

VAJDA KINGA

A MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZI SZOCIÁLIS MUNKA AKTUÁLIS HELYZETE*

Változások egy 10 évvel ezelőtti országos kutatás tükrében

A tanulmányban arra vállalkozom, hogy feltérképezem a magyarországi fekvőbeteg-ellátó intézményekben végzett szociális munka aktuális helyzetét. A témában 10 évvel ezelőtt született meg az első átfogó tanulmány, amely az akkori helyzet felmérése után a pozitív és a változtatásra szoruló negatív jelenségekre is rávilágított. A tanulmány a 10 évvel ezelőtti és a jelenlegi helyzet összehasonlításával, a szabályozási változások és a közben megalakult érdekvédelmi szervezet munkájának bemutatásával ad képet az egészségügyben működő szociális munka mai helyzetéről. Egyúttal a pozitív változások és a megoldandó problémák jelzésével felhívom a figyelmet az egészségügyi és a szociális szféra mezsgyéjén dolgozó szakemberek helyzetére.

Bevezetés

Tíz évvel ezelőtt látott napvilágot egy országos, a magyar kórházakban végzett, a szociális munkát mélyen áttekintő kutatás, amelyet Magyar Zsófia (2004) készített. Azóta a témával kevesen foglalkoztak hazánkban, és mára időszerűvé vált az akkori eredmények felülvizsgálata: Milyen helyzetben van ma Magyarországon az a szociális szakember, aki egy tőle távolabb álló területen, az egészségügyben próbál meg szaktudásával a rászorulóknak segíteni? Mennyire változott a szociális szakemberek elfogadottsága az egészségügy területén a 10 évvel korábbi adatokhoz képest? Milyen változások történtek (ha történtek) a személyi és tárgyi munkafeltételek tekintetében? Sikeresen megvalósult-e a szakma törekvése arra, hogy kialakuljon egy olyan szervezet, amely az egészségügyben dolgozó szociális munkásokat tömöríti, és napi munkájukat segíti egyéni tapasztalatokkal, egy protokoll kidolgozásával?

A tanulmányban bemutatom a mai magyarországi kórházakban végzett szociális munka aktuális helyzetét, illetve a főbb pontokon áttekintem az előző kutatásban nyert eredményekhez képest bekövetkezett változásokat.

* Köszönetet mondok Magyar Zsófiának a kutatás során nyújtott szakmai tanácsaiért, illetve Dombi Gábornak az adatfeldolgozás egyes pontjain nyújtott segítségéért.

Törvényi háttér

A szociálismunkás-képzés megindulását követően hosszú évekig sem törvény, sem egyéb szabályozás nem foglalkozott az egészségügyi intézményekben dolgozó szociális szakemberek alkalmazásának rendezésével.

Az első részleges szabályozást a Gyermekvédelmi törvény, az 1997. évi XXXI. törvény 40. §-ának (3). bekezdésében találjuk. Ez azonban csak a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munkával foglalkozik. Általánosságban nem említi a kórházakban alkalmazott szociális szakembereket.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény megfogalmazza, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak kiemelt figyelmet kell fordítaniuk a gyermek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. A nő és csecsemővédelmi gondozás keretében figyelemmel kell kísérniük a nő szociális, családi és munkahelyi körülményeit, illetve az anya és a magzat egészségét. A törvényben csak utalás van a kórházi szociális munkás feladataira a gyermekvédelem területén, de nem ír semmit a kórházi szociális munkás tevékenységi köréről (Tóthné Józsa 2011).

A következő ilyen jellegű törekvés a 60/2003. (X. 20) ESZCISM rendelet. Az egészségügyi intézmények a rendelet teljesítésére és a szociális szakemberek alkalmazására azonban mindig újabb és újabb határidőket kaptak. A rendeletben részletesen lebontva megtalálható, hogy melyik osztályon hány szociális szakember alkalmazása szükséges, elérhető vagy éppen kötelező (Péterné Molnár 2007).

A legutóbbi szabályozás pedig az 1/2012. (V. 31) EMMI rendelet, amely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCISM rendeletet és a 2/2004. (XI. 17.) EüM rendeletet módosította.

A rendelet osztályokra lebontva minimumágyszámokat tekintve veszi sorba, hogy hol hány szociális szakembert szükséges foglalkoztatni. A szociális szakemberek foglalkoztatását fontosnak tartják a gyermek és felnőtt addiktológiai rehabilitációs osztályokon/intézetekben, forenzikus pszichiátriai osztályokon, krónikus magas biztonságú osztályokon, akut magas biztonságú osztályokon és a magasabb képzettségű rehabilitációs teamekben. A rendelet 3. számú melléklete említi meg, hogy hány ágyra hány szociális szakembert tartana szükségesnek. A fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál minimumfeltételként 500 ágyra rendel egy szociális szakembert, ezután 400 ágyanként plusz egy szakembert. Szükséges végzettségként pedig a főiskolai szociális munkás diplomát jelöli meg.

Az utóbbi rendelet azonban még mindig nem emeli törvényi szintre a fekvőbetegszakellátást nyújtó intézményekben alkalmazandó szociális szakemberek számát.

A kórházi szociális munka Magyarországon

A rendszerváltást megelőző időkből a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményekben már alkalmaztak olyan munkaerőt, akinek a szociális problémák, szociális különbségek enyhítése volt a feladata. Ők voltak a szociális nővérek vagy szociális gondozók, akik többnyire az intézményben dolgozó ápolók, nővérek, esetleg adminisztrátorok sorából kerültek ki. Csupán saját ügyességükre, kreativitásukra, empátiájukra számíthattak munkájuk során, miután semmilyen speciális képzésben nem volt lehetőségük részt venni. Az 1970-es évek elején megjelent az első szociálisszervező-képzés, mely alkalmas biztosított a terepen dolgozók részére, hogy szakképzettséget szerezzenek. Jelentős változást azonban a szociálismunkás-képzés megjelenése hozott, ennek megindulását követő 4–5 évvel jelentkeztek az első szakképzett szociális dolgozók az egészségügyi intézményekbe. Miután azonban törvényi szinten szabályozás nem történt 2014-ig arra nézve, hogy az egészségügyi intézményeknek kötelezően hány szociális szakembert kell foglalkoztatni, így még mindig jelentős eltérések mutatkoznak a szakemberek létszámában az egyes intézményeket tekintve. „A nemzetközi norma 100, az amerikai 50 ágyra tervez egy kórházi szociálismunkás-státuszt” (Borosné Tegze 2005: 2). Ehhez képest kutatásom során talákoztam olyan intézményekkel, ahol a kórházi szociálismunkás-státusz betöltetlen volt. Az egészségügyi intézmények nagyobb részében a nemzetközileg elfogadott normától messze elmaradó számban alkalmaznak szociális munkást, még a korábban említett 1/2012. (V. 31) EMMI rendelet is 500 ágyra hoz egy szociális szakembert. Így az egészségügy területén dolgozó szociális szakemberek feladatköre igen szűkös, hiszen kevesen vannak, és az azonnali legsürgetőbb feladatokat kell ellátniuk, egyéb feladatokra, melyek hosszú távon növelhetnék a szakma elfogadottságát, helyzetét, nem jut idejük. A szakmai protokoll hiányára már 2009-ben felhívták a figyelmet, de pontosan az akkor még hiányzó érdekvédelmi szervezet és a területen dolgozó szociális szakemberek időhiánya miatt ennek kidolgozása és elfogadása csak 2013–2014-ben kezdődhetett el (Lóránt 2009). A protokoll az elfogadást követően várhatóan pozitív irányba fog változtatni a kórházi szociális munkások jelenlegi helyzetén mind elfogadottság, a munkakör pontos tisztázása, mind pedig a munkafeltételek tekintetében.

A kutatást megelőző feltételezéseim

A kutatást megelőző feltételezéseim során döntően a 2004-es, Magyar Zsófia által készített kutatás hipotéziseit vettem alapul, hiszen jelen kutatás célja áttekinteni, hogy az eltelt 10 év alatt az akkori feltételezésekhez képest történt-e változás.

1. A kórházakban dolgozó szociális szakemberek ugyan különböző végzettségűek, döntő többségüknek azonban van felsőfokú végzettsége.
2. A kórházban dolgozó szociális szakemberek az esetek többségében szakmailag az ápolási igazgató alá tartoznak.

3. A kórházi szociális szakember feladatköre letisztult, a rábízott feladatok nem lépik túl kompetenciahatárait.
4. A hatékony munkához szükséges tárgyi feltételekben hiányosságok mutatkoznak.
5. A kötelező továbbképzési rendszer a kórházban dolgozó szociális szakemberek számára kidolgozatlan, így a továbbképzéseken való részvétel továbbra is problémát okoz számukra.

A kutatás módszere

A kutatásom során a magyarországi fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményekben dolgozó szociális szakembereket szerettem volna vizsgálni. Ehhez egy anonim önkitöltős kérdőívet jutattam el mindegyik fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményhez. Az adatgyűjtéshez a Magyar Zsófia 2004-es kutatásában használt kérdőívet vettem alapul, a kapott eredmények minél pontosabb összehasonlíthatósága érdekében.

A korábbi kutatás során használt országos adatbázis (Medlist) már nem üzemel, így az internet segítségével kutattam fel megyékre lebontva a célintézményeket. Ezen kívül pedig rendelkezésemre állt egy intézménylista, melyben az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Egyesülete (EÜDSZM) által ismert egészségügyi szakellátást biztosító intézményekben dolgozó tagjaik elérhetősége volt megadva.

