



**Horváth Anikó (szerk.)**

# **Rehabilitációs program és egyéni rehabilitációs terv**

**Szöveggyűjtemény**

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
Budapest, 2009**

## Tartalom

Kertész Gyöngyi: Orvosi rehabilitáció	3
Dr. Kullmann Lajos: Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai	21
Dr. Ungváry György: A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése	52
Dávid Andrea-Dr. Gadó Márta-Csákvári Judit: Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja	63
Szellő János (szerk.): A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései Jegyzet	79
Szellő János (szerk.): Foglalkozási Rehabilitációs Jegyzet	97
Bujtor István: Felnőttképzés és a foglalkozási rehabilitáció	120
Dr. Pulay Gyula: A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének koncepciója	133
Dr. Frey Mária: A szociális gazdaság szervezetei a magyar munkaerőpiacon	161
Dr. Horesnyi Julianna, dr. Vincze Imre: A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása	171
Szellő János (szerk.) A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén	179
A szociális és munkaügyi szolgáltatások integrált modelljének kidolgozása	192
Dr. Csiha Nelli—Horváth Anikó Katalin—Fehér Ildikó: A rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel való együttműködés szakmai eljárásrendjéhez kapcsolódó módszertani útmutató	204
Bárdos Kata: alapvető eszközök a szociális munkában	219
Kovács Ibolya: A szociális regiszter használata	254

**Kertész Gyöngyi:**

## **Orvosi rehabilitáció<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Juhász F. (szerk.) 2004.: Irányelvek A funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez SZMM—OEP: 6.fejezet 82-96.

## Tartalom

A fogyatékoság nemzetközi osztályozása (FNO)	7
A rehabilitáció	10
Orvosi rehabilitáció	11
Az orvosi rehabilitáció módszerei	12
A „rehabilitációs team”	13
Az orvosi rehabilitáció hazai intézményrendszere	13
Rehabilitációs osztályok	13
Nappali kórházak, éjszakai szanatóriumok	15
Járóbeteg-rehabilitáció	15
Rehabilitáció az alapellátásban	16
Az orvosi rehabilitációhoz kapcsolódó egyéb rehabilitációs tevékenységek	16
1. melléklet: Funkcionális Függetlenség Mérés (Functional Independence Measure)	18
2. melléklet: Barthel-index	19

A maradandó egészségkárosodásban szenvedő ember társadalomban elfoglalt helye történelmi koronként változik. Az ókorban a közösség nem könnyen fogadta el fogyatékos tagjait. A „taigetoszi gyakorlat” azt tükrözi, hogy ebben a korban az élethez való jog elsősorban az egészségeseket illette meg, a fogyatékos embert nem. A közösségi szokások és a fogyatékosok sajátos összefüggését bizonyos régi büntetésformák is tükrözik. Egyes közösségek a tolvaj jobb kezének levágásával kizárták a bűnös embert a közösségi étkezésekből (vallási előírások alapján csak jobb kézzel volt elvehető az étel), s aki kirekesztetté vált, az éhen is halhatott. A kéz levágása volt a büntetése a betegek halálát okozó orvosnak is (Babiloni Kódex, i. e. 2000). Az élethez való jogot a későbbiekben a család és a közösség spontán biztosította: a nyomorék ember vagy fogyatékos családtagként vagy koldusként élt. A francia forradalom törvénykezési rendszerre már a fogyatékos emberek társadalmi szintű eltartását is garantálta, önálló életvitelhez való jogukat azonban csak a huszadik században – különböző rehabilitációs törvények formájában – rögzítették a jogalkotók.

Az Egészségügyi Világszervezet a rokkanttá válást olyan folyamatként fogja fel, melynek során a tartós egészségkárosodás okozta szervi funkciózavarok az embert emberi funkcióinak gyakorlásában akadályozzák, így a tevékenységében akadályozott ember társadalmilag is hátrányos helyzetbe kerül. Az emberi test struktúrájának és a struktúrához kötött működések zavara *károsodás* (impairment). A károsodással élő ember tevékenységének (humán funkcióinak) korlátozottsága a *fogyatékos* (disability), míg az ennek eredményeként létrejövő társadalmilag hátrányos helyzet a *rokkantság* (handicap). A károsodás, a fogyatékos és a rokkantság megelőzését a prevenció különböző szintjein végzik.

