

MAGYAR ZSÓFIA

## A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében<sup>1</sup>

Kutatásommal arra vállalkozom, hogy a már meglévő szolgáltatások eddigi helyzetét egy egységes szempont szerint bemutassam, hogy milyen szervezeti egységben, milyen végzettséggel, milyen feladatkörrel, milyen feltételekkel működnek. Kutatásom célja, hogy tényként beszélhessünk a magyar kórházi szociális munkások működési módjáról.

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

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

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

### Bevezető

A WHO (World Health Organization) egészség-fogalmát alapul véve – amely szerint az egészség a teljes testi, szellemi és társadalmi jólét állapota, és nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiánya – a magyar egészségügynek is egyre inkább el kell fogadnia, hogy a medicinális ke-

<sup>1</sup> A szerző köszönetet mond Dombi Gábornak a kérdőívek módszertani feldolgozásában nyújtott segítségért.

zelések mellett a szociális problémákkal is foglalkoznia kell. A legtöbb jóléti országban ez már nem is kérdéses. A kórházi szociális munkások egyenrangú és elengedhetetlen munkatársai az egészségügyi szakembereknek mind a betegek kezelésénél, mind a népegészségügyi programok kialakításánál, megvalósításánál.

A szociális munkások egészségügyi intézményekben való alkalmazását törvény nem írja elő, csak az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló 60/2003. (X. 20) ESZCSM rendelet mellékletében jelölik meg, mint „szükséges” szolgáltatást.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények a rendelet teljesítésére mindig újabb és újabb haladékokat kapnak. Az alacsonyabb szintű szabályozásnak és a rendeletek teljesítésének hazai gyakorlatát ismerve megengedhető az a kijelentés, hogy az országban még mindig vannak olyan kórházak, amelyek nem rendelkeznek kórházi szociális munkás státussal. Továbbá a törvényi rendelkezés hiányában nem tisztázott a szolgáltatás létrehozásának mikéntje sem.

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

Kutatásommal arra vállalkozom, hogy a már meglévő szolgáltatások eddigi helyzetét egy egységes szempont szerint bemutassam, hogy milyen szervezeti egységben, milyen végzettséggel, milyen feladatkörrel, milyen feltételekkel működnek. Kutatásom célja, hogy tényként beszélhessünk a magyar kórházi szociális munkások működési módjáról.

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

Elsődleges célom, hogy átfogó képet kapjunk arról: jelenleg hány kórházban működik kórházi szociális munkás, illetve szociális feladatokat ellátó szakember.

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

## Hipotézisek

Az előzmények ismeretében az alábbi feltételezésekből indultam ki:

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

## A kutatás módszere

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

Először telefonon mértem fel, hogy mely kórházak alkalmaznak kórházi szociális munkásokat, illetve szociális szakembereket. Úgy véltem, hogy az ápolási igazgatóktól, illetve – saját tapasztalatom alapján – a humánpolitikai igazgatóktól, humánpolitikai osztályvezetőktől ismerhetem meg ezeket az adatokat. E kiindulási ponttal viszont azt kockáztattam, hogy kihagyom a felmérésből azokat a szociális szakembereket, akik az osztályvezető főorvosok, illetve más vezetők alá tartoznak. Ezt a kockázatot a megjelölt vezetőkkel való, a telefonos beszélgetéssel és az engedélykérő levélben lévő hivatkozással próbáltam csökkenteni, így tehát kis fenntartással kell kezelni azt az adatot, hogy a 157 kórházból 99 kór-

<sup>2</sup> A kézzelfogható adatbázis hiánya miatt kicsit részletesebben ismertettem a mintavétel módját.

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

ház jelezte: alkalmaz kórházi szociális munkást, illetve szociális szakembert.

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

A vezetőkkel való beszélgetéskor rögtön beleütköztem abba a nehézségbe, hogy ki is számít kórházi szociális munkásnak. A magyarországi szociális munka előzményeinek ismeretében számításba vettem azon dolgozókat is, akiknek nincsen szakirányú felsőfokú végzettségük, de szociális feladatokat látnak el. Így az előzetes felmérés alapján a vizsgált populációba kerültek azok a lelkeszek, lelkipogondozók (összesen 3 fő) is, akik a lelkipogondozói munkájuk mellett a szociális feladatokat is magukra vállalják, illetve a szociális asszisztensek, akiket szociális munkásként alkalmaznak. A vizsgált populáció 216 fő lett.

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

## Elemzés

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

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

## TANULMÁNYOK

1. ábra *Magyarország szociális státusokkal rendelkező kórházai – fenntartó, illetve megyei bontásban – N = 157*

Forrás: Az előzetes felmérés eredményei

### **Adatok a kórházi szociális szakemberekről**

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

2. ábra *A válaszadók nemek szerinti megoszlása N = 146 fő*

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

**3. ábra A válaszadók életkori megoszlása N = 146 fő**

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

**4. ábra A válaszadók szakmai végzettsége N = 144 fő**

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

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

## TANULMÁNYOK

### 5. ábra Az adatközlők megyekódja N = 146 fő

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

1. táblázat Az adatközlők intézményeinek fenntartói

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

Legfőképpen a 400–1200 ágyas kórházak dolgozói válaszoltak.

