

**Török Judit**

## **A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben**

Több mint száz éves múltja van a professzionális szociális munkának az egészségügyben. A tevékenység előfutárainak tekintik a londoni Jótékonyági Társaság hölgyeinek látogatásait a Royal Free Hospitalban 1894-től. A XX. század elején a bostoni Massachusetts General Hospital-ban is megengedték az önkéntes segítők és a betegek rendszeres találkozásait. A folyosó végén elhelyezett asztal mellett kezdték meg a segítők munkájukat a betegek szociális és pszichés problémáinak megoldása érdekében. A bostoni kórházban Richard Cabot 1905-ben alkalmazott először szociális munkást (Cannon, 1923, Cabot, 1928).

E kezdeti időszakban a szociális munkát úgy tekintették, mint az orvosok, nővérek tevékenységének segítőt, kiegészítőt. Ezt a felkínált szerepet fogadták el a korai szociális munkások, s e szerepfelfogás ma is felismerhető – hivatkozik Guttman egy az egészségügyben folyó szociális munka nemzetközi tapasztalatait összegző tanulmányában (Guttman, 1994).

Az azóta eltelt időben az egészségügyben dolgozó szociális munkások a szakma fejlődésével párhuzamosan a kezdetekre jellemző medicinális szemlélettel szemben szereztek e sajátos ismeretekkel, készségekkel, értékrenddel bíró professzió önellátását. A fejlett országokban utódaik mára a szakma egyik legnagyobb létszámú és tekintélyű - és az USA-ban például legjobban fizetett - rétegét alkotják (Ginsberg, 1995).

Magyarországon az 1980-as évek közepétől kezdődtek viták a szociális szakemberek felsőfokú képzésének előkészítéséről. A szociális munka mint professzió lényegében előzmények nélküli hazánkban, s ezért nem meglepő, hogy illetékessége, tudásalapja, fókusz és határai vitákban alakulnak ki.

A szociális munka történetét és az egészségügy hazai gyakorlatát ismerve az sem lehet véletlen, hogy a viták egyik központi kérdése a szociális munka és az egészségügy összefüggéseit, kapcsolatait érintette. Sokan féltették az új szakmát - talán nem is alaptalanul - az orvosok túlzott befolyásától. A hazai gyakorlatban uralkodó általános szemlélet szerint ugyanis az egészségügyben a nem orvosi szakmák - bármilyen magas képzettségű - képviselői "paramedikális személyzetként" voltak/vannak jelen az orvos kiszolgálójaként, aki gyógyító szerepében omnipotens, szakmai felelőssége a gyógyítási folyamat minden elemére kiterjed (Szabó, 1993).

### **Szükséges és lehetséges a szociális munka az egészségügyben?**

Az elmúlt időszakban több területen lezajlott vagy folyamatban lévő változások elemzése alapján bizton állíthatom: van létjogosultsága az új szakma jelenlétének Magyarországon is a

szélesen értelmezett gyógyítási folyamatban. A szociális munkások közreműködését a betegek "kezelésében" több tényező sürgeti.

*1. Megnövekedett az egészségi állapot szociális dimenziójának jelentősége (lásd WHO háromdimenziós egészségfogalom)*

Ez alapvetően a betegségstruktúra átalakulásával, a betegségek multikauzális eredetének koncepciójával függ össze. Közismert, hogy korábban a legnagyobb számban előforduló fertőző betegségek helyett nagy számban a sok ok kölcsönhatásának következményeként létrejövő kórformák határozzák meg az emberek életkilátásait. Kialakulásukban a szociális tényezőknek, a környezeti, az életmódbeli és a magatartási rizikófaktoroknak jelentős a szerepük. Ezek rendszerint krónikus lefolyású, lassan progrediáló, gyakran egy hosszú életszakaszon át tartó betegségek, sokszor tökéletesen nem gyógyíthatók, inkább csak megelőzhetők, s a gyógyítás helyett az orvostudomány is csak relatív egyensúlyi állapotot tud a betegnek biztosítani.

Az ilyen típusú megbetegedések tömeges megjelenése hívja előtérbe a gyógyítási folyamatban a megelőzés, a gondozás, a rehabilitáció, az egészségnevelés, a tanácsadás szerepköreit.

*2. Megváltozott a népesség korösszetétele*

Az elmúlt évtizedek egyik legszembetűnőbb demográfiai jelensége az időskorúak számának és a lakosságon belüli arányának jelentős növekedése. A hétköznapi tapasztalatokkal is megegyező tudományos evidencia, hogy a megbetegedések gyakorisága az életkor előrehaladásával növekszik. Az idős betegek gyakrabban szorulnak professzionális segítségre szociális problémáik megoldásában is.

*3. Átalakult az egészségügy.*

Az átalakulási folyamat nagyjából a második világháború után kezdődött, s a modern természettudományos medicina kialakulásának következménye.