**Primer prevenció.** A megelőzés első szintje az WHO felfogásában a *károsodás* (impairment) *megelőzésére* szolgál. A védőoltások, az egészségnevelés, a munkavédelem, a szűrővizsgálatok, a terhesgondozás a primer prevenció közismert formái.

**Szekunder prevenció.** A másodlagos megelőzés valójában nem más, mint a *maradékalan gyógyítás*. Ezzel előzhető meg a tartós károsodás és az ehhez társuló fogyatékos.

**Tercier prevenció.** A kivédhetetlen fogyatékos okozta *rokkantság megelőzése*. A maradandó egészségkárosodás miatt fogyatékosá vált embernek az adott közösség egészséges tagjaival azonos esélyeket csak *átfogó rehabilitációs szolgáltatások összehangolt, egyénre adaptált rendszere* nyújthat.

**Károsodás.** Természetét és mértékét azokkal a fizikai, kémiai és biológiai ismervekkel határozzuk meg, és azokkal a paraméterekkel mérhetjük, melyek az orvostudomány elméleti és diagnosztikai bázisát képezik. Az emberi szervezet struktúráinak (egyes szerveinek) anatómiai és funkcionális állapotát, az azok-

ban bekövetkezett elváltozásokat (a károsodást) a fizikális vizsgálati eredmények, a laboratóriumi vizsgálatok és a képalkotó vizsgáló eljárások leletei, valamint a pszichológiai tesztek eredményei alapján ismerhetjük meg. Csak a tartós-, illetve a végleges károsodások vezetnek rokkantsághoz. A maradéktalanul gyógyítható, tartós károsodást és funkciózavar nem okozó betegségek nem jelentenek rehabilitációs feladatot. A károsodás megelőzését a *primer prevenció* szolgálja.

**Fogyatékoság.** Megelőzését a szekunder prevenció jelenti: ez a maradéktalan gyógyítás. Ha

erre a gyógyítására csak maradandó, az életvitelt befolyásoló defektus visszamaradása árán (pl. amputáció) nyílik lehetőség, vagy krónikus betegséggel állunk szemben, számíthatunk arra, hogy a károsodás az érintett személy napi életvitelét is hátrányosan befolyásolja: *fogyatékosná válik*. Az EVSZ a fogyatékoságot a humán funkciók (önellátás, étkezés, tisztálkodás, mozgás, közlekedés stb.) *tartós vagy végleges egészségkárosodás okozta zavaraként* definiálja, mely a fogyatékos embert – rehabilitáció nélkül – társadalmilag hátrányos helyzetbe kényszeríti.

A fogyatékoság megállapítása és mértékének meghatározása a *rehabilitáció* kulcskérdése. Ezekre alapozva tervezhető meg a fogyatékos ember rehabilitációja, és mérhető annak eredményessége. A fogyatékos ember funkcionális képességeinek mérésére a károsodást jelző és mérő fizikai, kémiai és biológiai paraméterek nem alkalmasak. Az emberi tevékenység mérésére funkcionális skálák sora készült. Ezek egyik típusa (*tisztán funkcionális skálák*) kizárólag humán funkciókat vizsgál. Ebben a csoportban találunk olyan skálákat, melyek készítői arra törekedtek, hogy lehetőség szerint minden jellemzően emberi tevékenységet, az ember saját testéhez való viszonyát (önellátás), tárgyi környezetéhez való viszonyát (mobilitás) és az emberi környezettel való érintkezés képességét (memória, önkifejezés, megértés stb.) mérje. A *teljes körű skálák* közül Magyarországon a *Funkcionális Függetlenségi Skála* (Functional Independence Measure: FIM) (1. melléklet) használata van elterjedőben. Az ún. részskálák az emberi tevékenységek közül csak néhányat mérnek. Ilyen pl. a *Barthel-index* (2. melléklet), melyet elsősorban a hemiparetikus fogyatékos emberek rehabilitációjában használnak, és amely az önellátási, a mozgás- és a közlekedőképeség mérésére alkalmas. A *kevert skálák* a humán funkciók mellett más területek (pl. az egészségügyi ellátás minősége, a károsodás mértéke, az egészségügyi ellátás iránti igény, a segédeszközök minősége stb.) értékelésére is törekednek.