Az intézményekhez többkörös felkereséssel fordultam a lehető legnagyobb mintanagyság és merítés érdekében.

A 2004-es kutatás 157 intézményéhez képest 130 intézményt sikerült elérni, a 20 százalékos csökkenés ellenére ez az intézményszám a döntő többségét lefedi a magyar fekvőbeteg-ellátását nyújtó rendszernek, így a kapott eredmények nagy valószínűséggel jellemzőek az ország egészére. Továbbá fontos tényező, hogy a felkeresés nem volt teljes körű, hiszen nem sikerült választ nyernem arra a kérdésre, hogy a 130 megkeresett intézményből hányban dolgozik szociális munkás, illetve hol van betöltetlen státusz.

Az adatgyűjtést 2013 novemberének kezdtem meg. Megyék szerint nyugatról kelet felé haladva kerestem meg a felsorolt intézményeket hivatalos levél formájában, ehhez csatoltan elküldtem a kérdőívemet és a kitöltésre vonatkozó információkat. Első visszaküldési határidőként december közepét jelöltem meg. Miután körvonalazódott, hogy a kitöltési kedv alacsony lesz, 2013. november végén újabb e-mailt juttattam el azokhoz az intézményekhez, ahonnan nem érkezett sem pozitív, sem negatív válasz. Ebben az e-mailben hivatkoztam a korábbi levélre, és nemcsak a titkárságoknak és a szociális szakembereknek címeztem, hanem az ápolási igazgatóknak is elküldtem. Ezt követően a postai úton vagy elektronikus visszaérkezett kitöltött kérdőívek száma jelentősen megnövekedett. Volt olyan

intézmény, ahol személyes találkozást javasoltak, amennyire lehetett, igyekeztem ezeknek a kéréseknek eleget tenni.

A december közepére visszakapott kérdőívek száma még nem volt elegendő, így 2014 január közepén telefonon kerestem meg azokat az egészségügyi intézményeket, ahonnan addig semmilyen visszajelzést nem kaptam. A legtöbb esetben a kórház ápolási igazgatójához irányítottak, ő engedélyezte a kutatást, miután átnézte az alkalmazott kérdőívet. Előfordult, hogy az érintett témakörök miatt vonták meg a kutatási engedélyt. Általánosan tapasztaltam, hogy a nagyobb, korábban összevont intézményekben részletekbe menően felülvizsgálták a kérdőívet, sok esetben külön kérelem benyújtását kérték.

2014. január 30-ig a megkeresett 130 egészségügyi intézményből 116 darab kérdőív érkezett vissza. Az adatok elektronikus rögzítéshez, többváltozós feldolgozásához a 22.0 verziós számú IBM Statistics SPSS for Windows matematikai-statisztikai elemző programot használtam. (Az SPSS-program béta-verziója egy-egy számítógépre telepíthető módon 14 napig a program basic szintjén teljes körű és ingyenes felhasználást biztosít, ennek megfelelően a használata jogszerű.)

Az adatelemzéskor egy-, illetve többváltozós elemzési lehetőségeket is alkalmaztam. Az érvénytelen, hiányos és választ elutasító jelöléseket kizártam az elemzésből, így az elemzési egység ennek függvényében változó, nem minden esetben 116 fő. (A 2004-es kutatásban a válaszadók száma 146 fő volt.)

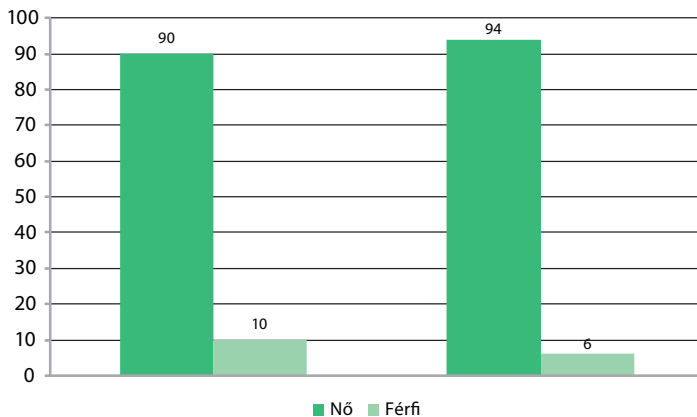
A kutatás eredményei

Adatok a kórházi szociális szakemberekről

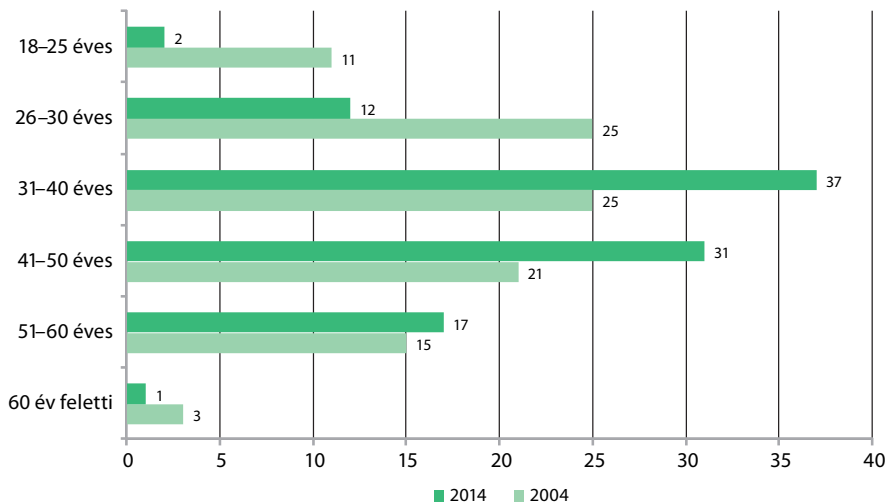
Elsőként a nemek szerinti megoszlást vizsgáltam ezen a kérdéscsoporton belül. Köztudott, hogy szociális területen a női nem képviselteti magát nagyobb számban. 2014-ben a kérdésre felelő válaszadók 94 százaléka nő, míg csupán 6 százaléka férfi. A 10 évvel korábbi kutatásban a nők 4 százalékkal kevesebben voltak a férfiak javára (1. ábra).

A válaszadók életkori megoszlásánál a kérdőívben korcsoportokat alkottam (2. ábra). Amint az jól látszik, 2014-ben a válaszolók 14 százaléka tartozik a 18–30 éves korcsoportba, 68 százaléka vallotta magát a 31–50-es korcsoportba tartozónak és a válaszadók 18 százaléka töltötte már be az 51. életévét a kitöltéskor. A 2004-ben felmért személyek válaszaival összevetve kiderül, hogy szembetűnően csökkent a 18–25 év és a 26–30 év közötti korosztály képviselőinek a száma.

1. ábra: A kérdőívet kitöltők nemek szerinti megoszlása, 2014 ($N = 111$) és 2004 ($N = 146$) (%)



2. ábra: A kérdőívet kitöltők életkor szerinti megoszlása, 2014 ($N = 113$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A kérdőívet kitöltők iskolai végzettség szerinti megoszlásával kapott eredményekben igazolást nyert első feltételezésem, mely szerint a fekvőbeteg-szakellátást biztosító intézményekben dolgozó szociális szakemberek ugyan különböző végzettségűek, de döntő többségüknek felsőfokú végzettsége van. A kérdésre adott érvényes válaszok szerint a válaszadók 11 százaléka végezte el a főiskolai képzésre épülő kétéves egyetemi mesterképzést, 67 százalékuk főiskolai diplomát, 11 százalékuk főiskolai szociálpedagógus diplomát szerzett, 6 százalékuk szociális szervezőként végzett, 2 százalékuknak felsőfokú nem okleveles szociális végzettsége van, 1 százalékuk közép fokú végzettséget jelölt meg, végül 2 százalékuk az egyéb kategóriát választotta. A 2004-es kutatáshoz viszonyítva nőtt a főiskolai szociális

munkás diplomával (2004-ben 54%-a a válaszadóknak), illetve egyetemi szintű szociális munkás diplomával (2004-ben 4%-a a válaszadóknak) rendelkezők száma is. Utóbbi eredményben közrejátszhat, hogy a szociálismunka-mesterképzés megjelent, és már az ország több egyetemén is elérhető. Az egyéb végzettségűek száma is csökkent a 2004-ben mért 6 százalékhoz képest.

A kérdőívet kitöltők életkora és iskolai végzettsége között nem mutatkozott szignifikáns összefüggés, azonban érdekes, hogy az egyetemi diplomások 85 százaléka a 31–50 év közötti korcsoportból került ki, és csupán 15 százalékuk tartozott a 18–30 év közöttiek közé. Tehát a főiskolai diploma megszerzését követően nagyobb eséllyel mennek dolgozni, és csak bizonyos tapasztalat megszerzését követően vállalják az egyetemi képzés elvégzését.

Érdemes áttekinteni, hogy megyei szinten milyen a kérdőívet kitöltők megoszlása (1. táblázat).