Ez az orvostudomány:

- óriási mértékben *differenciálódott* (egyre többet tud az egyre kevesebbbről);

- *specializálódott*, egy-egy beteg bajának megállapításához, kezeléséhez több szakember közreműködése szükséges;
- *magas technikai színvonal* jellemzi, ezzel összefüggésben kórház- és betegség-, illetőleg gyógyítás-centrikus, ettől pedig drága. S az törvényszerű, hogy ha egy szolgáltatás sokba kerül, akkor a társadalom tagjai egyenlőtlenül férnek hozzá;

A gyógyítás nagy, hierarchikusan szervezett intézményekben folyik, amelyekre erős szakmai rétegzettség jellemző. Az egészségügyi szervezetek a bennük dolgozók érdekei és értékei tekintetében rendkívül tagoltak, s a rendszerben domináns helyzetű csoportot az orvosok alkotják.

Az utóbbi években az egészségügyi ellátó rendszerek átalakítása során előtérbe kerültek a hatékonyság, a gazdaságosság kérdései. Az olcsóbb megoldások keresése közben nagyobb hangsúlyt kap a megelőzés, a nagy intézmények lebontásával (dezintitucionalizáció) a közösségi szintű ellátási formák megerősítése a cél.

#### *4. A gyógyítási folyamat többszereplőssé vált*

Az egészségügyi szervezetekben új szakmák képviselői (vegyészek, fizikusok, mérnökök, közgazdászok, informatikai szakemberek stb.) jelentek meg és új szerepmegosztások alakultak ki az egészségügyben korábban együtt dolgozó foglalkozási csoportok között is. Az új munkamegosztás, az illetékességi és feladatkörök meghatározása nem volt problémamentes az orvosok és a magasan képzett egészségügyi szakemberek között sem.

#### *5. Átalakult a hagyományos orvos – beteg szerep*

Az orvosi gondolkodás eredeti, biomedicinális paradigmája helyett új, társadalmi – környezeti megközelítés vált szükségessé. Megváltozott a hagyományos orvos – beteg kapcsolat (amely Parsonstól is tudjuk, rendkívül egyenlőtlen hatalmi viszonyt jelent, s leginkább az atya – gyermek kapcsolathoz hasonlít). Egyre inkább a szakértő – laikus viszony jellemző, ahol a közös és egyezkedéses normaértelmezésen van a hangsúly, ahol a beteg nem csak tárgya, passzív, engedelmes elszenvetője, hanem aktív részese a gyógyítási folyamatnak. Persze ez is egyenlőtlen szerepviszonylat, csak sokkal kevésbé, mint a korábbi. Tekintetbe tudja venni a beteg értékeit, körülményeit, tiszteletben tartja személyiségét, szándékait, döntéseit.

A vázolt folyamat – ha megkésetten és lassan – nálunk is megfigyelhető. Lassú és nehéz azonban a szemléletváltás. (Utaljak itt csak az új egészségügyi törvény előkészítésének során pl. a betegjogokkal kapcsolatos vitákra.)

#### *6. Az elmúlt évtizedben Magyarországon lezajlott átalakulás társadalmi következményei*

A munkanélküliség és szegénység tömegessé válása, a hajléktalanság, az esélyegyenlőség szűkülő lehetőségei, a nagy társadalmi csoportokat érintő létbizonytalanság, a társadalmi dezintegrációra utaló egyéb jelenségek (bűnözés, drogproblémák, stb.) vagy egyszerűbben fogalmazva a növekvő szociális problémák a társadalom számára nagy kihívást jelentenek, társadalmi válaszokat igényelnek. A problémák sokféle megjelenésére különböző társadalmi válaszok születtek:

- Új intézménytípusok, szolgáltatások jöttek létre, családsegítők, munkaügyi szolgáltató központok, hajléktalan szállók, népkonyhák, drogambulanciák, rehabilitációs otthonok, ifjúsági tanácsadó irodák, gyermekjóléti szolgálatok, csak hogy néhány példát említsek.
- Az is nyilvánvalóvá, sőt elfogadottabbá vált, hogy a régi intézményekben is másképp kell dolgozni. Új szolgáltatások keresik a helyüket a tradicionális intézményekben is, pl. szociális munkás a gyermekintézményekben, a kórházakban, a börtönökben stb.
- Többszektörűvé vált a jóléti rendszer, állami, önkormányzati intézmények mellett egyházi, alapítványi és magánintézmények, szervezetek vállalnak feladatot a szociális problémák megoldásában.
- S a növekvő problémák kezelésére képes és vállalkozó felsőfokú végzettségű szociális szakemberek (szociális munkások, szociálpedagógusok, mentálhigiénés szakemberek, stb.) tömegessé váló képzése és megjelenése a munkaerőpiacon is a társadalmi válaszok egyike.

A megváltozott helyzetben a szakembereknek igazán hatékony szakmai, politikai, gazdasági segítség hiányában komoly nehézségekkel kell megküzdeniük (Gerevich, 1992).

Néhány, csak a példa kedvéért ezek közül: *szakemberhiány, a szakmai szerep legitimációjának hiánya, anyagi-pénzügyi körülmények, az erőforrások szűkössége, bizonytalansága. A szociális problémák kezelését nehezíti, és a munka eredményességét jelentősen csökkenti az, hogy a különböző segítő szakmák között nem alakult ki közmegegyezés a kompetencia kérdésében. Hiányoznak a szociális munka szakmai standardjai, protokolljai, megoldatlan a folyamatos szakmai kontroll, a végzett munka eredményeinek és hatékonyságának mérése.* Mindez sokszor kiszolgáltatott helyzetbe kényszeríti az egészségügyben dolgozó szociális szakembereket, tevékenységüket sokszor az intézményi érdekek és nem a kliensek szükségletei, a szakma értékei vezérlik.