2. táblázat Az adatközlők kórházainak ágyszáma

Ágyszám	esetszám	%
200 alatt	17	11,6
201–400	20	13,7
401–800	40	27,4
801–1200	31	21,2
1201–2000	22	15,1
2001–2500	2	1,4
2500 felett	14	9,6
Össz	146	100,0

### Adatok a kórházi szociális munkás státusok kialakulásáról

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

6. ábra. A kórházi szociális munkás státusok létrehozásának szorgalmazói  
N = 143 fő

A „Mióta van az Önök intézményében kórházi szociális munkás státus?” kérdést többen a saját működésük kezdetére vonatkoztatták, illetve nem tudtak rá válaszolni, így kissé fenntartással kell kezelni a kapott eredményeket. A válaszok alapján két tendenciát rajzolódik ki: az egyik az össz-számot mutatja, hogy hány státus jött létre adott évben, a másik pedig külön a pszichiátriai státusok megalakulásának az idejét. (Lásd 7. ábra) Egyes helyeken már rögtön a rendszerváltás után létrehoztak szociális munkás státusokat, amelyeket valószínűleg szociális szervezők vagy egyéb végzettségű szakemberek töltöttek be. Igazából az 1990-es évek közepétől jött létre a legtöbb státus, ami összefügg azzal a ténnyel, hogy ebben az időszakban kerültek ki a legelső diplomások is a képzésekből. 1994 előtt Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Jász-Nagykun-Szolnok, Somogy, Tolna, Vas és Békés megyében alakították ki státusokat. A státusok létrehozása mind a mai napig aktuális kérdés, mivel körülbelül még 58 kórházból (37%) hiányzik a szociális munkás. A telefonos felmérés során több ápolási igazgató is jelezte, hogy szeretnének alkalmazni szociális munkást, de pénzügyi kereteik jelenleg ezt nem

## TANULMÁNYOK

teszik lehetővé. Egy-két helyen viszont nem tartják fontosnak a szociális munkás alkalmazását, mivel úgy gondolják, hogy a nővérek a saját munkájuk mellett a szociális feladatokat is el tudják látni.

7. ábra *A kórházi szociális munkás státusok kezdetének az éve az adatközlők szerint N = 101 fő*

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

Az adott kórházban a szociális szakemberek megnevezése, megszólítása is sokat elárulhat arról, hogy mennyire ismerik a szociális munkást, hogyan értékelik, mennyire sikerült az elődök szerepéből kilépni. A válaszadók legnagyobb részét a „kórházi szociális munkás” névvel illetik, de használják a „szociális munkatárs” megnevezést is (15,1%), ami azt sejteti, hogy őket egyenrangú partnerként kezelik az egészségügyi dolgozókkal. (Lásd 8. ábra) A „szociális nővér” egyértelműen elutasítandó megszólítás, a szociális szakemberek egy részének mégis azzal kell szembesülnie, hogy sokan még mindig nem tudnak különbséget tenni a két munkakör között. Sőt, a „kórházi szociális munkás” megnevezést megjelölők 22,2 százaléka is panaszkodott arról, hogy olykor őket is szociális nővérnek hívják, a betegek és a dolgozók egyaránt. Néhányan azt is jelezték, hogy ilyenkor helyesbítenek szoktak. Az egyéb megnevezésekben 13-an jelezték, hogy egyszerűen csak szociális munkásnak hívják őket. Vannak, akit szociális tanácsadónak, szociális ügyintézőnek, szociális előadónak, szocioterapeutának neveznek. Ebben a kategóriában szerepel a „lelkész” és két „lelkigondozó” megjelölés, amely indokolt a fő munkakörüket nézve.

8. ábra Az adatközlők megnevezése, megszólítása az intézményükben N = 146 fő

### A kórházi szociális munka szervezeti elhelyezkedése

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

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

9. ábra A válaszadók munkáltatói N = 146 fő

A szociális munkások szakmai felettesei szempontjából már nagyobb a szóródás. (Lásd 10. ábra) A főigazgatók már kevésbé jelennek meg a felettesi körben, ezt a jogkört leosztják az ápolási igazgatóknak, az osztályvezető főorvosoknak, illetve amennyiben lehetséges, a szociális cso-

## TANULMÁNYOK

portok vezetőinek. Az adatok alapján az ápolási igazgatók egy része szintén továbbadja a szakmai irányítás jogát, jobb esetben az intézményben működő szociális csoport vagy részleg vezetőjének, aki feltehetően nagyobb szakmai hozzáértéssel rendelkezik. Az „egyéb” kategóriában a kari főnövérek mellett a pszichiátriai gondozó, a kórházhoz kapcsolódó drogambulancia, lelkipogozói és gyermekjóléti szolgálat (plusz az ápolási igazgató) vezetőjét jelölték meg szakmai felettesüknek.

### 10. ábra A válaszadók szakmai felettesei

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

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

11. ábra A válaszadók munkájának hatóköre N = 144 fő

### **A kórházi szociális szakemberek munkakapcsolatai**

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

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

12. ábra A válaszadók munkakapcsolatai az intézményükben lévő kórházi szociális munkásokkal N = 144 fő

## TANULMÁNYOK

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

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

13. ábra *Tagja-e szociális csoportnak?* N = 146 fő

14. ábra *Szociális csoport esetén milyen munkamegosztás van?* N = 69 fő

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

löltek, akivel folyamatos kapcsolatot tartanak. Itt kérdés lehetne, hogy a legutóbb említett személy milyen pozícióban dolgozhat.

15. ábra *A válaszadók munkakapcsolatai az egyéb szakemberekkel*

16. ábra *A szociális szakemberek véleménye az egészségügyi szakemberekkel való munkakapcsolatukról N = 146 fő*

A szociális szakembereknek az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolattartása a munka jellegéből adódóan elkerülhetetlen, így igazából az a kérdés, hogy milyennek ítélik meg az előbb említett dolgozókkal a viszonyukat. A válaszok alapján elég egyoldalú kép tárul elénk. (Lásd 16. ábra.) A válaszadók egyértelműen megfelelőnek tartják az adott munkakapcsolataikat. Különösen a főnővérekkel és az ápoló személyzettel való viszonyukat tartják teljes mértékben kielégítőnek, akikkel együtt a

leginkább érintettek a betegek ellátásában. Talán az osztályvezető főorvosok azok, akikkel kicsit kevesebben jönnek ki. Két személy egyáltalán nem tartja megfelelőnek a kapcsolatát a főorvosokkal, hatan pedig a kórház vezetőségével állnak hadilábon.

### A kórházi szociális szakemberek által ellátott feladatok

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

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

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

A szociális szakember véleményének, megállapításainak az elismerését jelenti, ha a kórházi teamben is lehetősége nyílik konzultálni, jelentést adni. Ez az út a válaszadók egynegyede számára még nem járható. A területi intézményekkel való esetkonzultáció szintén nem egyértelmű.