1. táblázat: A kérdőívet kitöltők intézményeinek megyék szerinti megoszlása, 2014 és 2004 (fő és %)

Megye	2014		2004	
	Válaszadók száma, fő	Aránya, %	Válaszadók száma, fő	Aránya, %
Bács-Kiskun	2	2	8	6
Baranya	6	5	4	3
Békés	5	4	9	6
Borsod-Abaúj-Zemplén	7	6	12	8
Csongrád	3	3	8	6
Fejér	4	3	5	3
Győr-Moson-Sopron	8	7	9	6
Hajdú-Bihar	4	3	8	5
Heves	5	4	5	3
Jász-Nagykun-Szolnok	7	6	3	2
Komárom-Esztergom	7	6	4	3
Nógrád	2	2	3	2
Pest	5	4	8	6
Somogy	1	1	8	6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1	1	9	6
Tolna	6	5	4	3
Vas	3	3	2	1
Veszprém	7	6	3	2
Zala	5	4	4	3
Budapest	28	24	30	20
Összesen (N)	116	100	146	100

Jól látszik, hogy a főváros érte el a legmagasabb eredményt 24 százalékkal, de ez nem meglepő annak tudatában, hogy Budapesten 28 intézményhez juttattam el a kérdőívet a megkeresés első hullámában. A Dunántúlon 46 intézményt kerestem fel, míg a Dunától keletre 49 fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézménnyel próbáltam meg felvenni a kapcsolatot.

A következő kérdés az intézmények fenntartóira vonatkozott. Az itt kapott vezető válaszok aránya jelentősen eltér a 2004-es kutatásban kapott válaszok arányától. Az elmúlt 10 évben ugyanis fontos változások történtek, 2012-ben megkezdődött a kórházak háromlépcsős állami átvétele a megyei és városi önkormányzatoktól. Újabb kategóriát kellett megadni a válaszlehetőségek között: az „egyszerű” állami fenntartásúak kategóriáját. Míg tehát 2004-ben a válaszadók 43 százaléka a megyei önkormányzatot jelölte meg fenntartónak, addig 2014-ben ez az arány 7 százalékra esett vissza. 2004-ben 39 százalékos aránnyal második helyen állt a fenntartók sorában a városi önkormányzatok csoportja, 2014-re azonban már csak 2 százalék lett az arányuk. A tisztán állami fenntartású intézmények aránya igen magas, 2014-ben 64 százalék, 2004-ben csak állami fenntartású kategória szinte nem is volt, csupán néhány állami/országos hatáskörű intézményt jelöltek meg a kitöltők 8 százalékban (2. táblázat).

2. táblázat: Intézmények fenntartók szerinti megoszlása, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)

2014		2004	
Fenntartó	Aránya, %	Fenntartó	Aránya, %
Egyéb	9	Alapítvány	1
Egyház	3	Egyház	3
Városi Önkormányzat	2	Városi Önkormányzat	39
Magyei Önkormányzat	7	Magyei Önkormányzat	43
Állam/Országos	6	Állam/Országos	8
Egyetem	9	Egyetem	5
Állam	64	Közhasznú Társaság	1
<i>Összesen</i>	<i>100</i>	<i>Összesen</i>	<i>100</i>

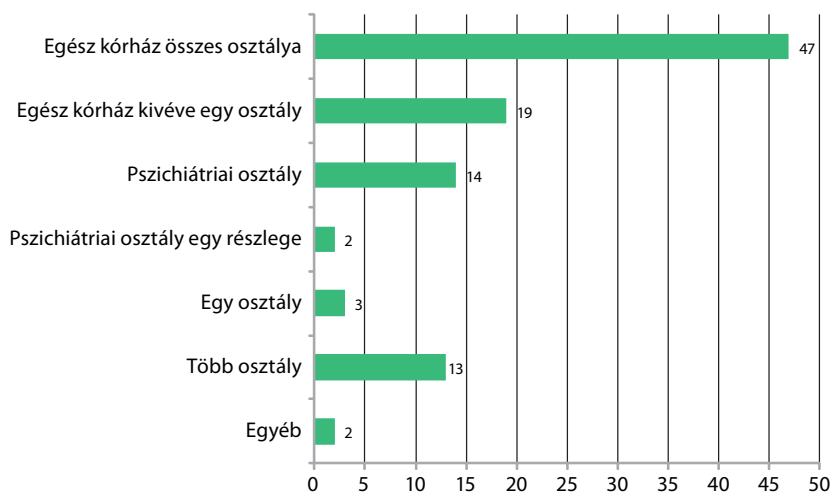
Az, hogy az adatközlők intézményei hány ágyasak, szintén változatosan alakult (3. táblázat). Leginkább a 401–800 ágyas intézmények dolgozói válaszoltak 2014-ben. Pozitív eredmény, hogy az általam használt statisztikai program alapján szignifikáns összefüggés van a kórházi ágyak száma és a kutatásban később vizsgált szociális csoporttagság között, tehát minél nagyobb ágyszámú az adott intézmény, annál valószínűbb, hogy a szociális munkások szociális csoportot alakítva végzik munkájukat.

3. táblázat: Az adatközlő intézmények ágyszámainak megoszlása, 2014 és 2004 (N és %)

Ágyszám	2014		2004	
	Intézmények száma	Ágyszámok aránya, %	Intézmények száma	Ágyszámok aránya, %
200 alatt	18	16	17	12
201– 400	17	15	20	14
401– 800	39	35	40	27
801–1200	16	15	31	21
1201–2000	12	11	22	15
2001–2500	3	3	2	1
2501 felett	6	5	14	10
<i>Összesen</i>	<i>111</i>	<i>100</i>	<i>146</i>	<i>100</i>

Fontos kérdés az ágyszámok tekintetében, hogy a szociális szakember munkájának mekkora a hatóköre: az egész kórház ellátásáért ő felel szociális szempontból, vagy esetleg csak bizonyos osztályok, vagy akár osztályok részlegei tartoznak alá. Mindez relevánsan befolyásolhatja az elvégzett munka minőségét. A 2014-es felmérés eredményei szerint az adatközlők 47 százaléka az egész kórház ellátását kell, hogy megoldja, 19 százalékuuk egy osztály kivételével minden egyéb osztályért felelős, 14 százalékuuk csak a pszichiátriai osztályon tevékenykedik, 13 százalékuuk több kórházi osztályt lát el, míg 5 százalékuuk egy osztályért vagy egy osztály bizonyos részlegéért felelős (3. ábra). Nincsen összefüggés a kérdőívet kitöltők munkájának hatóköre és az intézmény ágyainak száma között.

3. ábra: A kérdőívet kitöltők munkájának hatóköri megoszlása, 2014 (N = 116) (%)



2004-ben a 144 válaszadó szociális szakember majdnem felének a tevékenysége (45%) a kórház egészére kiterjedt, bizonyos helyeken leszámítva a pszichiátriai vagy egyéb osztályt. A válaszadók 27 százaléka pszichiátriai osztályon vagy annak csupán egy részlegén, 20 százalék egyéb megoldási formában dolgozott, 8 százalékukat pedig egyéb kórházi osztályokon foglalkoztatták csak (pl. belgyógyászat).

Adatok a kórházi szociálismunkás-státuszokról

Elsőként a státusz létrejöttének évére vonatkozóan tettem fel kérdést. A kérdés megfogalmazásakor hangsúlyoztam: arra vagyok kíváncsi, hogy az adott intézményben mióta létezik szociálismunkás-státusz. Komoly eltérés nem mutatkozott a 2004-es adatokhoz képest. Az adatokból kitűnik, hogy 1994–1995-ben, 1997–2000-ben és 2004–2005-ben, legutoljára pedig 2008-ban voltak nagyobb státuszalakítási akciók. Ezek az időpontok jól összeköthetők az első szociálismunkás-képzésből kikerült frissdiplomások munkába állásának időpontjával, illetve a szakmát érintő kiadott rendeletek idejével. Átlag tekintetében a státusz létrejöttére az 1998-as évet kaptam eredményként.

A változó elvárások és trendek hatása mellett az esetek többségében bizonyos kórházi szakemberek, vezetőségi tagok is támogatták az első státuszok kialakítását. Arra kértem a válaszadókat: jelöljék be, hogy az ő intézményükben ki volt ez a támogató szakember. 109 válasz alapján elmondható, hogy az esetek 46 százalékában az ápolási igazgatót, 23 százalékában a kórház igazgatóját, 17 százalékában a kórház vezetőségét, 7 százalékában egyéb szorgalmazót jelöltek meg, 6 százalékban az osztályvezető főorvost választották, míg 1 százalékuk a minőségbiztosítási tanácsadót nevezte meg. Érdemleges eltérés nem mutatkozott 2004-hez képest.

Az elvégzett munka minőségét befolyásolhatja, hogy a szociális szakember milyen státuszban végzi a munkáját. A kérdést minden kérdőívet kitöltő megválaszolta: 90 százalékuk főállásban dolgozik az intézményben, csupán 3 százalékuk van félállásban más munkakör mellett, 2,5 százalékuk félállást tölt be, 2,5 százalékuk pedig az egyéb kategóriát jelölte be, 1–1 százalékuk nyugdíj mellett, illetve megbízással látja el a munkát. A 2004-es kutatás adataihoz képest kis javulás tapasztalható, ott ugyanis a válaszadók 86 százaléka végezte főállásban munkáját, 10 százalékuk más munkakör ellátása mellett félállásban, 3 százalékuk félállásban, 1 százalékuk pedig megbízással dolgozott.