## **Az egészségi állapot társadalmi meghatározói**

Az egészség – betegség és a szociális helyzet kölcsönös meghatározottsága közismert. A betegség, a fogyatékos, a megváltozott munkaképesség mindig is szociális problémák okozója volt. Az is nyilvánvaló, hogy a szociális problémák maguk is betegség-keltőek. Epidemiológiai és szociológiai vizsgálatok sora tanúsítja Magyarországon is, hogy az egészség - a társadalmi hierarchiának megfelelően - egyenlőtlenül oszlik el a társadalomban. A kedvezőtlenebb helyzetű csoportok megbetegedési és halálozási mutatói, életkilátásai rosszabbak. Közismert tény az is, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben a

társadalmi-kulturális tényezők döntő jelentőséggel bírnak. Az egyenlőtlenségek megnyilvánulnak tehát nemcsak az egészségi állapot tekintetében, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban is. Az orvosi szociológia az egészségügyi ellátás fordított törvényének hívja ezt a jelenséget, mely szerint minél nagyobb egy társadalmi csoport objektív egészségügyi szükséglete, annál kisebb értékű a rendelkezésére álló erőforrás (Molnár, 1989).

Az általános társadalmi összefüggések értelmezhetők az egyén szintjén is. A szociális problémák megzavarják, túlterhelik, destabilizálják a családot, elidegenítenek a rokonsági és közösségi viszonyok terén. Nehezítik a gyermekek ellátását, nevelését. Nemcsak a szegénység, a marginális helyzet, az izoláció közvetlen tényezői játszanak szerepet, hanem létrejönnek sajátos szubkultúrák, amelyek elmélyítik és fenntartják a bajokat. Mindez társadalmi oldalról csökkenti az immunitást, a betegségekkel szembeni védekező képességet (Losonczy, 1987).

Mindannyian tudjuk persze, hogy a jól működő szociálpolitika prevenciós tényező is, lényeges szerepet játszik a népességügyi helyzet, a lakosság egészségi állapotának alakulásában.

Ma már a hazai egészségügyi szakemberek közül is sokan látják, hogy a gyógyítás, betegellátás együtt kell járjon szociális munkával és a szociálpolitikai beavatkozások nélkül nincs esélye az egészségmegőrzésnek, a megelőzésnek, de a gyógyítás sem lehet eléggé effektív (Buda, 1994).

Sokakkal együtt magam Mc Keown (1976) nézeteit fogadom el, aki azt állítja, hogy a népesség egészségi állapotának javulása a betegségeket okozó körülmények megváltoztatásától várható és nem a kialakult betegség mechanizmusába történő beavatkozástól, és Twaddle (1982) álláspontján állok, mely szerint az egészség megőrzése elsősorban szociális probléma és csak ezután egészségügyi, orvosi kérdés.

## **Betegségekkel összefüggő szociális problémák – kinek a kompetenciája?**

A szociális problémák és az egészségügy kapcsolatát vizsgálva e vonatkozásban különböző, egymással ellentétes, álláspontokkal találkozhatunk. Mindegyik elfogadja, hogy a szociális és az egészségügyi problémák bizonyos pontokon szorosan összefonódnak. Csak más megoldási módokban gondolkodik.

*Az első álláspont* szerint célszerű a beteg szociális állapotát a gyógyítási folyamatban figyelembe venni. Az egészségügyi ellátás során a betegnek nem csak orvosi terápiát kell nyújtani, hanem teljes - szomatikus, pszichés és szociális - támogatást. Ezért aztán az *egészségügyi szakembereknek feltétlenül rendelkezniük kell* – ahogy ezen állásponton állók fogalmaznak - *szociális érzékenységgel, karitatív attitűddel*, hogy segíteni tudják a betegek minél teljesebb gyógyulását az egészségi állapot mindhárom dimenziójában.

*A második megközelítési mód* – és ezzel is igen gyakran találkozhatunk – szerint az *egészségügyi és szociális problémákat szigorúan szét kell választani*. Az egészségügyi ellátás feladata az, hogy az adott betegséget a tünetek alapján felismerje, diagnosztizálja, és az orvostudomány mindenkori állásának megfelelően, a rendelkezésre álló technikai

felszereltség birtokában kezelje. *Az egészségügy kompetenciája ennél tovább nem terjedhet, nem vonatkozhat a szociális problémák kezelésére.* A medicina racionalizálásáról van szó, az egészségügyi ellátás megnövekedett költségei miatt erőteljes az igény a pénzügyi és munkaerőforrások jobb kihasználása, a munkafolyamatok hatékonyabb megszervezése iránt.