**Rokkantság.** A fogyatékos ember társadalmi szerepét a fogyatékkal élő humán funkcióiban bekövetkezett változások alapvetően befolyásolják: hátrányosan érintik/érinthetik tanulását, munkavállalását, egzisztenciájának megteremtését, korlátozhatják családi életét, szabadidejének eltöltését. E hátrány léte és mértéke attól is függ, hogy mit vár el a közösség a tagjaitól. *Kullmann – Oivind Lorentsen* sémája alapján – a fogyatékoságot úgy tekinti, *mint az egyén teljesí-*

tőkéességének elmaradását a társadalmi elvárásoktól, mely korrekció nélkül rokkantságot eredményez. A munkaképesség csökkenése a rokkantságnak csak abban az esetben az egyik jellemzője, ha az egyéntől életkora alapján társadalmilag elvárható a munkavégzés. Az egyéni teljesítmény és a társadalmi elvárások összhangjának megteremtése részben a fogyatékos ember teljesítményének növelésével, részben a környezet szemléletének, elvárásainak változtatásával, a környezet aktív közreműködésével érhető el. A rokkantság mértékének meghatározására *életminőségi* tesztekkel használnak.

## A fogyatékoság nemzetközi osztályozása (FNO)

A nemzetközi osztályozások lehetővé teszik az e problémakörhöz tartozó jelenségek összehasonlítását, módszertani segédletet nyújtanak azok statisztikai, adminisztratív kezeléséhez, erősítik az orvosi gondolkodás rendszerszemléletűségét, módszerességét.

A betegségek nemzetközi osztályozása (BNO) rendszerének megfelelően, ahhoz csatlakozva, azt mintegy kiegészítve, a WHO létrehozta a tevékenységek a fogyatékoságok osztályozási rendszerét: az International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), mely magyarul „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) címmel jelent meg.

A BNO a betegségekről, azok okairól, a diagnózisokról, az FNO pedig az egészségi állapothoz kapcsolódó funkcióváltozásokról, a tevékenységek akadályozottságairól, a társadalmi részvétel korlátairól, s az ezeket befolyásoló tényezőkről nyújt információt.

A károsodások etiológiai és/vagy szervspecifikus besorolására a BNO aktuális, 10. verzióját használjuk, mely azonban a krónikus betegségben, maradandó károsodásban szenvedő ember humán funkcióiban és társadalmi szerepében bekövetkezett zavaraira csak korlátozottan utal. Pl. magasból leeső betegünk hátcsigolyatörést, gerincvelő-sérülést szenvedett, megbénult. A diagnózishoz vezető vizsgálati eredmények alapján meghatározhatjuk azt, hogy a csontos gerincben milyen kár esett, sérült-e a gerincvelő, ha igen, ez milyen további szövődésekkel jár. A betegségek nemzetközi osztályozásának (BNO) kódjai is ezeket jelölik. A BNO lehetővé teszi azt is, hogy utaljunk a baleset természetére is (magasból való leesés, ugrás, közúti baleset stb.). Az azonban a betegség jellemzői alapján önmagában nem ítéltető meg, hogy a bénult ember ágyban fekvő-e, képes-e önálló életvitelre, ha igen, ehhez milyen környezetre, milyen segítségre van szüksége.

A BNO a morbiditásról és a mortalitásról, míg az FNO az egészségi állapot megváltozásának egyéb következményeiről nyújt folyamatosan követhető (monitorozható) adatokat, melyek az epidemiológiai vizsgálatokban, az egészségpolitikában, az egészségügy minőségbiztosításának megvalósításában egyaránt felhasználhatók. A BNO-val ellentétben az FNO hasznos információt nyújt a nem egészségügyi szakemberek – szociális munkások, munkaügyi, kör-

nyezetvédelmi szakemberek, építészek, a közigazgatás alkalmazottai stb. – számára is.

A BNO és az FNO kategóriái a különbségek mellett ugyanakkor fedik is egymást. A betegségek részét képezik a funkciók károsodásai is. A BNO az egészségkárosodás megjelenésére – jelekre, tünetekre – összpontosít, míg az FNO az adott egészségi állapothoz kapcsolódó belső összefüggéseket, problémákat, az egészség alkotóelemeit tárja fel.

Az FNO deklarált célkitűzései szerint *tudományos alapot nyújt* az egyén egészségi állapotának, az egészségi állapot-változás következményeit meghatározó tényezőknek a kutatásához. *Közös nyelvet teremt* a fogyatékossgal és a rokkantsággal foglalkozó különböző szakemberek számára, lehetővé teszi az adatok összehasonlíthatóságát, kódrendszert biztosít az egészségügyi információs rendszerek számára. Céljainak megfelelően az FNO használatos lehet a statisztikai feldolgozásokban, a kutatásban, a szociális és az oktatási politikában, s azok irányelveinek tevékeny megvalósításában. Különös jelentősége van *az osztályozási rendszernek az egyes kóros egészségi állapotok, s azok következményei értékelésében*, a rehabilitáció számára nélkülözhetetlen állapotfelmérésben. Az FNO hasznos információkat nyújthat az egészségpolitika és az egészségügyi menedzsment számára is a különböző morbiditási, demográfiai adatokkal, az egészségi állapot következményeire ható tényezőkkel, az egészségügyi ellátás eredményességével („outputjaival”) kapcsolatos információk nyújtásával, rendszerbe foglalásával.