Adatok a kórházi szociális szakemberek szervezeti elhelyezkedéséről, munkakapcsolatairól

Érdekes kérdés, hogy ki a szociális szakember szakmai felettese az egészségügyi intézményben. A rendszerben valamilyen oknál fogva úgy alakult, hogy leginkább az ápolási igazgatók jelentek meg szakmai felettesként (4. táblázat). Mindez nem sokat változott 2004 óta, sőt arányuk inkább nőtt. Az osztályvezető főorvosok

szakmai felettesi feladatai visszaszorultak majdnem a 2004-ben mért értékek felére. A szociális csoportok számának mérsékelt növekedése pedig a szociális csoportvezetők szakmai vezetőként való megjelenésének mérsékelt növekedését hozták. A kérdésre mindenki válaszolt.

4. táblázat: A kérdőívet kitöltők szakmai feletteseinek megoszlása, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)

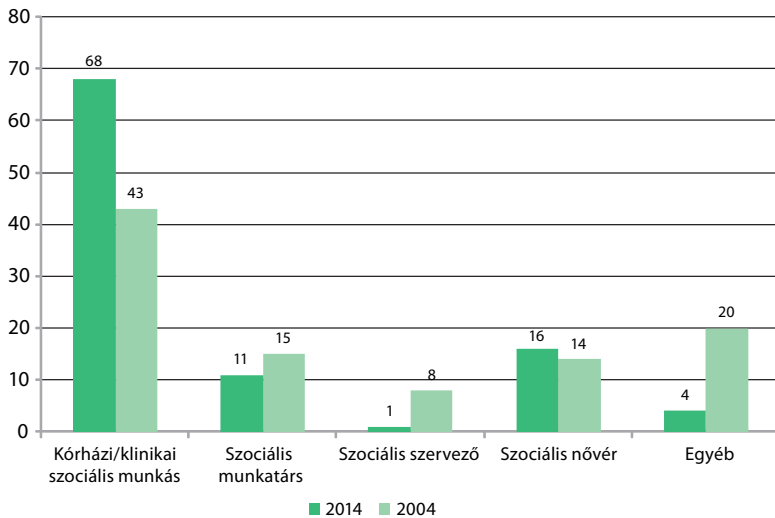
Szakmai felettes	2014	2004
	Aránya, %	Aránya, %
Ápolási igazgató	57	40
Osztályvezető orvos	16	29
Szociális csoport vezetője	16	12
Egyéb	5	11
Kórház orvos igazgatója	4	7
Humánpolitikai igazgató	1	1
Területi szociális intézmény vezetője	1	0
<i>Összesen</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

A válaszadók megnevezése, megszólítása az adott fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben sajnos még 2014-ben sem teljesen pontos.

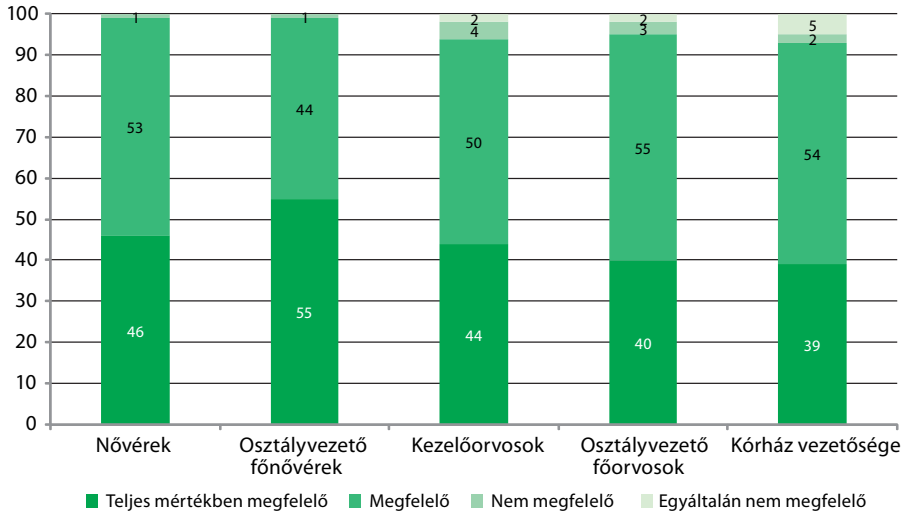
A megnevezés mint olyan utal a szociális szakma egészségügyben való elfogadottságára. Arra a kérdésre, hogy az adott intézményben 2014-ben, illetve 2004-ben mi a kórházi szociális munkások megnevezése/megszólítása, a 4. ábra mutatja az eredményeket. Az összehasonlítás mutatja, hogy az évek elteltével megemelkedett a szakszerű megszólítások aránya a korábbi 43 százalékról 68 százalékra. A szociális nővér megnevezést azonban még 2014-ben is a válaszadók 16 százaléka említi, ami a korábbi eredmény 2 százalékos emelkedését mutatja. 2014-ben 116 válasz érkezett a kérdésre, míg 2004-ben 146.

Mindig is kardinális kérdés volt a szociális és egészségügyi rendszer keveredésekor, hogy a munka hatékonyabbá tétele érdekében a két terület szakemberei mennyire képesek együttműködni és jó munkakapcsolatokat fenntartani. A 2014-es eredmények az 5. ábrán láthatók. A nővérekkel, főnővérekkel a szociális szakemberek munkakapcsolata nagyobb részben teljes mértékben megfelelő vagy megfelelő, a „nem megfelelő” válaszok csak 3 százalékban jelentek meg. A kezelőorvosok-osztályvezető orvosok csoportjával kapcsolatban 5–6 százalékban jeleztek „nem megfelelő” vagy „egyáltalán nem megfelelő” kapcsolatot. A kórház felső vezetésével a válaszadók 93 százaléka teljesen elégedett vagy elégedett. Nagyobb változás ebben a kérdésben nem történt az elmúlt 10 év során. A 2004-ben kapott eredményekben szintén az fedezhető fel, hogy a szociális szféra dolgozói a nővérekkel, főnővérekkel értik meg leginkább egymást, tehát azokkal a szakemberekkel, akikkel mindennapos kapcsolatban állnak.

4. ábra: Az adatközlők megnevezése, megszólítása intézményükben, 2014 (N = 116) és 2004 (N = 146) (%)



5. ábra: A szociális szakemberek munkakapcsolata az egészségügyi dolgozókkal, 2014 (N = 116) (%)



Miután az egészségügyi dolgozókkal mindenképpen napi kapcsolatban vannak a szociális szakemberek az esetmunka során, érdemes megvizsgálni, hogy egyéb szakterületek képviselőivel is dolgoznak-e együtt, s ha igen, azt milyen gyakran teszik. A 2014-ben kapott válaszokból látható, hogy folyamatos munkakapcsolatot a válaszadók 33 százaléka a pszichológussal tart fent, 17 százalékuk jelezte a folyamatos kapcsolatot a mentálhigiénés szakemberrel, illetve 17

százalékuk bejelölte a folyamatos kapcsolatot az intézmény önkénteseivel is, 12 százalékuk pedig a kórházi lelkésszel dolgozik együtt rendszeresen. Jogással és szociális asszisztenssel a válaszadók elenyésző részének van folytonos munkakapcsolata. Egy-egy eset kapcsán, ha a munkafolyamat úgy kívánja, van lehetősége a szakembereknek, hogy más szakterület képviselőjétől kérjenek segítséget, tanácsot. A 10 évvel korábbi adatokhoz képest kevés változás történt, hiszen akkor is a válaszadók 30 százaléka pszichológus kollégával dolgozott leginkább együtt, 18 százalékban voltak jelen a mentálhigiénés kollégák mint rendszeres munkakapcsolatok, és őket követték 11 százalékkal az önkéntes segítők.

A 2014-es adatközlők mindannyian válaszoltak arra a kérdésre, hogy szociális csoport tagjai-e. A válaszok majdnem fele-fele arányú megoszlást mutatnak, 49 százalékuk szociális csoportban végzi munkáját, míg 51 százalékuk nem tagja szociális csoportnak (6. ábra). Ez körülbelül plusz 10 százalékos elmozdulás a szociális csoportban való munka irányába Magyar Zsófia 2004-ben közzétett eredményeihez képest.

6. ábra Tagja-e szociális csoportnak, 2014 ($N = 116$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A 2014-es kutatási adatokat megvizsgáltam abból a szempontból is, hogy a szociális csoporttagság mennyiben függ össze az intézményben dolgozó más szociális munkásokkal való munkakapcsolat gyakoriságával. Azok a személyek ugyanis, akik nem vallották magukat szociális csoporthoz tartozónak, szintén jelöltek be munkakapcsolatot más szociális szakemberekkel az intézményükben (5. táblázat). Jól látható, hogy a szociális csoportban való munka nem feltétlenül jelenti azt, hogy a tagok minden esetben együtt dolgoznak. Érdekes kérdés: ha több szociális szakember dolgozik egyazon intézményben, mi lehet az oka annak, hogy nem alakítanak csoportot?