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

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

3. táblázat A válaszadók által ellátott feladatok nagyságrendben kifejezve  
N = 145 fő

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

## TANULMÁNYOK

	Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét %-ban	Teljes mértékben	Össz.
Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	52,4	39,3	6,2	2,1	100
Oktatás és továbbképzések szervezése, pl. egészségügyi és szociális szakemberképzésben való részvétel	55,2	35,2	7,6	2,1	100
Kutatás a kórházi szociális munka területén	77,2	18,6	2,1	2,1	100
Egészségügyi-szociálpolitikai konceptiók formálása	81,4	15,2	2,1	1,4	100
Egyéb	35,7	42,9	21,4	0,0	100

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

17. ábra *Megbízák-e egyéb, nem szociális feladattal? N = 145 fő*

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

18. ábra *A válaszadók – becslés alapján számított – éves esetszámai N = 144 fő*

## A kórházi szociális szakemberek munkakörülményei

### Személyi feltételek

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

19. ábra A válaszadók igényelnének-e még szociális szakembert maguk mellé?  
N = 144 fő

A kórházi közegben az esetvezetés különösen időponthoz kötött, gyors döntést igénylő segítő munka, amelyben nem ritka, hogy a kliensek életébe radikálisan kell beleavatkozni, egy alapvető változást kell segíteni – például idős beteget kell kiemelni a megszokott családi közegéből, és egy zsúfolt idős otthonába kell elhelyezni. Az egyéb szociális területekkel összehasonlítva itt jellemzőbb, hogy a klienseket végérvényesen elveszítik. Sok esetben a kórházi szociális munkásoknak nincs szakmailag kompetens vezetőjük, szakmabeli munkatársuk, akikkel megoszthatnák a problémás vagy lelkileg megterhelő eseteiket, így számukra a szupervízió létfontosságú kérdés. A válaszok számából azonban jól látható, hogy ezen a területen is kevésbé megoldott ez a szolgáltatás. (Lásd 20. ábra)

## TANULMÁNYOK

### 20. ábra *Megoldott-e a szakmai szupervízió? N = 145 fő*

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

### 21. ábra *A válaszadók bérükkel és juttatásaikkal való elégedettsége N = 145 fő*

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

### *Tárgyi feltételek*

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

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

ten az ápolásoktatóval vannak egy szobában. (Lásd 22. ábra) Egyesek pedig orvos, logopédus, szakszervezeti ügyintéző, jogász, betegjogi képviselő, dietetikus mellé kerültek. Két dolgozó egyáltalán nem rendelkezik irodával.

22. ábra Az irodahelyiségét másokkal megosztja-e? N = 144 fő

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

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

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

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

## TANULMÁNYOK

nem megfelelőnek tartók nagyobb része a megosztott irodával rendelkezők köréből kerül ki.

23. ábra *Megfelelőnek tartja-e az irodáját a kliensekkel való foglalkozáshoz?*  
N = 146 fő

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

24. ábra *Működtetnek-e valamilyen alapítványt, egyesületet szociális céllal?*  
N = 145 fő

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

### **A kórházi szociális szakemberek képzési lehetőségei**

A képesítési követelmények szerint az általános szociális munkás képzésben 5% az egészségügyi ismeretek aránya. Az egyes képzési intézményekben lehetséges a kórházi szociális munkára való előszakosodás, de a többségük számára nem, és a legjobb esetben is csak egy féléves kurzusként biztosítják e tantárgyat. (Török, 1998) A gyakorlatot nyújtó terephelyeken a kórházi szociális munkás státusban dolgozó tereptanárok a legtöbb helyen hiányoztak, vagy ma sincsenek ott. Ilyen előzmények ismeretében kérdés lehet, hogy a kórházi szociális munkás státusban dolgozók mire alapozták a munkamódszerük kidolgozásakor.

A megkérdezettek legnagyobb része a saját elképzeléseire, az életből vett tapasztalataira támaszkodott munkamódszere kialakítása során, míg a válaszadók 53 százalékának volt segítségére a képzésben tanult anyag és a szakirodalom. (Lásd 25. ábra) A más szociális munkások példájából való tanulás és módszereik átvétele is segítette a válaszadók egy-egy harmadát. Az „egyéb” kategóriában egyesek a szociális igazgatásban szerzett tapasztalataikra, mások emberi kapcsolataikra, egy előkészítő team javaslataira, illetve tömegkommunikációs eszközökre hivatkoztak.

25. ábra *Mire támaszkodott a munkamódszere kialakítása során? N = 146 fő*

A megkérdezettek több választ is megjelölhettek.

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

## TANULMÁNYOK

26. ábra A támogatott és kötelező továbbképzési rendszerben részt tud-e venni?  
N = 143 fő

A nemzetközi gyakorlatban a kórházi, illetve a pszichiátriai szociális munka külön képzési formában is megszerezhető. Magyarországon szintén felmerült a posztgraduális képzés megszervezésének, elindításának a gondolata, és ma már ha jól tudom a szakképzési program is körvonalazódni látszik, egy PhD munka keretén belül<sup>5</sup>. Kérdés, hogy a megkérdezettek is szükségesnek tartanák-e a képzés elindítását, elvégzését. Végzettségre és életkorra való tekintet nélkül a válaszadók legnagyobb többsége szükségesnek tartaná a képzés elindítását, illetve az elvégzését (78,8%). Elenyésző azoknak a száma (3,4%), akik csak a pszichiátriai szociális munkában látnák értelmét a képzésnek. A válaszadók egytizede egyáltalán nem igényelné a képzést, és tizenegy fő nem tudta megítélni a kérdést.

### Összegzés

A kétlépcsős felmérésből kirajzolódott, hogy az ország minden megyéjében alkalmaznak kórházi szociális szakembereket, és elsősorban az ország keleti részének igényeit elégítik ki a szociális munkás státusok. Ezt az arányt valószínűleg a térség jellemzője, a szociális problémák erőteljesebb jelenléte is indokolta.

