, az édesanya összeomlott, ebben a helyzetben krízisintervenció vált szükségessé. A gondozott családnál az anya megjelenik a termelői oldalon, aktív családi életet él, nem magányosodott el, a gyerek iskolába jár. Ebben a helyzetben folytonos jelenlét szükséges, hiszen akkor van ránk szükség, amikor a krízis kialakult. A gondozatlan család minden segélylehetőséget igénybe vesz, viszont passzívak, elmagányosodtak, izolálódtak.



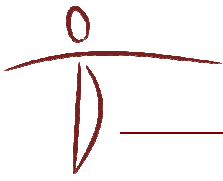
Horváthné Mészáros Gabriella, szociális munkás
SMJV Erzsébet Kórház, Sopron:

„Fél lábbal az életben” - Rehabilitációs team munkája egy eset bemutatásán keresztül

1992-ben hozták létre az akkor meg Belgyógyászat - Utókezelő elnevezésű osztályt, azzal a céllal, hogy hosszas gyógyulást igénylő betegeket is elláthassák. A folyamatos rekonstrukciónak köszönhetően az osztály a kórház szinte valamennyi részlegét megjárta. Ennek előnye, hogy sok szakemberrel és kollégával ismerkedhettek meg és építhettek ki szoros munkakapcsolatot. 2007-ben válhatott az új elvárásoknak megfelelően belgyógyászati rehabilitációs osztállyá.

A rehabilitációs feladat ellátásához többféle profilú szakemberek munkájára van szükség, tehát csak team munkában végezhető. A rehabilitációs team a beteg köré épül, itt található azok a szakemberek, akik folyamatosan elérhetők, mint a szociális munkás, orvos, ápoló, gyógytornász, a kórház területén elérhető a dietetikus, fizioterápiás szakasszisztens, pszichológus, logopédus, ortopéd műszerész. Az osztályra bekerülést megelőzi egy szakorvosi felmérés, ami elemzi a beteg rehabilitálhatóságát. A rehabilitációs tervet team megbeszéléseken minden szakember jelenlétében dolgozzák ki és a folyamat során beszámolnak a munkájuk eredményességéről, az esetleges hátráltató tényezőkről.

56 éves férfibeteg esetében korábbi érbetegség és szenvedélybetegség szerepel. Előzőleg érműtete után hazabocsátották, majd egy közterületi rosszullét után nézett újabb súlyos műtét elé. A műtét után zavarttá vált, jobb lábában újabb vérzés lépett fel, így elkerülhetetlen volt az amputáció. A beteg soványan, katéterrel, sorvadttal izmokkal, dezorientáltan és agresszíven viselkedve került át a Rehabilitációs Osztályra. A szociális körülményei: elvált, 3 felnőtt korú gyermeke van, akikkel csak lazán tartotta a



kapcsolatot. Főként alkalmi munkákból élt, jövedelme kideríthetetlen volt. A barátjánál volt szívességi lakáshasználó, de bejelentett címe az egyik gyermekénél volt, ahol nem élt életvitelszerűen.

Ezen ismeretek birtokában dolgozták ki a következő rehabilitációs tervet:

Rövidtávon az egészségügyi személyzet szemszögéből a szövődmények elkerülése, mozgásterjedelem növelése, csonkformálás, kondíció javítása, önellátás javítása és a helyes segédeszköz használata. Hosszú távon egyensúly fejlesztése, izomerő-megtartás, járástanítás és a teljes önállóság elérése volt a cél. A szociális tervben két dolgot tartott a team fontosnak, hogy a jövedelmi viszonyait tisztázzák, és megfelelő otthont biztosítsanak számára. Tekintettel arra, hogy régebben komoly munkaviszonnyal rendelkezett esélye volt rokkantnyugdíjra. A másik fontos tényező a lakhatásának biztosítása. Az eltelt hónapok alatt lassan megnyugodott a beteg, irányíthatóvá vált. Tekintettel a beteg pszicho-szomatikus állapotára a pszichiátriai konzílium cselekvőképességet kizáró gondnokságot javasolt. Rokkantellátása és fogyatékosági támogatása már ekkor folyamatban volt. Önellátása januárra jelentősen nőtt, de sajnos egy hirtelen állapotromlás miatti visszaesés után újra agresszív lett.