5. táblázat: Az adatközlő tagja-e szociális csoportnak, illetve ha van másik szociális szakember az intézményben, milyen a munkakapcsolat közöttük ($N = 111$)

Szociális csoport	Munkakapcsolat másik szociális szakemberrel					
	Csak eseti	Bizonyos feladatokat közösen végeznek	Egymástól függetlenül dolgoznak	Egyéb	Nincsen	Összesen
Tagja	18	19	13	3	0	53
Nem tagja	14	10	5	2	27	58
Összesen	32	29	18	5	27	111

A kórházi szociális szakemberek által ellátott feladatok köre

A kórházban dolgozó szociális munkások által ellátott feladatok köre nagyban befolyásolja az elvégzett munka eredményességét. Minél több területen kell helytállnia a szakembernek, annál inkább meg kell osztania figyelmét, amennyiben egyedül dolgozik az intézményben. Különböző megközelítések más és más feladatokat tartanak ellátandónak egy kórházi szociális munkás számára. Egy 2005-ben megjelent cikk például összességében 7 tevékenységet nevez meg mint ellátandó feladatot, de hozzáteszi, hogy mindez egy átlagos kórház tekintetében értendő (Gregorian 2005). A speciális osztályokon egyéb speciális igények is megjelenhetnek.

A feltett kérdésnél arra kellett a kérdezetteknek válaszolniuk, hogy bizonyos feladatokat/feladatköröket ellátnak-e a napi munkájuk során, és ha igen, akkor milyen gyakorisággal teszik ezt. A kérdésnél 93 válaszadó válaszolt mind a 19 változóval kapcsolatban. Az érvényes esetek száma az összes esetek negyötöde. Az átlagértékek alapján a kórházakban dolgozó szociális szakemberek a következő 6 területet érintik leginkább napi munkájuk során: informálás a kórházi, illetve szociális szolgáltatókról, kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel, pszichoszociális értékelés, közvetlen segítő tevékenység, anyagi és szervezési segítség, intézményből való elbocsátás előkészítése. A 2014-es eredmények az 6. táblázatban, a 2004-esek pedig a 7. táblázatban láthatók. A szórás a „szociális rizikótényezők szűrése”, a „felvilágosító tevékenység a betegséggel kapcsolatban”, illetve az „esetkonzultáció/esetreferálás a kórházi teamben” kérdések esetében volt a legnagyobb. Utóbbi azt mutatja, hogy ezekben a csoportokban volt a legnagyobb eltérés a válaszadók véleménye között.

6. táblázat: A válaszadók feladatkörei és azok teljesítésének megoszlása, 2014 (N = 93) (%)

Sor-szám	Tevékenység	A tevékenység ellátásának mértéke, %				
		Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét	Teljes mértékben	Összesen
1.	Informálás a kórházi, ill. szociális szolgáltatásokról	1	14	39	46	100
2.	Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	1	13	45	41	100
3.	Betegfelvétel előkészítése	63	27	4	6	100
4.	Szociális rizikótényezők szűrése	15	31	29	25	100
5.	Pszichoszociális értékelés	7	18	32	43	100
6.	Közvetlen segítő tevékenység	3	9	47	41	100
7.	Anyagi és szervezési segítség	2	15	39	44	100
8.	Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	21	54	13	12	100
9.	Felvilágosító tevékenység betegséggel, gyógyítással kapcsolat	44	37	8	11	100
10.	Életmódalakító és támogató csoportok szervezése	59	27	10	4	100
11.	Érdekvédelmi feladatok ellátása	29	49	11	11	100
12.	Elbocsátás előkészítése	4	7	36	53	100
13.	Esetkonzultáció, referálás a kórházi teamben	10	28	34	28	100
14.	Esetkonzultáció, referálás a területi intézmények felé	8	35	37	20	100
15.	Részvétel a kórház működésének kialakításában	72	23	0	5	100
16.	Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	55	31	10	4	100
17.	Oktatás és továbbképzés szervezése	56	35	5	4	100
18.	Kutatás a kórházi szociális munka területén	68	27	3	2	100
19.	Egészségügyi szociálpolitikai koncepciók formálása	78	17	2	3	100

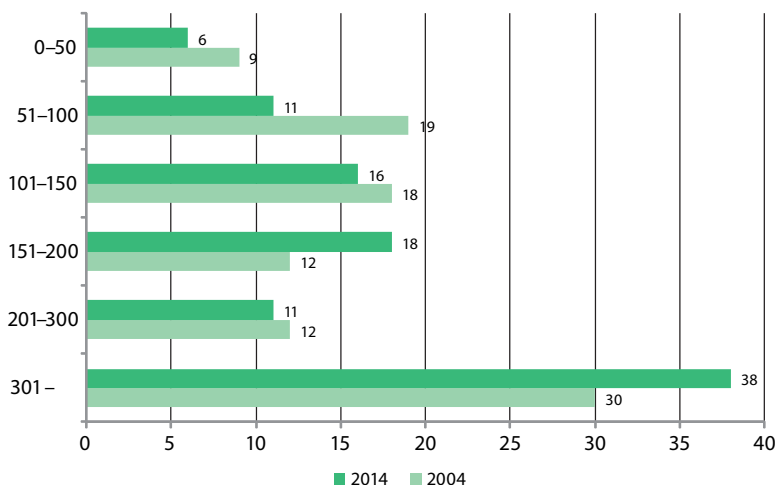
7. táblázat: A válaszadók feladatkörei és azok teljesítésének megoszlása, 2004 (N = 146) (%)

Sor-szám	Tevékenység	A tevékenység ellátásának mértéke, %				
		Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét	Teljes mértékben	Összesen
1.	Informálás a kórházi, ill. szociális szolgáltatásokról	7	55	32	6	100
2.	Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	3	19	56	22	100
3.	Betegfelvétel előkészítése	64	24	9	3	100
4.	Szociális rizikótényezők szűrése	32	40	22	6	100
5.	Pszichoszociális értékelés	21	24	28	27	100
6.	Közvetlen segítő tevékenység	5	18	37	40	100
7.	Anyagi és szervezési segítség	4	20	48	28	100
8.	Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	18	58	16	8	100
9.	Felvilágosító tevékenység betegséggel, gyógyítással kapcsolat	43	36	13	8	100
10.	Életmód-alakító és támogató csoportok szervezése	55	34	6	5	100
11.	Érdekvédelmi feladatok ellátása	50	37	7	6	100
12.	Elbocsátás előkészítése	6	18	38	9	100
13.	Esetkonzultáció, referálás a kórházi teamben	23	39	24	14	100
14.	Esetkonzultáció, referálás a területi intézmények felé	28	42	24	6	100
15.	Részvétel a kórház működésének kialakításában	79	18	1	2	100
16.	Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	53	39	6	2	100
17.	Oktatás és továbbképzés szervezése	55	35	8	2	100
18.	Kutatás a kórházi szociális munka területén	77	19	2	2	100
19.	Egészségügyi szociálpolitikai koncepciók formálása	81	15	2	1	100

A táblázatok adatainak összehasonlításából látható, hogy történtek változások az elmúlt 10 évben az ellátott feladatok körében. Ilyen például, hogy a kórházi szociális szakemberek egyre nagyobb részben informálják a klienseiket a kórházi, illetve egyéb szociális szolgáltatások lehetőségeiről. A kapcsolatfelvétel és -megtartás más szociális intézményekkel szintén előtérbe került. Mindkét feladat azért vált fontossá, mert a kórházban dolgozó szociális szakember ad információt arról, hogy azok a betegek, akiknek a kórházi kezelése lejár, azonban nem szállíthatók haza, milyen más intézményekben helyezhetők el. A prevenció-s-megelőző munkán sajnos még mindig a szükségesnél kisebb a hangsúly. 2014-ben a szakembereknek nagyon ritkán nyílik lehetősége önszorgató csoportok működtetésére, illetve a közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel aránya is alacsony. A szakma fejlődése érdekében elengedhetetlen a továbbképzéseken való részvétel, de a kutatómunka csekély arányban képviselteti magát a mindennapi teendők sorában.

A szakemberek magas esetszámokkal dolgoznak éves szinten. 2014-ben a válaszadók 38 százaléka 300 feletti esetszámmal dolgozott, míg 2004-ben csupán 30 százalékuk látott el éves szinten 300 különböző esetet. A 151–200 esetet ellátók aránya is növekedett az elmúlt 10 évben (7. ábra).

7. ábra: Esetszámok szerinti megoszlás, 2014 ($N = 113$) és 2004 ($N = 144$) (%)

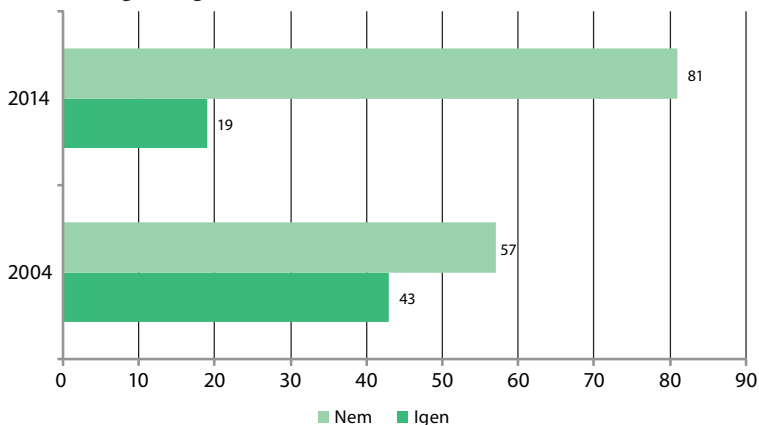


A kórházi szociális szakemberek hatékony munkáját biztosító alanyi és tárgyi feltételek

Személyi feltételek

Az alanyi feltételek megválaszolásánál arra kértem a kérdőívet kitöltőket, hogy gondolják végig: további szociális szakemberek alkalmazásával hatékonyabbá és gördülékenyebbé válna-e a saját munkájuk, illetve az elvégzett munka minősége javulna-e azáltal, hogy bizonyos eseteket, feladatköröket átadnának az újonnan felvett szakembereknek? Az első kérdésem arra vonatkozott, hogy igényelnének-e szociális munkás vagy szociálpedagógus végzettségű kollégát maguk mellé. A nyers számokat tekintve 2014-ben a szociális szakemberek alapvetően elégedettebbek a helyzetükkel, és nem igényelnének több azonos végzettségű kollégát (8. ábra).