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

A szociális munkás státussal nem rendelkező kórházak száma (37%) még mindig igen jelentős, különösképpen annak az adatnak a fényében, hogy a státussal rendelkező kórházak 52 százalékában csak egy szociális szakembert alkalmaznak, ami nem igen teszi lehetővé a professzionális munkavégzést. A státusok 10 százaléka egyéb munkakörhöz rendelt, illetve félállásban biztosított (3,4%), ami azt jelenti, hogy – a létrehozott státusok ellenére is – egyes helyeken még mindig nem ismerik el a komp-

5 Aranyosi Alida, DEO EC Magatartástudományi Intézet munkatársa.

lex ellátást nyújtani tudó szociális munkát. A szociális szakemberek megnevezésénél felszínre került, hogy a kórházi szociális munkások nagy része küszködik még a szociális nővéri múlt legyőzésével és azzal, hogy egyenrangú félként fogadják el őket. Az egyéb észrevételek között egyesek konkrétan meg is fogalmazták, hogy „az egészségügy kemény hierarchiája nem nagyon akarja befogadni, partnerként kezelni a szociális munkást”, „hiányzik az osztályvezetőkkel egyenrangú szociális team”.

A harmadik hipotézisem részben beigazolódott, miszerint a szociális szakemberek legnagyobb része (64%) munkáltatói szempontból az ápolási igazgatók alá tartozik, de a szakmai vezetőség szerint már változatosabb felállások valósulnak meg. A szakmai felettesre, illetve a szociális csoporttagságra vonatkozó kérdéseket alapul véve két szervezeti megoldást találunk. Vannak az egyedül dolgozók (ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy egyedül vannak szociális munkásként az intézményükben), illetve a szociális csoportot alkotók. Az első esetben többnyire az ápolási igazgatók (48%), az osztályvezető főorvosok (34%) a szakmai felettesek, míg a második esetben szakmai felettesként megjelennek a szociális csoportvezetők (33%), de összességében nézve mégis jellemzőbb (67%), hogy ezt a pozíciót is egészségügyi szakemberek töltik be.

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

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

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

A hatodik hipotézisem beigazolódott. A szociális szakemberek munkakörülményeikkel kapcsolatos válaszai és igényei arról tanúskodnak, hogy több helyen nem fordítottak kellő figyelmet a szolgáltatások kialakítására. A személyi feltételeknél a legégetőbb, hogy többen teljesen egyedül kénytelenek ellátni az intézmény szociális feladatait, nem megoldott a szupervíziójuk, és a bérük sem áll arányban a végzettségükkel. Nagyon

jelentős azoknak a száma (76%), akiket egyéb tevékenységgel is megbíz-  
nak a saját feladatuk ellátása mellett. A kérdőív kérdéséből nem derül  
ki, hogy ezek milyen munkák, de feltételezhető, hogy a megbízás ténye  
arra is utal, hogy a szociális munkát nem ismerik el teljes értékű foglal-  
kozásként. A tárgyi feltételeknél az alapvető működési hely nem kellően  
biztosított, hiszen a válaszadók legnagyobb része nem rendelkezik foga-  
dóhelyiséggel, önálló irodával, sőt, többeknek tőlük idegen szakmák kép-  
viselőivel kell osztozkodniuk. A gördülékeny ügyintézéshez szükséges  
alapvető eszközök – például számítógép, nyomtató, közvetlen telefonvo-  
nal – több helyen is hiányoznak. A váratlan esetek és bizonyos progra-  
mok megvalósítása, fenntartása olykor megkívánná, hogy a szociális  
munkások pénzügyi kerettel is rendelkezzenek. A válaszok alapján egy-  
értelmű, hogy a kórházi szociális munkásoknál ez nem megoldott. Na-  
gyon kevés helyen használják ki az egyesületi, illetve az alapítványi for-  
ma nyújtotta lehetőségeket.

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

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

### Befejezés

A jóléti szolgáltatás létrehozása összetett folyamat eredménye. Egy jóléti  
szolgáltatásnak van története, kialakulása, amelyben érvényesül a foko-  
zatosság elve. A szolgáltatás megszervezéséhez először az egyéni szük-  
ségleteknek, problémáknak kell a felszínre kerülniük, hogy láthatóvá vál-  
janak, és beszélni lehessen róluk. A felfedések után érzékelhető, hogy az  
adott szükséglet, probléma többeket is érint, és a kielégítésük akkor gaz-  
daságos, ha ösztársadalmi szinten kezelik. A kezelésnek az egyik for-  
mája az adott szervezeti struktúra átalakítása, az igényekhez való igazí-  
tása, illetve egy teljesen új szervezeti keret létrehozása, amely a szolgál-  
tatások alapját jelentheti.

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

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

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

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

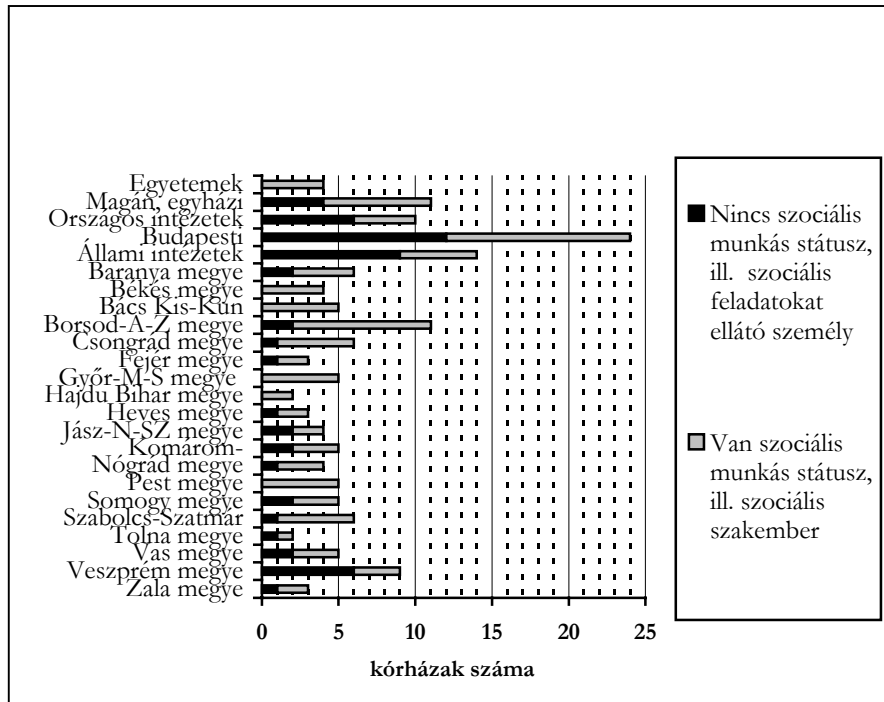
### **Felhasznált irodalom**

- 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.
- 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.
- Lüssi, Peter (1997): A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve. Magyar Testnevelési Egyetem – HÍD Alapítvány–Párbeszéd Alapítvány, Budapest, 119–162.
- Pék István (2000): Merre tovább, szociális munkások? Szociális Munka, XII. évf. 2. sz.
- Pikó Bettina-Piczil Márta (2000): „És rajtunk ki segít...?”, Esély 1. sz.