Jól működő külföldi egészségügyi rendszerek tapasztalatai alapján azt állítom, hogy *létezik egy harmadik megközelítés* is. Ez a szemlélet abból indul ki, hogy az *egészségügyi ellátás megszervezésénél nem a finanszírozó vagy a szolgáltató, hanem elsősorban a fogyasztók/betegek szükségleteit* kell figyelembe venni. S az egészségügyi szakemberek persze hogy legyenek szociálisan érzékenyek, vegyék észre a társadalmi ártalmakkal összefüggő kóroki tényezőket és szükségleteket. Ugyanakkor nem lehetnek ők illetékesek a betegek szociális problémáinak kezelésében. Ezt a tevékenységet olyan szakembernek kell felvállalnia, akit erre a munkára alkalmassá és képessé tesz sokoldalú és alapos felkészültsége.

A rendszerváltás társadalmi következményeiként *a szociális problémák halmozódása érezteti hatását az egészségügyben* is. Sajnálatos jelenség ugyanakkor, hogy a szociális feszültségek – amelyek akár betegségekkel hatásuk miatt, akár a betegségek következményeként is vannak jelen – gyakran úgy csapódnak le az egészségügyi intézményrendszer különböző szintjein, hogy az ellátásban résztvevő szakemberek megoldási készség, lehetőség, szakértelem, esetleg érdekeltség hiányában tehetetlenül állnak ezekkel szemben. A beteg többnyire egyedül marad szociális problémáival, az egészségügyi intézményrendszer nem tekinti magát illetékesnek azok kezelésében.

Úgy gondolom, hogy a kliensek érdekében megoldást kellene találni a betegségekkel összefüggő (s mindegy hogy okként vagy következményként szereplő) szociális problémák kezelésére, s ez szolgálná az egészségügyi rendszer minden szereplőjének érdekeit is.

## **Paramedikális szakma szakembere a szociális munkás?**

A szociális munka intézményes foglalkozás, a szakember nem magánemberként, hanem egy társadalmilag fenntartott intézmény alkalmazottjaként gyakorolja szakmáját. A szociális munka intézményei sokféle konkrét formát ölthetnek. Az itt vizsgált kérdéshez kapcsolódóan csak azt szükséges hangsúlyozni, hogy vannak egyrészt olyan szociális szolgálatok, amelyekben az intézmény fő tevékenysége a szociális problémák megoldása, másrészt vannak olyanok, amelyek olyan szervezetek részeként működnek, amelyek alaptevékenysége más típusú feladatok megoldása. Az utóbbiakat *integrált szociális szolgálatoknak* nevezik (Lüssi, 1997).

Nem lehet vitás, hogy az egészségügyi intézmények szociális részlegei az integrált szociális szolgálatok közé tartoznak, egyebek mellett ilyennek tekinthetők az iskolák, a vállalkozások, a börtönök stb. Az ilyen típusú szociális szolgálatoknál az intézményi működésből, szervezeti felépítésből, jogi szabályozásból adódóan nehezebben érvényesíthető a szociális munka autonómiája.

A "Paramedikális szakma szakembere a szociális munkás?" kérdéssel először jellemző módon a szociális munkások hazai képzésének előkészítésére szervezett vitákon (un. soproni konferencia) szembesültünk, amikor a képzési dokumentumokat készítettük, amikor a *tudásalapot, ismeretkört, a tantárgyi kereteket és arányokat* próbáltuk meghatározni. Hiszen a szociális munka - mint a legtöbb szakma - támaszkodik más professziók elméleteire,

eredményeire, s azok elemeit beépíti saját tudáskörébe. Nekünk az ismeretekre azonban hasznosságuk miatt van szükségünk, nem a tudományosság kedvéért. Ez azt jelentette, hogy az egyes tradicionális tudományterületek anyagából csak a szociális munka szempontjából releváns részeket lehetett beilleszteni a szociális munkások képzésébe.

Az első konfliktust tehát az jelentette, hogy *az egészségügyi ismeretek milyen körét kell beépíteni* az általános szociális munkások képzésébe? Melyek azok a tudástartalmak, amelyekre egyformán szüksége van az önkormányzatok népjóléti irodáin, a családsegítő szolgálatoknál, az idősellátás intézményeiben, az iskolákban, a börtönökben vagy az egészségügyi intézményekben munkát vállaló szociális munkásnak?

A képesítési követelmények szerint az általános szociális munkások alapképzésében 5 % az egészségügyi ismeretek aránya. Az egyes intézményekben lehetséges választási (előszakosodási, orientációs) irányokat, valamint a gyakorlatok választható helyszínét is figyelembe véve egy hallgató, aki az egészségügyi intézményekben végzendő szociális munkára készül fel, teljes képzési idejének egyötödét töltheti ilyen területen.

A szociális munkások képzésében, a szakmai tevékenységben meghatározóan társadalom- és viselkedéstudományi megközelítések dominálnak. A végzett szakemberek így nem is rendelkeznek olyan mennyiségű orvos- és egészségtudományi ismerettel, hogy magukat paramedikális szakembernek nevezzék.

Jelentősen különböznek a paramedikális és a szociális szakemberek képzésében *alkalmazott oktatási stratégiák és módszerek* is. Részletesebb kifejtés nélkül utalnék arra, hogy a kooperáció, az önálló problémaelemzés, a kritikus gondolkodás, a kommunikáció fejlesztését szolgáló oktatási stratégiák és módszerek sokkal nagyobb hangsúllyal szerepelnek a szociális munkások felkészítésében.