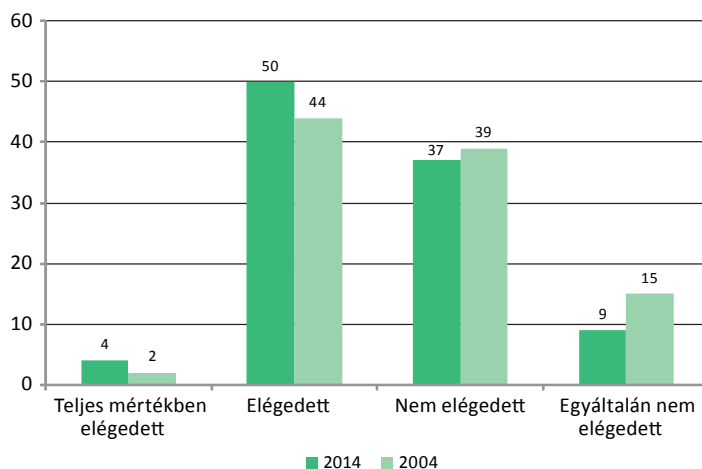
8. ábra: Igényelne-e szociális munkás vagy szociálpedagógus kollégát maga mellé? 2014 ($N = 109$) és 2004 ($N = 144$) (%)



Szociális asszisztens végzettségű kollégát a válaszadók csupán 15 százaléka igényelne, többségük úgy érzi, hogy képes ellátni azokat a feladatokat is, amiket máskülönben egy asszisztensre bízhatna.

Ha már többségében nem igényelnének a válaszadók új szociális végzettségű szakembert maguk mellé, érdemes megnézni, elégedettek-e juttatásaikkal, fizetésükkel. A következő eredmények validitását annak figyelembevételével kell szemlélteni, hogy az adat nagyon szenzitív, még akkor is, ha a kérdőív kitöltése anonim módon történt. További fontos információ, hogy a kérdőívek magas számban a közvetlen szakmai felettesektől, legtöbbször az ápolási igazgatókon keresztül érkeztek vissza. 2014-ben a válaszadók 54 százaléka teljes mértékben vagy inkább elégedett volt, míg 46 százalékuk nem vagy egyáltalán nem volt elégedett (9. ábra). A 2004-ben válaszolókhöz képest jelentős változás nem történt, részben az elégedett válaszadók száma nőtt, míg a nem elégedett válaszadók száma csökkent.

9. ábra: A kérdőívet kitöltők elégedettsége fizetésükkel és juttatásaikkal, 2014 (N = 106) és 2004 (N = 145) (%)



Tárgyi feltételek

A személyi feltételeken túl nagyon fontos a munkakörnyezet, hogy milyen eszközök állnak a szakemberek rendelkezésére, amelyek segítségével még hatékonyabban tudnak dolgozni.

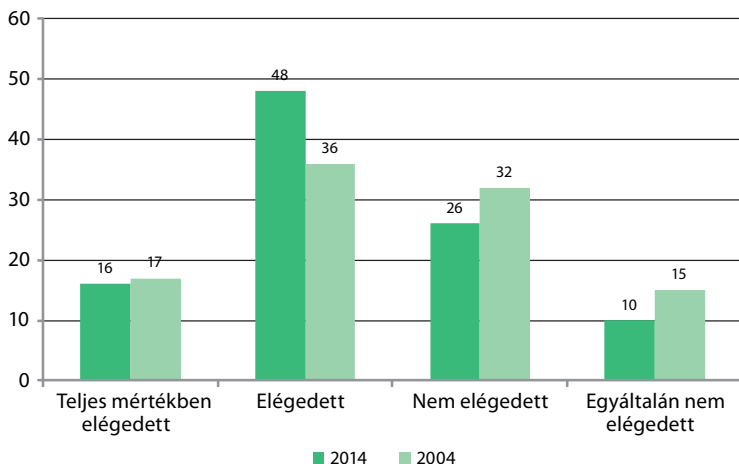
Ehhez a kérdéscsoporthoz az első megfogalmazott kérdés arra vonatkozott, hogy a kitöltő megosztja-e másik személlyel az általa használt irodahelyiséget. Mindez a folyamatos esetmunka, a segítséget kérő kliensek, kliensek hozzátartozóival folytatott beszélgetések tartalmát és minőségét nagyban befolyásolhatja. A válaszadók 67 százaléka arra kényszerül, hogy osztozzon valakivel/valakikkel azon a helyiségen, ahol dolgozik. Csupán 33 százalék van abban a szerencsés helyzetben, hogy egyedül dolgozhat egy saját irodában. Utóbbi eredmény csak 4 százalékos javulást mutat a 2004-es kutatás eredményéhez képest, ahol a válaszadók 29 százaléka dolgozhatott saját irodahelyiségben és 71 százalékuk osztozott valakivel, vagy egyáltalán nem is volt irodahelyiségük.

Miután sokan nem egyedül dolgoznak egy irodában, így adott a kérdés: kikkel osztoznak a helyiségen? Ha másik szociális szakemberrel, akkor vannak talán a legjobb helyzetben. A 77 válaszadó közül 49 százalék osztja meg szociális szakemberrel az irodáját, míg 51 százalék kénytelen másik szakemberrel kooperálni, az esetek többségében nővérrel, dietetikussal, pszichológussal, kórház higiénikus-sal vagy éppen a betegjogi képviselővel.

Függetlenül attól, hogy nem egyedül vannak egy irodában a válaszadók, mégis afelé hajlottak, hogy megfelelőnek ítélik az irodájukat a kliensekkel való foglalkozáshoz. 64 százalékuk inkább elégedett vagy teljes mértékben elégedett, 36 százalékuk jelezte, hogy hiányos feltételeket fedezett fel e téren. A 2004-es ada-

tokhoz képest előrelépés történt, hiszen mind az „egyáltalán nem elégedettek” és a „nem elégedettek” kategóriája csökkent (10. ábra).

10. ábra: Elégedett-e irodahelyiségével a kliensekkel való foglalkozáshoz?
2014 ($N = 112$) és 2004 ($N = 146$) (%)



A válaszadók mindössze 8 százaléka elégedett az infrastrukturális feltételekkel, irodájának felszereltségével. Ez nagyon csekély arány, és szinte teljesen meggyezik a 2004-es eredménnyel, melyben az elégedettek aránya 6 százalék volt.

Tíz év hosszú idő, és feltételezhető volt, hogy némi javulás lesz tapasztalható ezen a területen. Arra a kérdésre, hogy milyen tárgyi szükségletei lennének, több válaszlehetőséget lehetett bejelölni (8. táblázat). A válaszadók 92 százaléka szenved a hiányos tárgyi adottságotól a munkahelyén. Kiugróan sokan panaszkodtak a fogadóhelyiség hiányára vagy állapotára, és arra, hogy semmilyen pénzügyi keretük nem volt tájékoztató füzetekre vagy szórólapokra. A kórházban dolgozó szociális szakemberek munkájának ismerete sajnos napjainkban is nagyon alacsony. Kevesen tudják, hogy léteznek, azt pedig még kevesebben, hogy tulajdonképpen milyen segítséget remélhetnek tőlük, mi a munkájuk. Írott anyagokkal, nyomtatványokkal azonban ez a helyzet pozitív irányba alakulhatna. A 2004-es kutatás eredményeihez képest kevés javulás látható, egyedül a számítógép és a nyomtató iránti igény csökkent.

Az alapítvány vagy egyesület működtetése szociális feladatokra igen ritka. 110 válaszadónak csupán a 4 százaléka foglalkozik ilyen célú szervezet koordinálásával, 94 százalékuk nem. Magyar Zsófia kutatásának idején a válaszadók 17 százaléka működtetett valamilyen egyesületet vagy alapítványt, 83 százalékuk nem. Az elmúlt 10 évben tehát 13 százalékos csökkenés volt megfigyelhető ezen a területen.