Állapota lényeges javulást mutatott, önellátásra képtessé vált, protetizálása megkezdődhetett, nyugodttá, kiegyensúlyozottá vált, ellátásait elbíralták, gondnokoltá vált. A beteg orvosi és szociális rehabilitációja egyszerre ért véget. Önállóan járt, a szociális intézmény helyet biztosított számára. Megerősödve távozott, mentálisan feltisztult, ellátása és jövedelme is megoldódott.

Hajléktalan ellátás

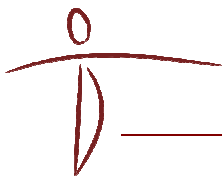
*Dr. Pálvölgyi Gabriella, főorvos és
Legendi Mónika, szociális munkás*
BMSZKI Orvosi Krízis Szolgálat:

Hajléktalanság és egészségügy - Egészségügy és szociális munka Kéz a kézben a hajléktalan ellátásban

Budapesti Szociális Központ és Intézményeiben hajléktalan betegeknek egészségügyi rendszerében az egészségügyi és a szociális szakemberek team munkában dolgoznak a hajléktalan emberek egészségügyi, szociális helyzetének jobbításán mind járóbeteg, mind fekvőbeteg ellátásban. Itt mindenféle betegséggel küszködő ellátottat találunk, akiket a mediko/szociális, vagy szocio/medicinális szemléletet magukévá téve látnak el. Bekerüléskor két fontos szempontot vesznek figyelembe, hogy van-e vagy nincs egészségügyi, illetve hogy van-e vagy nincs szociális katasztrófa. Hiszen annak, aki megrokkann egészségében, az elkerülhetetlenül megrokkann szociális helyzetében, illetve ez fordítva is igaz, aki szociális kihívásokkal küzd, az előbb utóbb egészségügyi problémákkal is szembe találja magát.

Bemutatták a munkájuk során tapasztalt eredményeket, lehetőségeket, nehézségeket. Az igénybe vehető egészségügyi ellátások, szolgáltatások a következők:

- 24 órás hajléktalan háziorvosi szolgálat



- Pszichiátriai szakrendelés
- Bőrgyógyászati szakrendelés
- 73 ágyon krónikus fekvőbeteg ellátás
- Fogászati alapellátás

2009. tavaszán a járóbetegek ellátásához új, korszerű rendelőt nyitott a BMSZKI a józsefvárosi Kőbányai út 22. szám alatti épületkomplexumban, ahol párhuzamosan több rendelőben is tudjuk fogadni a jelentkezőket. A rendelésen megjelentek emelkedő száma bizonyítja, hogy egyre nagyobb igény van a háziorvosi ellátásra. Az elmúlt évben a 2009. évi forgalomhoz képest 20%-os növekedést tapasztaltunk az ellátottak létszámában.

Háziorvosi ügyelet keretében a nappali rendkívüli eseteket, utcáról behozott sürgősségi eseteket a Dózsa György úti telephelyen látjuk el¹, bár egyre többször jelentkeznek a beteg emberek saját maguk is a Kőbányai úti telephelyen a háziorvosoknál. Éjjel és hétvégén a Dózsa György úton megszervezett folyamatos orvosi ügyelet látja el a jelentkezőket. Kiemelkedő jelentősége van az ügyeletnek a téli krízisidőszakban. Együttműködési megállapodás keretében látják el a Menhely Alapítvány által koordinált utcai szolgálatok által bekísért, beszállított betegeket.

A rendszer része a heti 5 alkalommal területre kiszálló és ott alapellátást nyújtó Mozgó Orvosi Szolgálat. A BMSZKI egészségügyi szolgálata a korábbi évek tapasztalatai alapján elsősorban az éjjeli menhelyeken, nappali melegedőkben keresi meg a beteg személyeket, és ott nyújt számukra alapellátást, gondozást. Az ellátott területen az éves forgalom 2212 fő volt. Az idei évben is működhetett pályázaton nyert pénzből az oltási prevenció program, ennek keretében az önként jelentkezőket A+B vírushepatitis, pneumococcus-fertőzés és influenza elleni védőoltásokban részesítettük. 2012 nyarán a Gyáli úti ÁNTSZ állomás megszűnt, így az ellátó szállók egyéni feladata gondoskodni az ellátottjaik fertőtlenítésről, ami igen nagy terhet ró a hajléktalanellátásra.