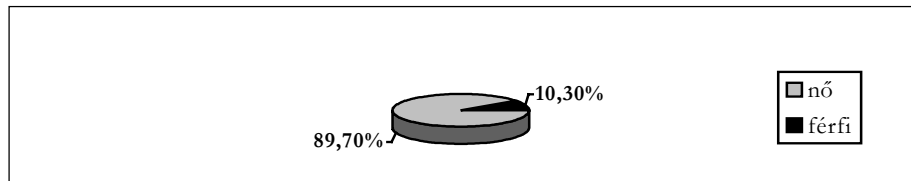
## *TANULMÁNYOK*

- Szabó Lajos (1993): Szociális szakember a kórházban. In: Bóda Józsefné és Váradi Józsefné: A kórházi szociális munka alapjai.
- Szabó Lajos (1994): Szociális munka a kórházban. In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. SZMME, Bp. 88. old.
- Török Judit (1998): A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. Szakmai Szövetség, Budapest, 146.

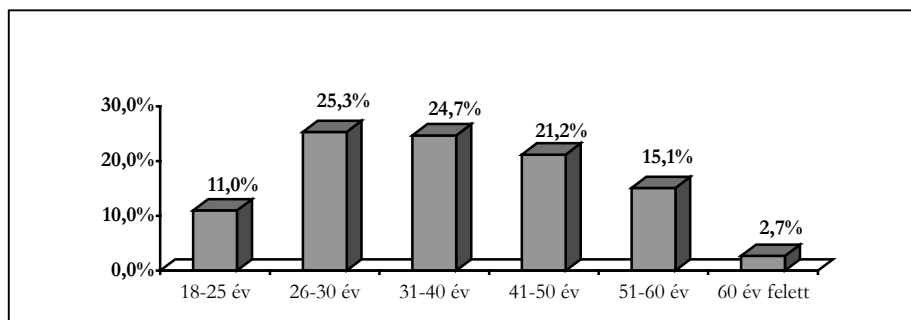
1. ábra



2. ábra



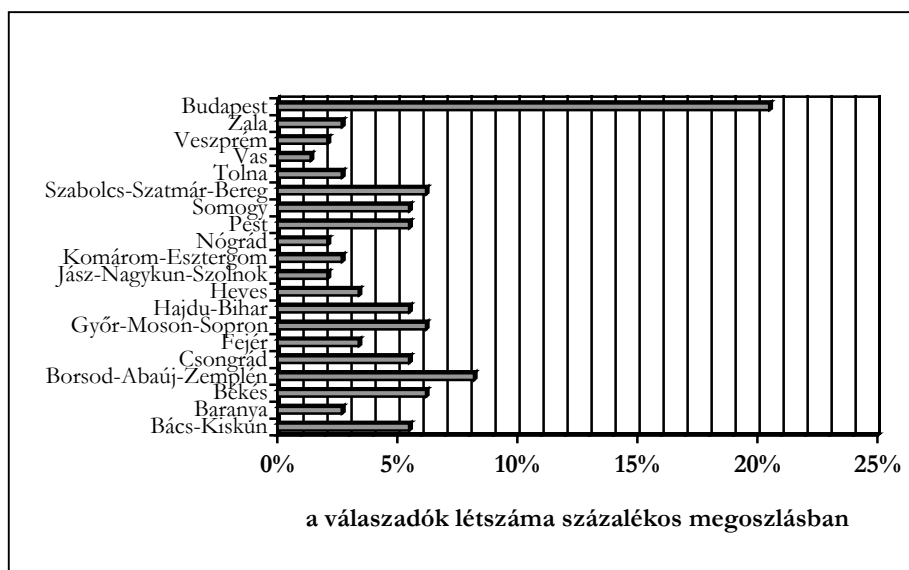
3. ábra



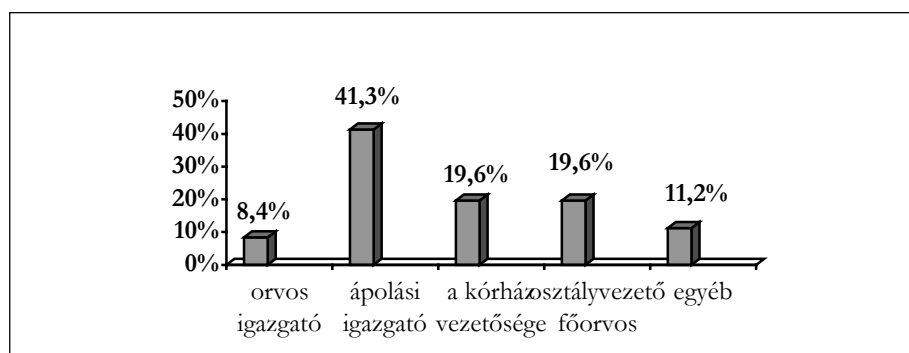
4. ábra



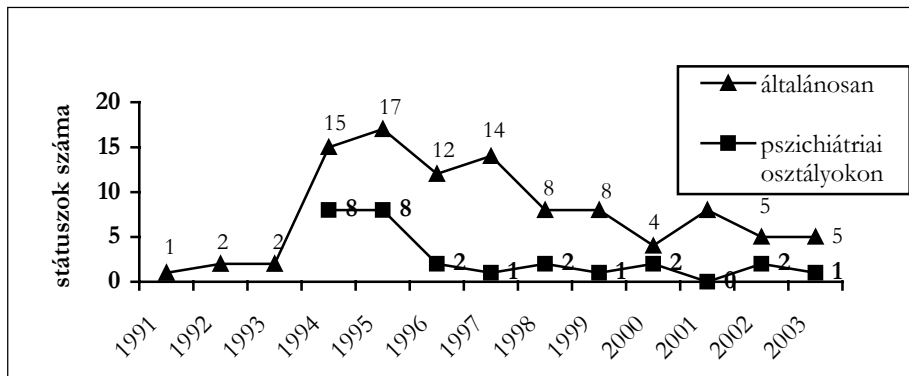
5. ábra



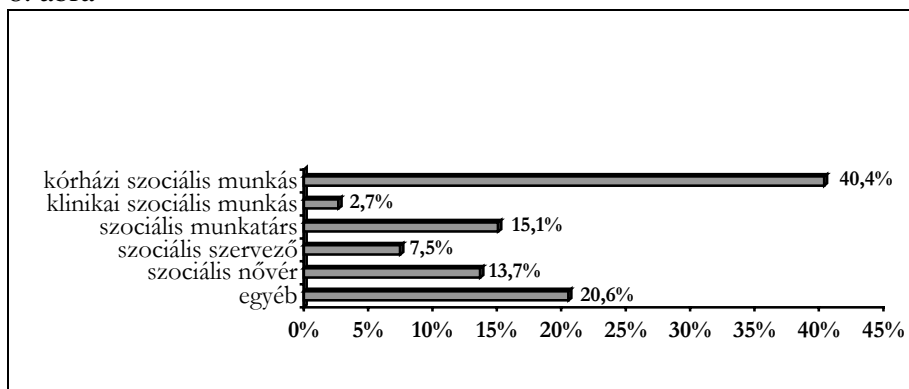
6. ábra



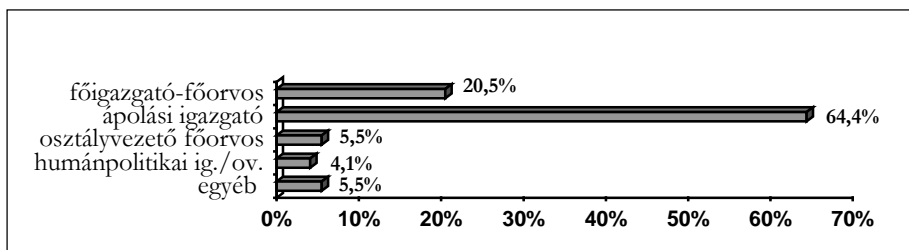
7. ábra



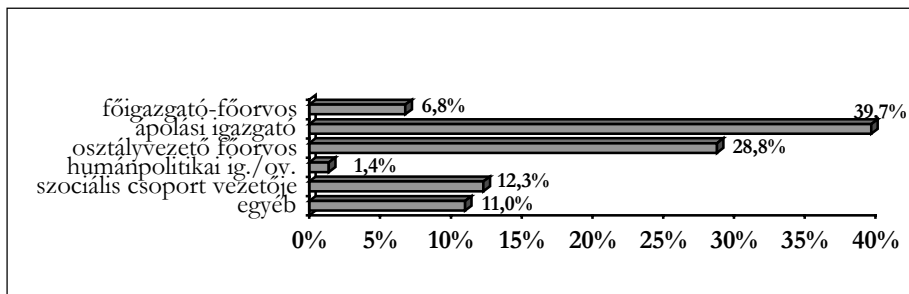
8. ábra