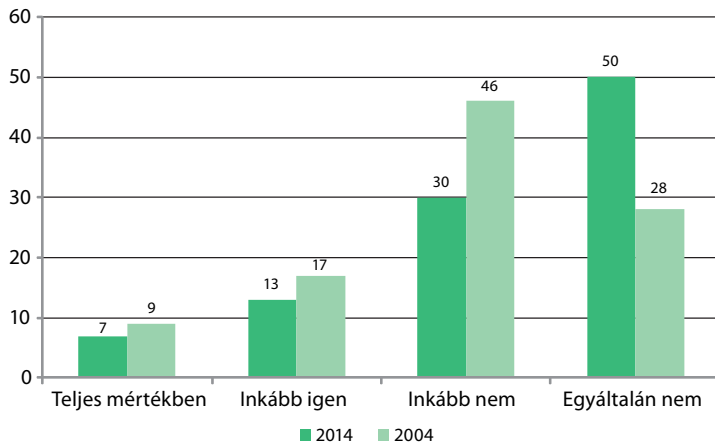
8. táblázat: A válaszadók hatékony munkavégzéshez igényelt eszközei, 2014 ($N = 105$) és 2004 ($N = 146$) (fő és %)

Sor-szám	Tárgyi feltétel	2014		2004	
		Igénylők száma, fő	Aránya, %	Igénylők száma, fő	Aránya, %
1.	Fogadóhelyiség	42	40	72	49
2.	Közvetlen telefonvonal	20	19	53	36
3.	Közvetlen telefonszám	15	14	22	15
4.	Számítógép	19	18	68	47
5.	Nyomtató	20	19	60	41
6.	Fénymásoló gép	33	31	48	33
7.	Zárható szekrény	12	11	28	19
8.	Fax	21	20	35	24
9.	Pénzügyi keret	40	38	58	40
10.	Egyéb	7	7	6	4
11.	Elégedett	8	8	9	6

A kórházi szociális szakemberek képzési, szupervíziós lehetőségei. Részvételük szakmai érdekvédelmi csoportban

Az adatközlők munkaterületén a nagyon gyors és célzott segítségnyújtásra van általában szükség, ritkábbak azok az esetek, ahol hosszas esetvezetésre nyílik alkalom. Így itt pontosan a folyamatos készenléti helyzet, az, hogy többször kell szembenézniük kliensük elvesztésével, indokolják a szupervízió fontosságát. 2014-ben a válaszadók fele (50%) számára sajnos egyáltalán nem megoldott a szakmai szupervízió, továbbá 30 százalék az aránya azoknak, akik a kérdésre az „inkább nem megoldott” választ adták. A kérdőívet kitöltők csupán 7 százaléka jelezte, hogy teljes mértékben elégedett a lehetséges szupervízióval, 13 százalékuk számára pedig „inkább megoldott” (11. ábra). 10 évvel korábban a válaszadók 9 százaléka teljes mértékben meg tudta oldani szakmai szupervízióját, 17 százalékuk az „inkább igen” választ jelölte be, 46 százalékuk számára inkább megoldatlan volt a szupervízió kérdése, míg 28 százalékuk szerint egyáltalán nem volt megoldott.

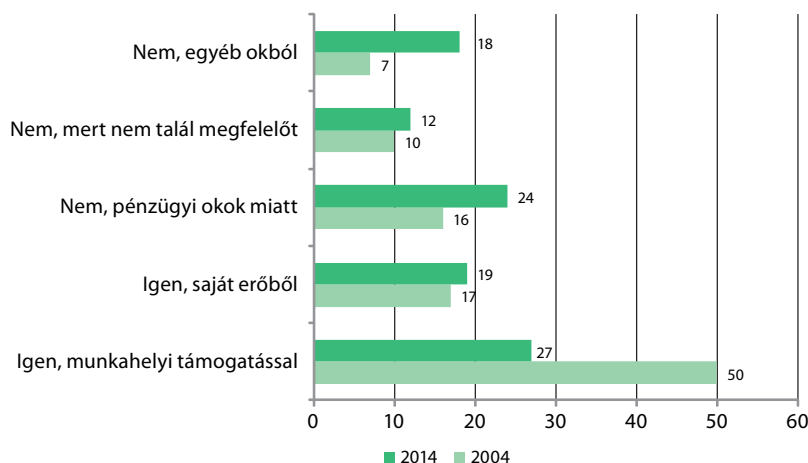
11. ábra: Megoldott-e az adatközlő szakmai szupervíziója?
2014 ($N = 114$) és 2004 ($N = 145$) (%)



A kórházban dolgozó szociális szakemberek megbecsültsége fontos kérdés, hiszen minden dolgozó embert motivál, ha úgy érzi, értékeli azt a munkát, amit elvégzett. Ez a kérdés azért is hasznos, mert ahogy a kutatás bevezetőjében is olvasható, a vizsgált szakembereknek egy merőben más tudományterületen kell bizonyítaniuk és megmutatniuk azt, hogy igenis van létjogosultsága a szociális munkának az egészségügyi intézmények falain belül. A kérdésre, hogy megbecsülik-e a munkáját, a 116 válaszadó közül 105-en válaszoltak. Ez alapján elmondható, hogy 77 százalékuk úgy érzi, szakmailag értékeli napi munkáját, 23 százalékuk azonban nem érzi kellően megbecsültnek a munkát, amit végez. Ez az eredmény javulást mutat, hiszen korábban csak 62 százalék vallotta azt, hogy megbecsülik a napi munkáját.

A továbbképzéseken való részvétel kérdése még mindig megoldatlannak tűnik az egészségügyben tevékenykedő szociális szakmabeliek számára (12. ábra). Az egészségügyi szakemberek számára szervezett képzésekből ugyanis kiszorulnak, mert alapvetően szociális területen tevékenykednek. Ráadásul más szociális szakemberekkel együtt sem vehetnek részt képzéseken, mert ők maguk egészségügyi intézmény által foglalkoztatottak. Sokan jelezték, hogy szívesen vennének részt tanfolyamokon vagy továbbképzéseken, de eddig erre nem találtak más módot, mint hogy önköltségen tegyék ezt meg. Úgy vélem, ki kellene dolgozni egy olyan továbbképzési rendszert, amelyben szakmájuknak megfelelő előadásokon sajátíthatnának el új ismereteket az érdeklődők. Egyértelmű, hogy az ellátott terület nagyon speciális, így nagyon speciális és folyamatosan bővülő szaktudást igényelne. Az egyéb kategóriát bejelölők között indokként elsősorban az jelent meg, hogy nem tartoznak a kötelező továbbképzési rendszerhez sem a szociális, sem az egészségügyi terület oldaláról.

12. ábra: Részt tud-e venni a támogatott és kötelező továbbképzési rendszerben?
2014 ($N = 103$) és 2004 ($N = 143$) (%)



Amint azt az iskolai végzettségekre kapott eredményeknél látni lehetett, emelkedett a posztgraduális képzésben résztvevők aránya. Mindezt pozitívan befolyásolta a képzőhelyek számának szaporodása. Az alapképzés esetében az intézmények egy felétet szánják a kórházi szociális munka oktatására. 2014-ben a Debreceni Egyetem, az Eötvös Lóránd Tudományegyetem, a Pécsi Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem indít alapidiplomára épülő mesterképzést a szociális munka területén. Közülük a Debreceni Egyetem és Pécsi Tudományegyetem kínál kifejezetten egészségügyi szociális munka témakörében magas szintű továbbképzési lehetőséget. Utóbbi két intézménynél a szak pontos leírásánál a következő kompetenciák megszerzésére kínálnak lehetőséget annak, aki vállal két év tanulást, diplomamunka-készítést: segítő folyamatok kidolgozása-kivitelezése, szociális diagnosztika és terápia kidolgozása és alkalmazása, az egészségügyi és szociális problémák egyéni és társadalmi összefüggéseinek feltárása és elemzése, fejlesztési programok kidolgozása, az egészségügyi és a szociális szolgáltatók, valamint a mikrokörnyezet közötti hatékony együttműködés kialakítása, a rehabilitáció részeként szociális fejlesztő programok kidolgozása, alkalmazása. A 107 válaszadó 65 százaléka fontosnak tartaná a posztgraduális képzésben való részvételt, 5 százalék ezt csak abban az esetben látja így, ha az a képzés a pszichiátriai osztályokon való munkára specializálódik. A válaszadók 17 százaléka nem látja fontosnak ezt a ráképzéses lehetőséget, 13 százalékuk pedig még nem tud állást foglalni egyik oldal mellett sem. A 2004-es kutatás idején még nem volt sem általános szociálismunkás-mesterképzés, sem egészségügyi szociálismunka-mesterképzés.

Egyértelmű, hogy minden szociális szakember saját munkamódszert alakít ki, azonban ez a bevált módszer több összetevőből származhat. Elképzelhető, hogy valaki csak a korábbi tapasztalatai alapján végzi a munkáját, de előfordulhat, hogy megpróbál bizonyos kérdésekben a korábbi iskolai tanulmányaira hagyatkozni,

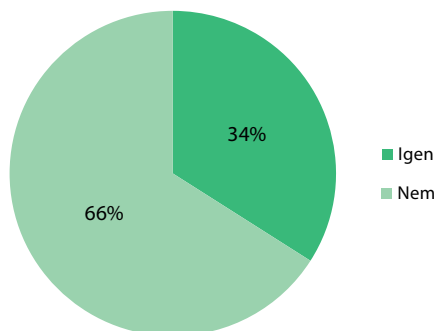
még akkor is, ha jelenleg az általános szociális munkás szakokon a tananyag csupán 5–7 százaléka az egészségügyi ismeretek aránya. Magyarul olvasható szakirodalomban nem bővelkedik a terület. A kérdőívet kitöltők ennél a kérdésnél is több válaszlehetőséget jelölhettek be (9. táblázat). A táblázat adataiból kitűnik, hogy az évek során jelentős változás a nem történt.