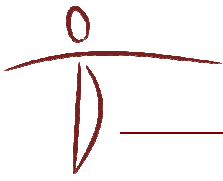
Gyermekvédelem

Mórocz Veronika, egészségügyi szociális munkás, védőnő
SZKTT Gyermekjóléti Szolgálat, Szeged:

A gyermekvédelmi célú egészségügyi szociális munka modelljének bemutatása a Dél-Alföldi Régióban végzett országos módszertani jó gyakorlat tükrében.

10 éve az országban először ebben a régióban kezdték ezt a szolgáltatást nyújtani. A munka alapját a gyermekvédelmi törvény adja. A módszertan kidolgozásának célja a gyermek-egészségügyben a szociális munkás szerepének a tisztázása, illetve megfelelő problémamegoldó sémák kidolgozása a dilemmákra és hiányosságokra. Ennek a munkának a célja a kiskorú veszélyeztetésének felismerése, a válsághelyzetben lévő kismamák azonnali megsegítése, a pszichés-fizikális bántalmazások hatékonyabb szűrése, illetve az egészségügyi jelzőrendszer operatív feladatellátása, azaz koordinálása. A 2012-es egészségügyi minimum rendelet változása hátrányosan érintette a kórházi szociális munkásokat. Speciális szükségletű klienskörről van szó, mint a kiskorú várandós,

¹ 2013 óta a Szabolcs utca 33-35 szám alatt találhatóak a BMSZKI Egészségügyi Intézményei (a szerk. megjegyzése).



bántalmazott kismamák, krónikus beteg gyermekek, pszichiátriai betegséggel küzdő kiskorúak, elhanyagolt és (pszichésen - fizikálisan - szexuálisan) bántalmazott gyermekek.

Alapvető feladata a gyermekvédelmi célú kórházi szociális munkának a javaslattétel alapellátásra, védelembe vételre és ideiglenes hatályú elhelyezésre. A gyors ellátáshoz való hozzájuttatás megszervezése, szakorvosi konzultáció megszervezése és a szakorvosi vélemény bekérése, környezettanulmány, tanácsadás és végezetül a jelzés a szakellátás felé kulcsfontosságú. Ebben az ellátórendszerben egy hatékony belső és külső tagként van jelen a szociális munkás, ami egyértelműen hozza a minőségi munkát. Előnye lehet, hogy ebben a rendszerben a szociális munkás nem klinikai alkalmazott, nem függ a kórház szakszemélyzetétől. A speciális szükséglet miatt ezeknek az elhanyagolt, vagy krónikus betegséggel küszködő gyerekeknek szükségük lenne speciális nevelőszülőre, ami vagy nincs, vagy csak nagyon kevés van az országban. Sajnos a rendszer gyakran tehetetlen, ugyanis gyakori hogy egészségügyi problémával született csecsemőt nem tud befogadni egy egészségügyi profilú csecsemőtthon, és gyakorlatilag a csecsemőosztálya a kórháznak „neveli” fel másfél éves koráig, hiszen a szülők nem készültek fel erre és körülményeik nem engedik a gyermek hazahozatalát. Egy-egy esetért egy esetkonferencián egy szakorvos felel. Fontos, hogy amíg a hatósági intézkedés meg nem történik, addig tartják a veszélyeztetett kiskorúakat, várandósokat.

A Dél-alföldi Régióban végzett kutatás célja az volt, hogy felmérjék a régió kórházaiban, klinikáin és a gyermekjóléti központokon keresztül a munkamódszereket és a szakmai tapasztalatokat. A módszertanban sem egységes az a 350 módszertani központ, ami az országban található. A kiskorú veszélyeztetettsége esetén a jelzési kötelezettség ismerete az intézményekben mára már 91%. A jelzés útja egyértelműen láttatja az erős hierarchikus rendszert az egészségügyben. A kiskorú veszélyeztetettség és a családon belüli erőszak a leggyakoribb munkájuk során.