Eltérőek a *képzési filozófiák* is. Talán elégséges a különbségek érzékeltetésére, ha a szociális munkások felkészítéséről említjük.

Mi a szociális munkások képzését egy *pályaszocializációs folyamatnak* tekintjük, amely egyszerre jelenti ismeretek elsajátítását, készségek, jártasságok kialakítását, fejlesztését, szakmai értékek interiorizálását. A hallgatók felkészítését egy *komplex, reflektív tanulási-tanítási folyamatban* tartjuk megvalósíthatónak, *amely leképezi a szakmai tevékenységet*. Ez azt jelenti felfogásunk szerint, hogy a hallgatóknak a szakmatanulás során ugyanazokkal az értékekkel, működési móddal kell találkozniuk, amelyeken későbbi professzionális tevékenységük alapulhat.

Ezért is vagyunk biztosak abban, hogy a szociális munkások képzésében az elfogadó attitűd, a demokratikus légkör, a tanulás figyelemfelkeltéssel való serkentése egyrészt az oktatás eredményességét növeli, másrészt a szakma gyakorlására szocializál.

A szociális szakmákra *felkészítés* - a képzés filozófiájával, az oktatók attitűdjével összefüggésben, és tudatos törekvéseink eredményeként *meghatározóan személyközpontú*. A képzőhelyek egész működési módjával, az alkalmazott módszerekkel egyenrangú, partneri viszonyok megteremtésére törekednek.

*Nagyok a szociális munkás és az egészségügyi szakember értékrendjében fellelhető különbségek is*. A szociális munka a legtöbb "igazi tudománytól" eltérően nem tartja magát

értékmentesnek, bevallottan értékorientált, értéktelített. Ugyanakkor nem normatív, nem hirdeti "tökéletes társadalomképet", "ideális viselkedésmódot". Tiszteletben tartja minden ember egyediségét, méltóságát, saját élete feletti rendelkezési jogát akkor is, ha az egyén nem jól funkcionál a társadalomban. A szociális munkásnak kötelező tiszteletben tartani a kliens személyiségét, szuverenitását, az önálló döntésekhez való jogát. *Mi nem a kliensen, hanem a kliensnek akarunk segíteni, hogy idővel képes legyen problémáinak megoldására.* A szociális munkás nem minősít, nem értékeli, megpróbál szakszerűen segíteni. Nem kegyként, nem jószívúségből, hanem mert ez vállalt hivatásának, tanult szakmájának, tevékenységének lényege.

Hosszú vitákban kikristályosodott véleményem szerint mindezek alapján *a szociális munkás* - képezze akár egészségügyi felsőoktatási intézményben, dolgozzon bár egészségügyi intézményben - *nem paramedikális szakma szakembere*. Van saját szakmája, feladata a szociális problémák professzionális megoldása. Ezen a területen, ebben a problémakörben van kompetens tudása, ennek alapján lehet egyenrangú partnere az orvos- és egészségtudományok képviselőinek. Eredményes tevékenysége persze hozzájárulhat a hatékonyabb gyógyító munka megvalósulásához és az egészségmegőrzéshez. *De csak akkor, ha autonóm tudását, sajátos attitűdjét és szakmai értékeit az egészségügyben dolgozók is tudomásul veszik, elismerik, és igénylik szakértelmét.*

Nem szerencsés a "para-professzionális" (paramedikális) jelző használata nyelvileg sem. A "para" kifejezés eredeti jelentése szerint szóösszetételek előtagjaként valaminek az utótaghoz való hasonlatosságát fejezi ki, ami nem egészen olyan, csak látszólag olyan, mint az igazi. A "para" előtaggal rendelkező kifejezéseknek ráadásul pejoratív felhangjuk is van (lásd paraszolvencia, parapszichológia vagy paraprofesszió). A para-professzionális jelző joggal sérti az iskolákban, vállalatoknál, börtönökben, egészségügyi intézményekben, otthonápolási, hospice szolgálatoknál vagy akár a közigazgatásban stb. nehéz körülmények között dolgozó szociális munkát végzők önértékét. E megnevezéssel a szociális szakma maga értékeli le tevékenységüket. Rontja az esélyeiket abban, hogy a sokszor nem túl barátságos szakmai közegben a többi szakma képviselői elfogadják, igényeljék részvételüket, egyenrangú partnernek tekintsék a szociális munkást a kliensek szükségleteinek kielégítésében.

## **Ki és mit csinál szociális munkásként az egészségügyben?**

Pierce (1989) szerint a kórházi szociális munkások azok közé tartoznak, akik a beteg emberekkel foglalkoznak. Bartlett (1970) állítása, mely szerint a szociális munkások nem olyan emberekkel foglalkoznak, akiknek problémáik vannak, hanem olyanokkal, akik

természetes támaszaik segítségével nem tudnak megbirkózni a problémákkal, kijelöli a szakma várható klienskörét is.