9. táblázat: Mire támaszkodott saját munkamódszere kialakítása során?
2014 ($N = 115$) és 2004 ($N = 146$) (%)

	2014, %	2004, %
Leginkább saját tapasztalatokra	89	82
Iskolában tanultakra	61	64
Más kórházi szociális szakember példájára	45	42
Szakirodalomra	35	35
Korábbi munkatárs kidolgozott módszerére	29	35
Egyéb	4	4

Végül, de nem utolsósorban a „megbecsültség-szaktudás-fejlesztés-szupervízió” kérdéscsoport körébe sorolandó, hogy a válaszadók hány százaléka tagja a jelenleg egyetlen ezen a területen működő országos érdekvédelmi csoportnak, az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületének (EÜDSZM). Az egyesület 2009. augusztus 19-én alakult. Alapszabályzatuk, amely megtekinthető honlapjukon (www.eudszm.hu) nagyon átfogó, és minden fontosabb területet érint. Működésük és programjaik leginkább a fővárosra koncentrálnak, azonban próbálnak nyitni a vidék felé is. Rendszeresen szerveznek olyan programokat, ahol teret adnak mind a szakmai kérdéseknek, mind a tapasztalatcseréknek. Arra kérdésre tehát, hogy tagja-e ennek az érdekvédelmi csoportnak a válaszadó, azt feltételeztem, hogy nagy számban igennel fognak válaszolni (13. ábra).

13. ábra: Tagja-e az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületének? 2014 ($N = 111$)



A kapott eredményeket nem tudom összehasonlítani korábbiakkal, hiszen az egyesület 2009-ben jött létre, azonban érdekes, hogy a válaszadók harmada (34%) kapcsolódott be a szervezet munkájába, és kétharmada (66%) nem vállalt tagságot. Jelen esetben természetesen felmerül következő kérdésként, hogy a nemmel válaszolók információ hiányában estek-e el a tagságtól, vagy tudatosan mondtak le róla. Az SPSS-programmal végzett elemzések alapján nincsen összefüggés az egészségügyi intézmény megyék szerinti megoszlása és a tagság között.

Összegzés, tapasztalatok

A felmérésből jól látszik, hogy a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények az ország összes megyéjében alkalmaznak szociális szakembert. Mindez jó alapja lehet a rendszer tovább fejlődésének.

Első hipotézisem bizonyítást nyert, ugyanis az egészségügyi intézményben dolgozó szociális szakemberek különböző végzettségűek, de 95 százalékuknak van felsőfokú végzettsége, sőt az is elmondható, hogy ez szociális területhez kötődik (szociális munkás, szociálpedagógus).

Szakmai vezetés szempontjából a vizsgált mintát alkotók nagyjából az ápolási igazgató alá tartozik (57%). Ezzel második hipotézisem is igazolódott. Továbbá bebizonyosodott, hogy az ápolási igazgatók aránya növekedést mutat a korábbi hasonló kutatásban nyert adatokhoz képest.

A kórházi szociális munkások feladatkörének tisztázódását feltételeztem még. Úgy gondoltam, hogy a szakembereket a feletteseik vagy kollégáik – megterhelő munkájuk és magas esetszámaik mellett – nem bízzák meg olyan feladatokkal, melyek nem tartoznak a kompetenciahatáraikon belülre. Ám a válaszadók 44 százaléka jelezte, hogy igenis ellát szakmáján kívüli feladatokat rendszeresen, 37 százalékukat szintén megbízták már ilyesmivel, ha nem is rendszeresen, és csupán 19 százalékuk jelezte, hogy szigorúan a szakmai kompetenciáin belül tud mozogni a munkavégzés során. Ez az eredmény kevés eltérést mutat a korábbihoz képest.

Negyedik hipotézisem felállításakor azon a véleményen voltam, hogy az elmúlt 10 évnek elegendőnek kellett volna lennie a tárgyi infrastruktúra fejlesztésére, mely alapja a jól elvégzett munkának. Sajnos a kapott eredmények nem teljesen igazolták állításomat. Bizonyos fejlődés tapasztalható volt, főként az elektronikai eszközök beszerzésében (nyomtató, számítógép), de a fogadóhelyiség és az eseti pénzügyi keret hiánya még mindig nagy problémát okoz a szakembereknek.

Ötödik, egyben utolsó állításom, hogy az egészségügyben dolgozó szociális szakemberek számára a továbbképzési rendszer nem nyitott, és ez akadályokat gördít a szakmai fejlődésük elé. Mindez csak részben igazolódott be, hiszen óriási fejlődés, hogy megjelentek a mesterképzések, illetve a doktori képzések is a szakmában. A kötelező továbbképzési rendszer kérdése azonban továbbra is megoldatlan. A válaszadók 36 százaléka vagy pénzügyi okok miatt, vagy mert nem talál

számára megfelelőt, nem tud részt venni semmilyen továbbképzésen, 19 százalékuk pedig csak önerőből tudja ezt megtenni, ha kifizeti.

Összességében a kutatási eredmények tekintetében elmondható, hogy a szociális munkások helyzete az elmúlt 10 évben bizonyos tekintetben javult, ez azonban döntően speciális, illetve kisebb területeket érint (pl. továbbtanulás lehetősége vagy bizonyos tárgyi feltételek). Az igazán nagy változások – mint például a kórházi szociális munka helyzetének törvényben való rögzítése – még váratnak magukra.

Zárszó

Az egészségügyi intézményekben megjelenő szociális munka létjogosultsága, úgy gondolom, mindennél világosabb. A társadalom jelenlegi helyzete, a demográfiai adatok folytatódó drasztikus változása, illetve a szociális problémák egyre nyilvánvalóbb megjelenése mostanra elengedhetetlenné tették a szociális szakemberek foglalkoztatását az egészségügy falain belül. Világos, hogy az egészségügyi szakmának el kell fogadnia azt, hogy a kórházakban más területek képviselőinek is helye van, illetve mindkét oldalról törekedni kell a hatékony együttműködés kialakítására és fenntartására. Pozitív változás indult meg a rendszerváltást követően Magyarországon, ekkor realizálódott és került kimondásra a lakosság rossz egészségügyi és szociális helyzete. Elindult a kórházakban a szociális státuszok létrejötte, majd pedig a szociális csoportok kialakulása. A 2004-es Magyar Zsófia által készített kutatásban az akkor kapott eredményeket lehetett úgy értelmezni, hogy egy még kialakulófélben lévő szolgáltatásról beszélünk, melyet semmilyen törvény sem szabályoz. A jelenlegi kutatás azonban csak kismértékű változásokat hozott a korábbihoz képest, kivétel ez alól az a néhány kérdés, amelyek terén pozitív fejlődés tapasztalható, illetve az érdekvédelmi csoport megjelenése. El kell ismerni, hogy nem történt releváns pozitív változás a szociális szakembereknek a helyzetében az eltelt 10 év alatt. A tárgyi és személyi feltételek kevésbé változtak. A kötelező továbbképzési rendszer megoldatlansága szintén nehézséget jelent a fejlődni kívánó munkaerő számára, e téren egyedül a mester- és posztgraduális képzések terjedése jelent némi változást. A szakemberektől távolabb álló ún. külső tényezőkön kívül, melyekre kevés befolyásuk lehet a kórházakban szociális munkát végzőknek (pl. törvényjavaslat, a szakma elfogadottsága az egészségügyi dolgozók körében), igenis vannak olyan tényezők melyeket képesek befolyásolni. Ilyen például egy egységes szakmai protokoll kidolgozása, elfogadtatása, majd bevezetése. Mindez jelentős változásokat eredményezhet a jelenleg kevésbé biztató helyzetben.

Az érdekvédelmi szervezetben vannak törekvések és szándékok egy ilyen átfogó protokoll kidolgozására, és a kérdőívet kitöltők közül többen jelezték, hogy aktívan részt vesznek abban a kezdeményezésben, amely e dokumentum elkészítését célozza. Az érdekeket képviselő EÜDSZM szervezet már működik, de fontos lenne, hogy minél több aktív tag legyen részese. Úgy tűnik, hogy az elmúlt 10 év kevés javulását a szakemberek közös fellépésével lehetne pozitív irányba formálni.

Irodalom

- Borosné Tegze Emma (2005): Kórházi szociális munka. *Háló*, (11), 2–3, 1–3. http://www.3sz.hu/sites/default/files/uploaded/2005_februarmarcius.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Gregorian, Camille (2005): A career in hospital social work. Do you have what it takes? *Social Work in Health Care*, (40), 3, 1–14.
- Lóránth Ida (2009): Protokollra vár a kórházi szociális munka. *Kórház*, 1–2, 16. <http://www.weborvos.hu/adat/korhaz/2009febr/16-17.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Magyar Zsófia (2004): A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében. *Esély*, (15). 4, 44–70. http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_4/MAGYAR.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Pék István (2000): Merre tovább szociális munkások? *Szociális munka*, (12), 2, 99–124.
- Péterné Molnár Gizella (2007): A kórházi szociális munka működési keretfeltételei. *Esély*, (18), 5, 99–119. http://www.esely.org/kiadvanyok/2007_5/MOLNAR.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
- Tóthné Józsa Anna (2011): A kórházi szociális munka jogszabályi háttérének hiányaiból eredő problémák. *Háló*, (17), 10, 4–5. http://3sz.hu/sites/default/files/2011_oktober_0.pdf (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)
1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV (utolsó letöltés: 2014. 02. 10.)
- 60/2003 (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC (utolsó letöltés: 2014. 02. 20.)
- 1/2012. (V.31.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet és az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny*, 2012, 64. sz. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK12064.pdf> (utolsó letöltés: 2015. 01. 26.)