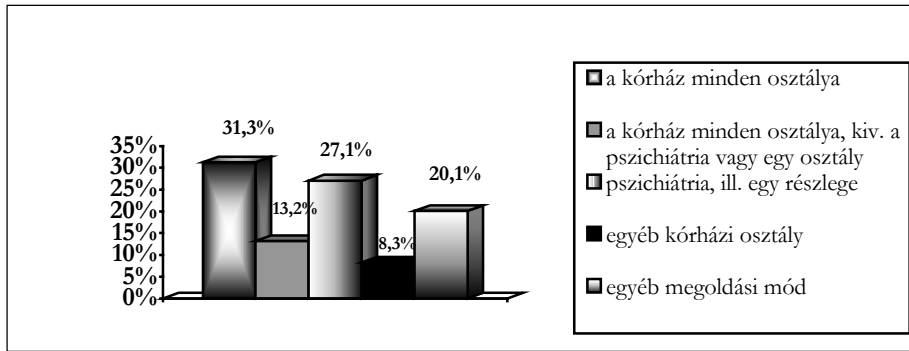
9. ábra



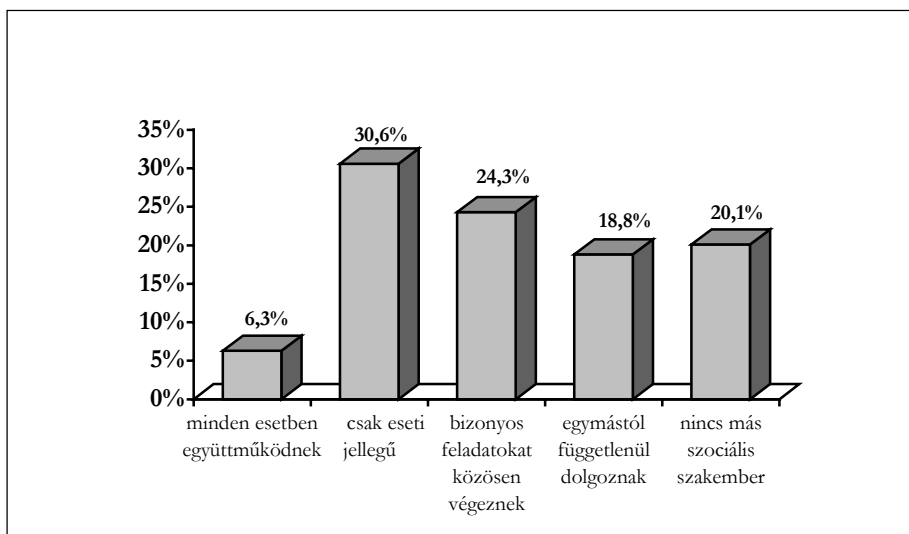
10. ábra



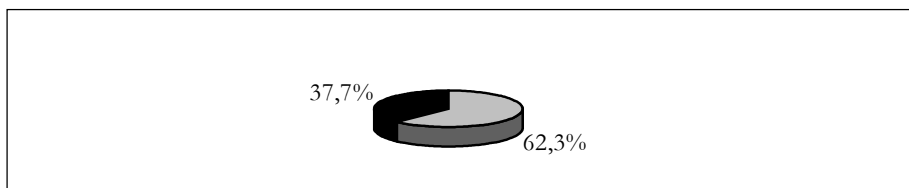
11. ábra



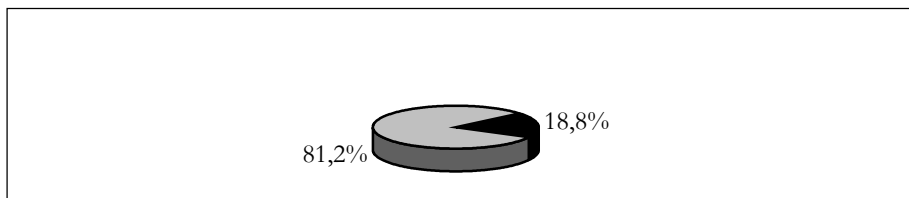
12. ábra



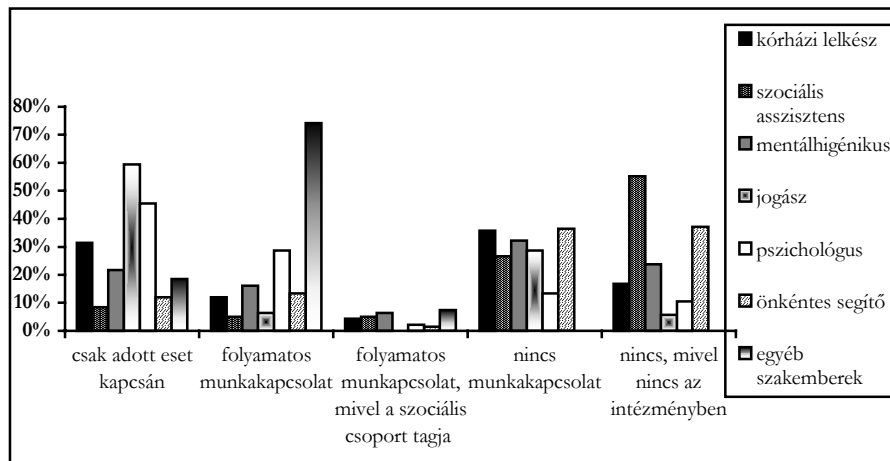
13. ábra



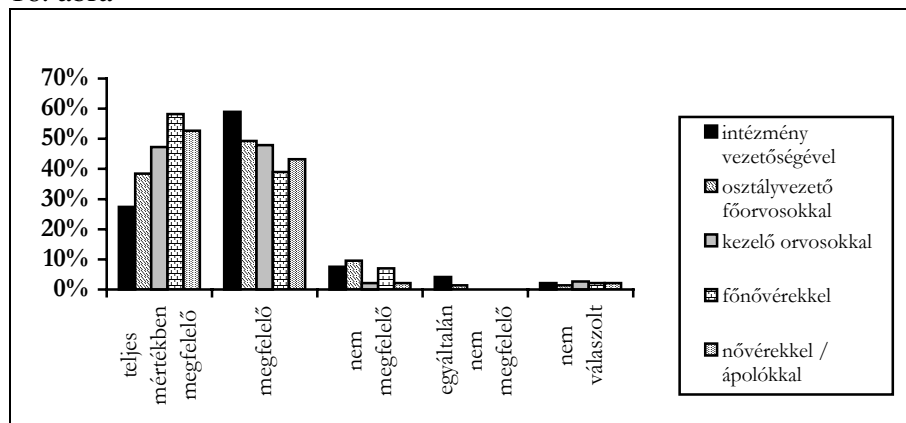
14. ábra



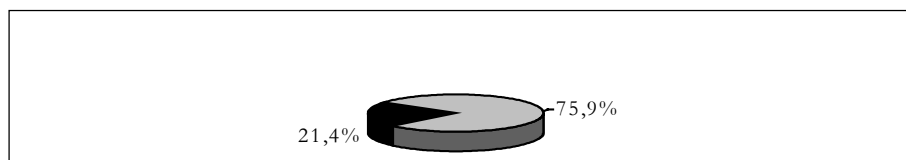
15. ábra



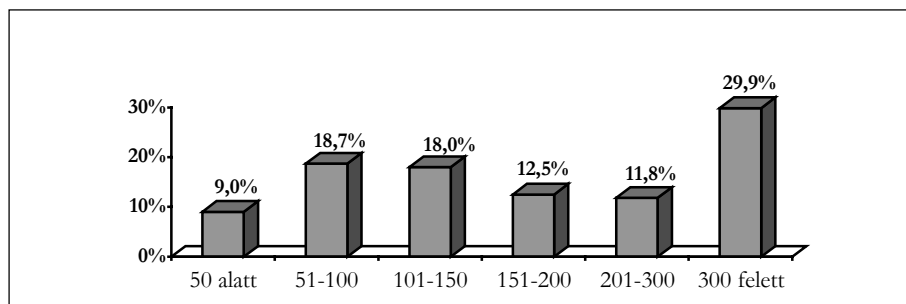
16. ábra