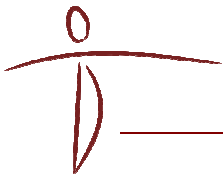
Az előadó meglátása szerint a háttérintézmények véleménye a kórházi szociális munkáról az, hogy medikalizál, igazi problémát nem oldja meg, illetve hogy a gyermekvédelem területén túlságosan védi az egészségügyi, illetve másik szempontból a szociális szférát.

Pszichiátria

Krausz Virág, szociális munkás
PTE KK Pszichiátriai Klinika:

Szociális munkás szerepe és feladatai a pszichiátria területén

Az előadás azt szeretné bemutatni, hogy milyen a pszichiátriai betegséggel élőket segítő intézményrendszer, megmutatja annak jelenét és kiemeli, hogy milyen jövő felé kellene törekednünk. Választ keres arra, hogy egy nagy egyetemi Pszichiátriai Klinika hol helyezkedik el ebben a rendszerben, vagyis az egészségügy és a szociális ellátórendszer milyen pontokon kapcsolódik a betegek minél hatékonyabb ellátásának érdekében. A klinika már 1990 óta alkalmaz szociális munkást olyan területeken, mint általános, sürgősségi ambulancia és egyéni szakambulanciák.



Vulnerabilis stressz modellen keresztül lehet jól megérteni a pszichiátriai betegségek mibenlétét. A betegségek kialakulásának alapja egy biológiai - genetikai alapú sérülékenység. Az ezzel rendelkező emberek kiszolgáltatottabbak stressz helyzetekben. A különböző pszicho-szociális, egzisztenciális nehézségek ezzel a sérülékenységgel együtt külső stresszorként vezethetnek betegségek kialakulásához. A megelőzésben és kezelésben ezért elengedhetetlen a szociális faktorok figyelembe vétele is. A betegek számára a pszichiátriai kórképek nem egyszerűen "csak" betegségek, amit meg kell gyógyítani, aminek csökkenteni kell a tüneteit, szinten tartását elősegíteni, hanem egy jóval összetettebb probléma, amely egy életen át kíséri őket. Mindezek befolyásolják az életminőséget, interperszonális kapcsolataikat, és nem utolsó sorban egzisztenciájuk alakulását. A szociális munkás szerepe, hogy a betegek minél többet meg tudjanak őrizni a betegség előtti életük mindennapjaiból, és kiaknázhassák a lehető legtöbbet az azt követő lehetőségeikből. Fontos kiemelni, hogy minden eset más, hisz minden egyénnek más a személyisége, és kiaknázhatósága az én erejének mértéke.

Több tényező határozza meg a munka menetét: a kórházi kezelés időhatára, a páciens életkora és kapcsolatrendszere. Mindezek szükségessé teszik a szociális munkás számára a teljes egészségügyi, szociális intézményrendszer ellátásainak, eljárási szabályainak, jogszabályi hátterének hiánytalan ismeretét.

A napi munkához ugyanúgy hozzá tartozik az esetmenedzselés, mint a szupportív konzultáció, kíséret, érdekképviselés, vagy akár a családterápián való részvétel. A munkához nélkülözhetetlen egy komplex intézményi együttműködés, amit jelen esetben az egészségügyi szociális munkás valósít meg, például a beteg közösségi ellátásokba való kigondozása.

Az egyéni életcélok, feladatok elérésének elősegítése (Weöres Sándor szavaival, hogy miként tudják megtanulni, használni a bennük is meglévő létrát) nemcsak személyes kérdés a pszichiátriai betegek esetében, hanem társadalmi vonatkozásai is fontosak mindennek, hisz a lakosság jelentős hányadát érintik pszichés, pszichiátriai problémák. Életminőségük, életszínvonaluk fenntartása, produktivitásuk megőrzése, a munkaerő piacon való részvételük (így járulékfizetésük) ill. arról való kirekesztődésük esetén a megélhetésüket biztosító transzferjövedelmek nem csak az ő, hanem a társadalom és a gazdaság számára is számottevő tényezők.