Felfogásom szerint *a szociális munkának sajátos alkalmazási területe az egészségügy, ahol a betegek/kockázatnak kitett emberek (családjuk, csoportjuk, közösségek) szociális problémáinak megoldásához kell szakszerű segítséget nyújtani, ahol a szociális munka egyes gyakorlati tevékenységei nagyon is sajátos közegben jelennek meg. Ez egyben sajátos ismereteket, módszereket is igényel, sajátos klienskört is jelent.*



Az egészségügyben folyó szociális munka céljáról, feladatairól több szerzőnél olvashatunk magyar nyelven is (Szabó, 1993, 1994, Göncz 1994, Urbanekné 1996), ezért itt most e kérdéssel részletesen nem foglalkozom, s az e területen végzendő szociális munkának csak néhány, általam fontosnak vélt alapkérdésének felvillantására vállalkozom.

*A szociális munkás szakmai tevékenységét, feladatait különböző szerepekben valósítja meg. Szószólója, képviselője, védelmezője a kliensek jogainak, érdekeinek, rászorultság jellegű problémákat kezel, szakértelmével segít más szakemberek véleményének formálásában, a szükségleteknek megfelelően forrást teremt, szolgáltatást szervez, közvetít intézmények, ellenérdekű felek között, tanácsot ad, részt vesz a kliensek és a leendő szociális szakemberek oktatásában. Az, hogy az egyes szakember mely szerepeit gyakorolja, tevékenysége valóságosan meddig terjed, az függ az intézményi elvárásoktól, a szervezeti helyzetétől, de jelentősen múlik felkészültségén, azon, hogy mit gondol saját szakmájáról, mit tekint a szociális munka lényegének.*

Az eredményes munkához minden foglalkozás *szakmai autonómiát igényel*, szabadságot abban, hogy feladatát saját szaktudása és saját módszerei szerint lássa el. Az autonómia a szociális munkásnál azt jelenti, hogy saját szakmája szabályai szerint maga határozza meg problémamegoldó tevékenységét, más szakma nem szab számára módszertani előírásokat és tevékenységének értékelését, irányítását szociális munkás végzi.

A magyar egészségügyben jelenleg érvényes *szabályozás, az intézményi és szakmai hierarchikus struktúrák, a szervezeti kultúra, valamint a szociális szakemberek hiánya, alacsony képzettsége, veszélyezteteti az autonómiát*. Sokszor megszabják a szociális szolgálat munkatársainak szerepkörét, azokat a problémákat, amelyekkel foglalkozniuk kell, orvosok értéklik tevékenységüket, esetenként korlátozzák mozgásterüket, kapcsolatrendszerüket, információhoz jutásukat. Mindez nem csak a szociális munka szempontjából kedvezőtlen. Csökken a munka szakszerűsége, eredményessége. A lényeg sérül, a szükségletekkel rendelkező emberek problémáinak megoldása szenved kárt. S ha valaki most azt gondolná, hogy hasonló problémák csak az egészségügyi területen fordulnak elő, az nagyot téved.

*Az egészségügyi intézményekben folyó szociális munka hazai tapasztalatairól, helyzetéről kevés rendszerezett információval rendelkezünk. Néhány dolog azonban világosnak látszik.*

*Nagyon különböző képzettséggel dolgoznak a szociális szakemberek (szociális asszisztens, szociális gondozó, szociális munkás, mentálhigiénés, egészségügyi, pedagógiai végzettségű szakember stb.) az egészségügyi intézményekben. Ha egy nagy kórházban több szakembert foglalkoztatnak, a legritkább esetben van munkamegosztás közöttük, és végzettségüktől függetlenül ugyanazon feladatok ellátását várja el tőlük a munkáltató.*

*Tevékenységüket, autonómiájukat tekintve rendkívül nagyok a különbségek, még egy intézményen belül is. Nagyon változó, hogy mit tekintenek feladatuknak a szociális ügyintézésen túl. Általános, hogy túlterheltek, az intézményi érdekek agyonnyomják őket. Az, hogy mit végeznek, alapvetően az intézményi elvárásoktól függ. Szakmai segítségre nem nagyon számíthatnak. Munkaköri helyzetük bizonytalan. Szakmai irányításuk, szupervíziójuk, továbbképzésük legtöbbször megoldatlan. Miután hiányoznak a szakmai standardok, a végzett munka érdemi értékelésének sincsenek meg a feltételei.*

*A szociális munkások szervezeti helyzetét tekintve alapvetően két fajta megoldás létezik a világban. Sok helyütt a szociális munkás az egészségügyi intézmény alkalmazottja. Az*

intézményen belül azonban önálló szervezeti egységben dolgoznak, felelős szakmai vezető irányításával, akinek státusza az osztályvezető főorvosokkal egyenrangú.

A másik szokásos megoldás az, hogy a szociális munkások területi segítő intézmények, helyi önkormányzatok alkalmazottaiként végzik a kórházakban tevékenységüket. Munkájukat a területi segítő intézményben irányítják, finanszírozzák, értékelik. Mindkét esetben léteznek persze szakmai standardok, amelyek a különböző problémák esetén szokásos tennivalókat, elmulaszthatatlan feladatokat tartalmazzák.