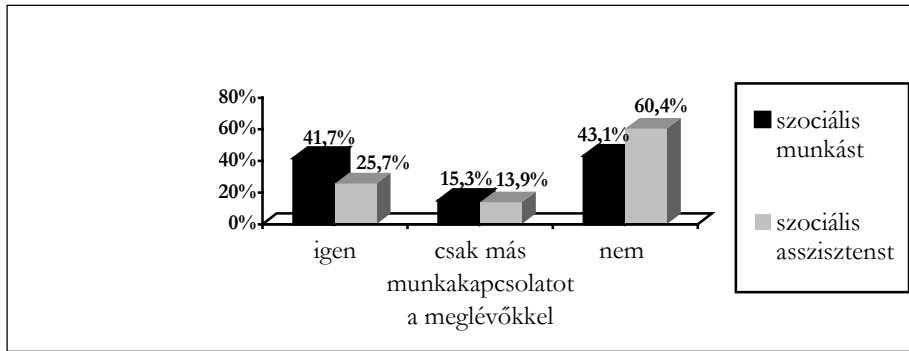
17. ábra



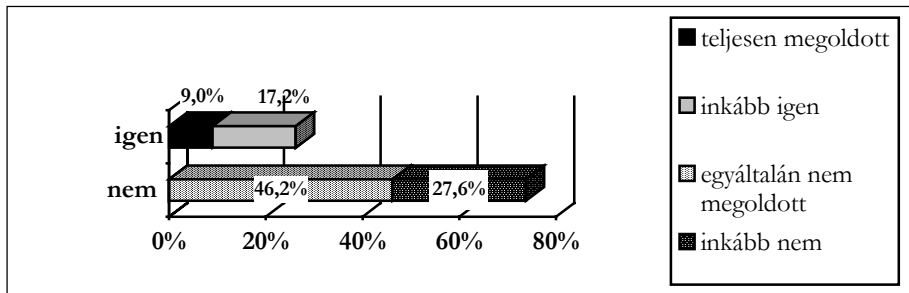
18. ábra



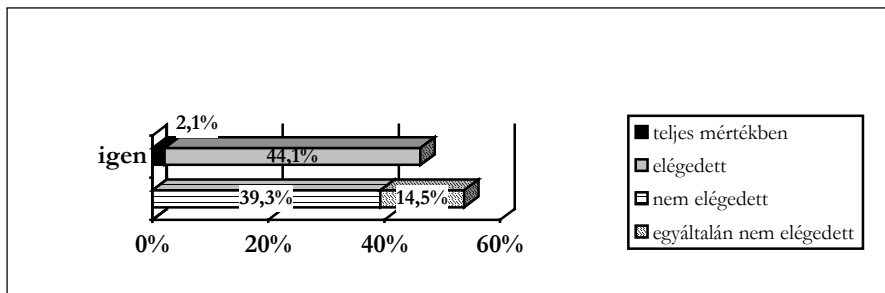
19. ábra



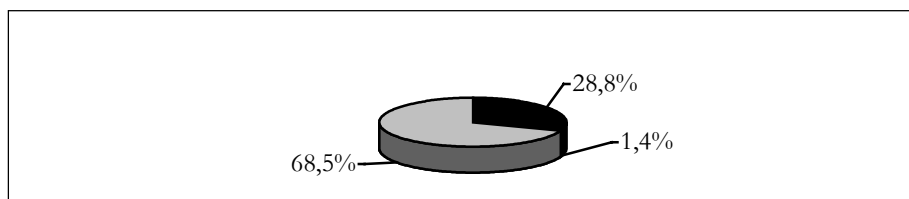
20. ábra



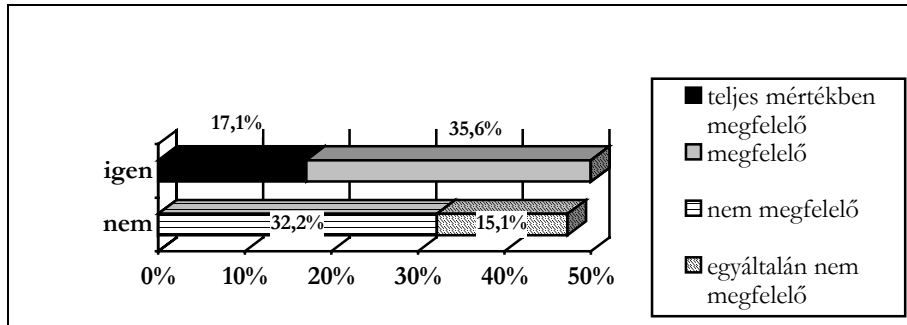
21. ábra



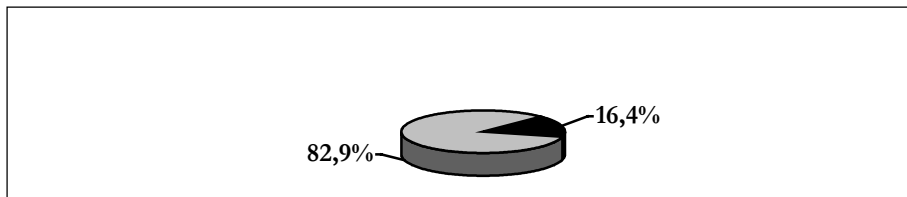
22. ábra



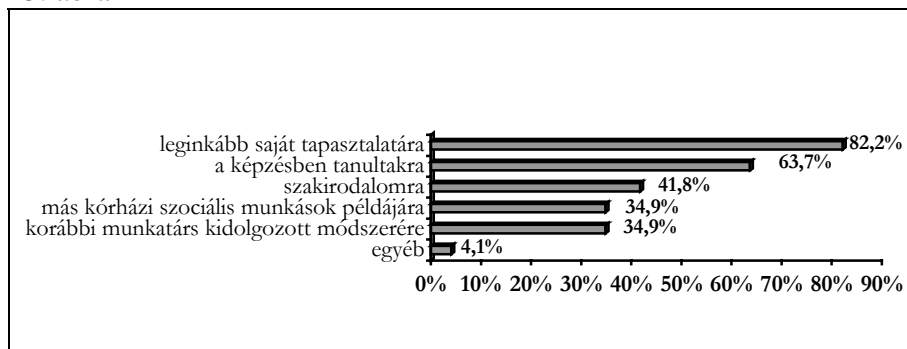
23. ábra



24. ábra



25. ábra



26. ábra

