

Némethné Németh Edit

A szociális munka nehézségei – a hivatalok útvesztőiben

Összefoglalás *Otthoni ápolás esetén a családok nem mindig rendelkeznek a megfelelő tárgyi feltételekkel, felkészültséggel, és így nem tudnak kellő támogatást nyújtani. Egy beteg otthoni ellátása számtalan többletkiadást jelenthet: különleges felszerelések, gyógyszerek, megfelelő étkezés, fűtés, világítás stb. Ezek a többletköltségek, amelyek egyébként a kórházakat terhelnék, a hozzátartozójukat ellátó családokra hárulnak. Mindazonáltal a legnagyobb többletkiadást nehéz számszerűsíteni és ez elsősorban azzal a problémával kapcsolatos, hogy a családon belül kell valakit találni, aki a gondozást végzi. A nők szerepének korunk társadalmában végbement megváltozása következtében viszont a nők is teljes munkaidőben dolgoznak, nehezebb találni valakit, aki a gondozást ténylegesen ellátja. Felmerülnek a következő kérdések: „kinek kell abbahagynia a munkáját, ki keljen fel éjjel”? A megnövekedett feszültségek és sikertelenségek komoly következményekkel járnak a családokban.*

Arra keresem a választ, hogy az igénybe vehető szociálpolitikai kedvezmények mennyire segítik a családokat és a városban több szintűen működő szociális támogatást nyújtó intézmények között milyen a kommunikáció.

Megkísérlem összefoglalni és elemezni mindazokat a problémákat, melyek kihívást jelentenek számomra a mindennapi gyakorlatban. A probléma-lista biztosan nagyon szubjektív lesz, és előadásomban több lesz a kérdés, mint a kész válasz. Elkerülhetetlen, hogy bizonyos pontokon, csak a kérdés felvetésére szorítkozzam, hiszen magam sem tudom még a pontos választ.

A kérdésre, hogy mi legyen a vezérfonal, amelyre gondolataimat fölfűzhetném, azt a választ adtam, hogy azokról a helyzetekről érdemes beszélnem, amelyekben cselekvésünk akadályokba ütközik, ahol kiderül: itt vannak a határaink. A korlátok tudomásulvétele és esetleges tágítása jelenti a legnagyobb kihívást a mindennapi gyakorlatban. Határainkat több tényező alakítja ki:

- A beteg ember autonómiájának tere, azaz a beteg határai
- Saját teherbíró képességünk
- Munkakörünkhöz, képzettségünkhöz, módszertani felkészültségünkhöz kapcsolódó szabályok, vagyis kompetenciahatáraink
- Kulturális, értékrendi, hitbéli kötöttségeink arra vonatkozóan, hogy meddig mehetünk el
- Csoportmunkában a hospice-team belső szabályai
- Az intézmények belső szabályrendszere és működése
- Az intézményrendszer, az intézmények egymás közötti viszonyai
- A források elégtelensége

A segítő foglalkozások legnagyobb problémája, hogy olykor hiába ismerjük az igazságot. Rá kell ébrednünk, hogy a mi igazságunk nem a másik igazsága. Ilyen helyzetekben áll elő, hogy a betegek nem kérnek a segítségünkből, munkatársaink a felajánlott együttműködésből. Ugyanis az a legfőbb igazság, hogy minden embernek joga van az önrendelkezéshez, saját útjának megtalálásához.

Újra meg újra – és főleg a kudarcra végződő esetekben – át kell gondolnunk szakmai értékrendünket és kompetenciánkat, felelősségvállalásunk határait. Pontosan kidolgozott szakmai identitás és alapos szakmai tudás kell ahhoz, hogy tudjuk, mikor milyen segítséget

ajánlunk és hol vannak a segítség határai. Egyaránt igaz ez akkor, amikor a lehetetlent kívánják tőlünk, és amikor a lehető sem kívánják. A mindenáron való segítség egyébként is függő helyzetbe hozza betegeinket, klienseinket, és nem szabad elfelejtenünk a régi kérdést, mely azt firtatja, hogy a szociális munka a probléma megoldásának vagy a problémának a része. A mi kompetenciánk a problémamegoldó folyamat elősegítése.