Mindkét szervezési forma kínál előnyöket és egyidejűleg hátrányai is vannak. Az egészségügyi intézmény alkalmazottjaként a szociális munkás könnyebben elérhető. Az ott dolgozó más szakemberekkel stabil kapcsolatokat alakíthat ki, ismertsége, folyamatos jelenléte "szociális hatalmának" fontos forrása. Saját szakmája filozófiáját, értékeit követve ugyanakkor könnyen minősülhet "deviánsnak", vagy ezzel ellentétben tevékenységében meghatározóvá válhatnak az intézményi érdekek. A finanszírozás módja kiszolgáltatottá teszi, nehezebb kapcsolatot tartania a területi szolgáltató intézményekkel. Ebben a szervezeti struktúrában kevésbé biztosítható, hogy a szociális szakemberek önálló szervezeti egységben dolgozzanak, szakmailag kompetens vezetővel.

Ha a betegekkel foglalkozó szociális munkás területi segítő intézmény alkalmazottja, tevékenységében meghatározóak lehetnek a kliensek igényei, kevésbé dominánsak az egészségügyi intézmény érdekei. Könnyebben biztosítható a munka jellegének megfelelő szakmai támogatás, irányítás, szupervízió, egyszerűbb a területi szolgáltató szervezetekkel a kapcsolattartás, egyértelműbb a finanszírozás. A szakembert azonban könnyen tekinthetjük egészségügyi intézményben "szervezetidegen elemnek". Mindez megnehezíti elérhetőségét, információgyűjtését, részvétele a szélesen értelmezett gyógyítási folyamatban nehezkesebbé válhat.

Az előnyök, hátrányok folytathatók. A nagy kérdés az, hogy Magyarországon, jelenlegi viszonyaink között, melyik megoldás irányában kellene tovább haladnunk. Nálunk az első szervezési formához hasonló módon indult el a folyamat. A nem elhanyagolható különbség az, hogy az egészségügyi intézményi struktúrában nagyon eltérő helyzetben, néha osztálykeretben, máskor az ápolási igazgató felügyelete alatt, kevés helyen önálló szervezeti egységben találjuk a szociális szakembereket. Sok a szerepzavarral küszködő, kevés a szakmailag kompetens vezető irányítása alatt működő szociális részleg.

Kevesebbet emlegetjük ennek *a kialakulatlan helyzetnek az előnyeit*, és még kevésbé használjuk ki ezeket. Személyes tapasztalataim vannak például arról, hogy nagy egészségügyi intézményekben is nem ritkán előfordult, hogy a frissen alkalmazott szociális szakemberekkel készítették el a saját munkaköri leírásaikat, maguk határozhatták meg működésük tartalmát és kereteit. Javaslatukat igényelték a szociális szolgáltató részleg felállításához. Ilyen lehetőség tradicionális szakmákban ritkán adódik, ott a kialakult, hagyományos irányítási struktúrák, a szokásos feladatmegosztás olykor nagyon szükséges megváltoztatása csak hosszú harcok árán érhető el.

## **Az egészségügyi és a szociális szakemberek együttműködésének néhány alapkérdése**

Az egészségügyben dolgozó szakemberek és a szociális munkások együttműködése - ott, ahol a szakma évszázados hagyományokkal rendelkezik - a kezdetektől fogva jellemző. A kooperáció soha nem volt vita- és konfliktusmentes, az egészségügy különböző szakterületein - érthetően - eltérő intenzitás jellemezte (Mizrachi and Abramson, 1995).

Az egészségügyi intézmények - szinte kivétel nélkül - multidiszciplináris intézmények, azaz több szakma képviselői dolgoznak ugyanazon a szintéren. A multidiszciplinaritás nem jelent azonban feltétlenül interdiszciplináris működést. A témával foglalkozó szakirodalom interdiszciplináris együttműködésnek csak a kollaboráció konszenzusos formáját tartja. Mailick és Jordan (1977) alapvető munkájukban az együttműködés három típusát különböztetik meg. *Autoriter típusú kooperáció* valósul meg például a műtőben dolgozó szakemberek között, *matrix típusúnak* nevezik a szakemberek alkalmankénti, informális interakciót. A *konszenzusos kollaboráció* sokban különbözik az előzőektől. Közös cél érdekében gyakoribb, rendszeres és közvetlen kommunikációt feltételez a különböző szakmák szakemberei között, közös döntéshozatalt jelent, rendszerint kisebb létszámú csoportokban valósul meg, ahol a csoportdinamikai folyamatok, csoporttudat is szerepet játszanak. Az interdiszciplináris team - csakúgy mint a jól működő kicsi csoportok - szinergikus, a csoporttagok az együttműködés és a csoporton belüli kommunikáció révén egymás teljesítményét felerősítik, a csoport teljesítménye nagyobb, mint az egyéni teljesítmények összege.

Az egészségügyi és a szociális szakembereknek a szolgáltatások fejlesztését, a kliensek szükségleteinek kielégítését célzó feladatcsoportokban, *interdiszciplináris team*ekben végzett munkája számos *előny*vel szolgálhat.

*Lehetőséget biztosít a komplex problémák sok szempontú elemzésére, bonyolult feladatok megoldására.* A szociális problémák megoldásában *a kliens számára pótlólagos szolgáltatásokhoz való hozzájutást eredményezhet.* A feladatok megoldásában tudatosan szerepet vállaló, közreműködő *"segítő harmadikok"* tevékenysége *összehangoltabb lehet,* ugyanakkor *mérséklődhet az intézmények, szolgáltatások indokolatlan igénybevétele.* Előnyös lehet az együttműködés a szakemberek motiválásában, ismereteik bővítésében. A közös munka során *csökkenhetnek az egyes szakmák képviselői között időnként jellemző villongások,* a teljesítményeket rontó meg nem értés. *Leomolhatnak ismerethiányból, előítéletekből, félreértésekből, szakmai féltékenységből eredő kommunikációs gátak.*

Az interprofesszionális együttműködés időigényes. Ezért nem alkalmazható olyan problémák esetén, amelyek egy-egy szakma, vagy szakember feladatkörében megoldhatók vagy megoldandóak. S néha a rosszul vezetett csoportokban végzett munka a résztvevőknek frusztrációt okoz, s a feleslegesség érzését váltja ki.

A *kooperáció* e formája nem veleszületett adottságunk, hanem *fejleszthető és fejlesztendő* képességünk, készségünk. Megfelelő önismeretet igényel, az együttműködő partnerek érdekeinek, szakmai kompetenciáinak ismeretét és figyelembe vételét, a másik iránti odafigyelést feltételezi. Szükséges hozzá a nyílt, egyértelmű kommunikáció, az eltérő vélemények, megközelítési módok létezésének elismerése, olykor nem kis diplomácia érzék.

*A szakmaközi együttműködés,* a különböző szakemberek kooperációja közös célok megvalósítását szolgáló feladatok megoldásában persze *nem panacea* (mindenre jó

gyógyszer, csodaszer). Nem helyettesítheti az egészségügyből hiányzó forrásokat, a szakemberek hiányos ismereteit, nem gyógyír a végzett munka anyagi és erkölcsi elismerésének szükségére, nem véd meg az autokratikus vezetői magatartással összefüggő rossz munkahelyi közérzet következményeitől. Megfelelő indikációk mellett hasznos munkaforma, csak ismerni kell a szabályait.

A szociális szakemberek megjelenése a hazai egészségügyi intézményekben - ebben az ellentmondásos helyzetben is - nagyon jelentős eredménynek tekinthető. A továbbiakban a *szociális szakma felelőssége* elsősorban, hogy a meglévő tapasztalatokat elemezze, a hiányzó szakmai standardok, protokollok kidolgozását megkezdje, követelje az e területen dolgozó szociális szakemberek támogatott továbbképzési lehetőségeinek megteremtését vagy akár a szakirányú továbbképzési formák kidolgozását és elérje a szakmai érdekképviselet és érdekérvényesítés megerősödését.

Irodalom

**Bartlett, H.:** The Common Base of Social Work Practice. NASW, New York, 1970.

**Pierce, D.:** Social Work and Society. An Introduction. Longman, New York and London, 1989.

**Buda Béla:** Szociális munka az egészségügyben. In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 1994.

**Cabot, R.:** Hospital and dispensary social work. In: Goldstine, D. (Ed.): Expanding Horizons in Medical Social Work. Univ. of Chicago Press, 1955.

**Cannon, I.:** Social Work in Hospitals. Russel Sage, New York, 1923.

**Csató Zsuzsa (szerk.):** Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 1994.

**Gerevich József:** A humán szolgáltatások alapfogalmai. In: Bácskai Erika (szerk.): "Pokolra kell annak menni" Humán szolgáltatás, peremhelyzet, hajléktalanság. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1992.

**Ginsberg, L.:** The Social Work Almanach. NASW Press, Washington, DC, 1995.

**Göncz Kinga:** Szociális munka az egészségügyben. . In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 1994.

**Guttman, D.:** Szociális munka és orvostudomány. In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 1994.

**Fort Cowles, L.:** Social Work in the Health Field. A Care Perspective. Haworth Press, 2000.

**Mailick, M. and Jordan,, P.:** A multimodal approach to collaborative practice in health settings. Social Work in Health care, 2(4), 1977.

**Mc Keown, T.:** The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1976.

**Molnár László:** Orvosi szociológia. Medicina, Budapest, 1989.

**Mizrachi, T. and Abramson, J.:** Collaboration between social workers and physicians.

In: Sherman, E. and Reid, N.J. (Eds): Qualitative methods in social work practice research. New York: Columbia University Press, 1995.

**Lüssi, Peter:** A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve. Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány-HÍD Alapítvány, Budapest, 1997.

**Szabó Lajos:** Szociális szakember a kórházban. In: Boda Józsefné és Váradi Józsefné (szerk.): A kórházi szociális munka alapjai. Szociális Munka Alapítvány kiadványai 7., Budapest, 1993.

**Szabó Lajos:** Kórházi szociális munka. In: . In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 1994.

**Twaddle, A.:** From medical sociology to the sociology of health: some changing concerns in the sociological study of sickness and treatment. In: Bottomere, I., Novak, M. and Sokolovska (Eds.): Sociology: The State of the Art. SAGE Publications, London-New York, 1982.

**Urbanekné László Judit:** Szociális munka a kórházakban. Esély, 1992. 1. szám