A szociális munka próbaköve a gyakorlat. Ha nem válnak be módszereink, hiteltelenné válunk. Nehezíti helyzetünket, hogy az iskolából kilépve, olyan közegbe kerülünk, ahol nagyon kevesen értik, miről is beszélünk, ha a szakma kifejezéseit használjuk. A szakmában túlnyomórészt más képzettségűek dolgoznak, a vezetőket is inkább a szociális területen eltöltött gyakorlati idő alapján választják, mintsem képzettségük alapján. Az iskola csak felkészít a pályára, a szakmai szocializáció a munkahelyen folyik tovább. Nem lehet elvárni a hosszú ideje pályán működő emberektől, hogy elfogadják a frissen végzettek tanácsait. Ebben nyilvánvalóan megakadályozza őket a félelem, hogy a frissen végzettekkel való munkakapcsolatban megkérdőjeleződik szakmai kompetenciájuk.

Azok sem elégedettek a szakmai tudással, akik már megszerezték azt. Ez részben következik a szociális munkás szakmai gyakorlatának jellegzetességeiből. Az állandó döntési kényszer, a rendkívül bonyolult és folytonosan átalakuló struktúrák viszonyai között ugyanis nincs idő elméleteken töprengeni.

Minden olyan betegség, amely hosszú ideig tart vagy a beteg munkaképességét befolyásolja, kihat az egyén anyagi szociális viszonyaira. Nincs ez másképp a daganatos betegek esetében sem. Amennyiben a családfő vagy más, a család eltartásában kulcs helyzetű személy betegszik meg, lényegesen csökken a család jövedelme. A főfoglalkozásból eredő kereset mellett elapadnak a mellékállásból, a hétvégeken vállalt különmunkákból, a családi összefogással megmunkált telekből, a ház körüli gazdaságból eredő bevételek is. Már a betegség kezdetén, a hosszantartó kezelése alatt mind a beteg, mind a családja anyagilag olyan szintre kerülhet, ami akár nélkülözéshez is vezethet, főleg egy olyan jövedelmű család esetén, amelynek korábban sem volt akkora anyagi bevétele, hogy sikerült volna megtakarítani.

A mai gyógyszerárakat ismerve nem lehet kétséges, hogy a daganatos beteg, ill. családja mekkora anyagi kiadásra kényszerül, amikor az ápoláshoz szükséges gyógyszereket, kötszereket és egyéb eszközöket megvásárolja. Ráadásul ez a kiadás nemcsak 1-2 hétig tarthat, hanem a beteg élete végéig.

Egy daganatos betegnek az étrendjét is alaposan meg kell változtatnia. A diétás étrend szintén nagyon sokba kerül. Ráadásul a család többi tagja nem valószínű, hogy ugyanazt az ennyivalót akarja fogyasztani, tehát ilyen esetekben kétféle étrend alakul ki a családon belül. És ezzel megint csak oda jutottunk, hogy a kímélő étrend miatt a rákbeteg családjának ételkészítési célú kiadásai jóval magasabbak, mint egy egészséges tagokkal rendelkező család esetében.

A legnagyobb többletkiadást nehéz számszerűsíteni és ez elsősorban azzal a problémával kapcsolatos, hogy a családon belül ki fogja a gondozást végezni. A nők szerepének korunk társadalmában végbement megváltozása következtében viszont a nők is teljes munkaidőben dolgoznak, nehezebb – néha szinte lehetetlen – találni valakit, aki a beteg felügyeletét, ellátását ténylegesen vállalja. Felmerülnek a következő kérdések: kinek kell abbahagynia a munkáját, ki keljen fel éjjel? A megnövekedett feszültségek és sikertelenségek komoly következményekkel járnak a családokban.

A szakma értékrendjében első helyen álló törvény, hogy mindenkinek joga van azokhoz a forrásokhoz, melyek életének megfelelő fenntartásához szükségesek. A teljesség igénye nélkül vizsgáljuk meg kicsit közelebbről, a leggyakrabban igénybe vett forrásokat, ellátásokat a daganatos betegek szemszögéből:

- A betegség okozta jövedelem-kiesést a társadalombiztosítási juttatások nem veszik figyelembe, részben sem pótolják. Akár nyugdíjas, akár rokkantságának megfelelő pénzügyi

vagy táppénzes ellátásban részesülő betegről van szó, ezek az ellátások nagyon sok esetben csak arra elegendők, hogy a családok megpróbálják beosztani annak érdekében, hogy a hónap végén legyen miből ennivalót vásárolni.

- Ha a magas gyógyszerköltségeket nézzük, a beteg jogosult lehet közgyógyellátási igazolványra vagy átmeneti segélyre gyógyszervásárlási utalvány formájában. Sajnos a közgyógyellátási igazolvány sem jelent igazi megoldást a betegek számára, hiszen a naponta szedett, drága gyógyszer általában nem írható fel közgyógyellátásra. A nem oly régen hatályba lépő rendelet alapján a gyógyászati segédeszközök felírása is megszigorodott, a hozzájárítás nehezebbé vált, és természetesen sok terméknel a támogatás mértéke is csökkent, vagy meg is szűnt.

- Nagyon sok daganatos beteg csak tápszert tud fogyasztani, ma már ezért is fizetni kell.

A terminális állapotú daganatos beteg állandó felügyeletet igényel. A hozzátartozó kérelmezheti az ápolási díj igénybevételét. Az időfaktor a legnagyobb problémánk ezzel az ellátással: meddig fog tartani a betegnél a terminális időszak: egy hétig vagy fél évnél is tovább? És meddig tart az önkormányzatnál az ügyintézés? Mire a kérelemre pecsét kerül, a beteg meg is halhat.

Komoly kihívást jelent számomra az intézmények belső viszonyainak rendezetlensége. Gyakran felmerül bennem a kérdés: ki a felelős, ha a kliens ügyét „elkezelik”? Az adott intézmény, azon belül is a szolgálat vezetője felel a szolgáltatás minőségéért. Ha viszont felel ezért, akkor ellenőriznie is kell a szolgáltatás minőségét. Vajon tényleg ellenőrzi munkatársai tevékenységét?

Elriasztó történetként szoktuk emlegetni a következő eseteinket. Egyik betegünk számára a gondozási központból kértünk házi segítségnyújtást. A napok egyre teltek, de a gondozónő csak nem érkezett meg. Ismételt érdeklődésünkre azt a választ kaptuk, hogy a beteg körzetéhez tartozó gondozónő szabadságon van! A másik példa: házi gondozást szerettünk volna kérni. Bediktáltuk a beteg nevét, lakcímét, mire a gondozási csoport vezetője közölte: nem tudják biztosítani az alapellátást, kizárólag csak pénzért, mert a néni egy épülő szeretetotthonra áldozta örökségét, ahova természetesen később be is költözött. Nem értettem az elutasítást. A betegnek a házi gondozásért is kellett volna mindenképpen fizetnie nyugdíja arányában. Talán örökségét meg kellett volna osztania a gondozási központtal is? A vezetőnő a szolidaritás értékrendjével szemben a gazdasági hatékonyság értékrendjét képviselte. Az intézmények közötti együttműködést nehezíti, hogy más értékeket és érdekeket képviselünk.

A szociális munka mindenképpen rendkívül megterhelő foglalkozás, és a fentebb elmondott helyzetek még megterhelőbbé teszik. Vannak pontok, amikor tűrőképességünk határához érünk. Vannak helyzetek, amikor nagyon nehéz megőrizni az integritásunkat a segítettjeinkkel kapcsolatban. Ha ugyanazt tesszük a számunkra kínos helyzetben, mint amit mindenki más tenne, akkor nem segítünk, sőt, megerősítjük a kliensünket, betegünket abbéli álláspontjában, hogy úgysem várható tőlünk valódi segítség.

Mindent összevetve: a daganatos betegek érdekében végzett segítő tevékenység áldozatos, komoly felkészültséget igénylő feladat. De nincs annál nagyobb fizetség számomra, mint amikor látom, hogy munkámnak, erőfeszitésemnek eredményeként a beteg vagy a családja életkörülményeiben pozitív változás állott be – még ha csak nagyon rövid időre is – talán sikerült elfeledtetni a gyilkos kór okozta testi és lelki sérüléseket.

Megdöbbenő, hogy ezek a betegek sok esetben milyen akaraterővel rendelkeznek. Azt tudnám javasolni mindnyájunknak, hogy ezt az akaraterőt használjuk fel betegeink helyzetének javítására, megváltoztatására.