Az FNO *kategóriái egyetemesek*, magukba foglalják az egészség és az egészséggel kapcsolatos tényezők minden alkotóelemét. Alkalmazhatók minden emberre, nemre, fajra, vallási hovatartozásra való tekintet nélkül. A károsodás és a fogyatékossgal összefüggését, egymásra gyakorolt hatását, a környezeti adottságokat egyaránt tekintetbe vevő, mindezt egységes eszként kezelő FNO-rendszer az egészségi állapotot és a megváltozott egészségi állapot következményeit egyrészt az emberi test struktúrájához kötött funkciói, másrészt az ember tevékenysége, egyéni adottságai és környezete összefüggésrendszerében határozza meg.

Az egészséggel összefüggő emberi tevékenységek, akadályozottságok és korlátozottságok a szervezet alkotóelemeinek és funkcióinak állapota mellett az ún. kontextuális (helyzeti) tényezőktől is függenek. A kontextuális tényezők közé tartozik minden, ami nem kötődik az egészségi állapothoz, így a személyes tényezők (kor, lakóhely, gazdasági, szociális, kulturális meghatározottságok) is. A kontextuális tényezők másik csoportját a szűkebb és a tágabb környezet elemei, szokásai, elvárásai alkotják (*környezeti tényezők*).

A szervezeti és a kontextuális tényezők az emberi tevékenységek és fogyatékossgal alkotóelemei, melyek kölcsönhatásai jelentkezhettek pozitív összefüggések, hatások (ezt fejezi ki a tevékenység kifejezés), s negatív összefüggések, hatások, problémák formájában (ezt fejezik ki a károsodás, az akadályozottság, a korlátozottság kifejezések). A tényezők állapotát minősítőkkal (qualifier) jellemezzük.

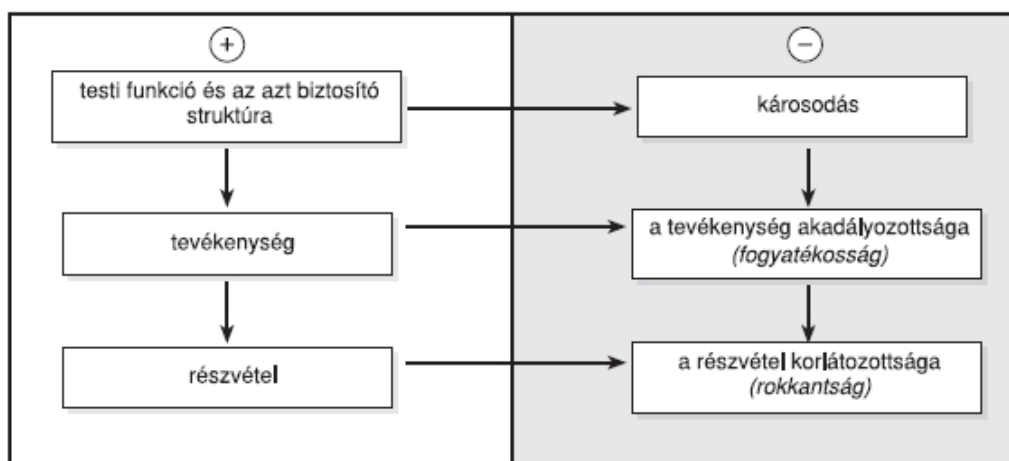


Az FNO klasszifikációs rendszerének alapegységei az egészség és az egészséggel kapcsolatos állapotok kategóriái. Az osztályozás alapja tehát nem a személy, hanem az a helyzet, amely összefüggéseivel meghatározza, illetve jellemzi a személy egészségi állapotát.

Az FNO lehetővé teszi, hogy a kódolás során tekintetbe vehessük az ember egészségi állapotának, funkcióképességének és az ezeket befolyásoló személyes és környezeti tényezőknek a pozitív és a negatív aspektusait is (1. és 2. ábra).

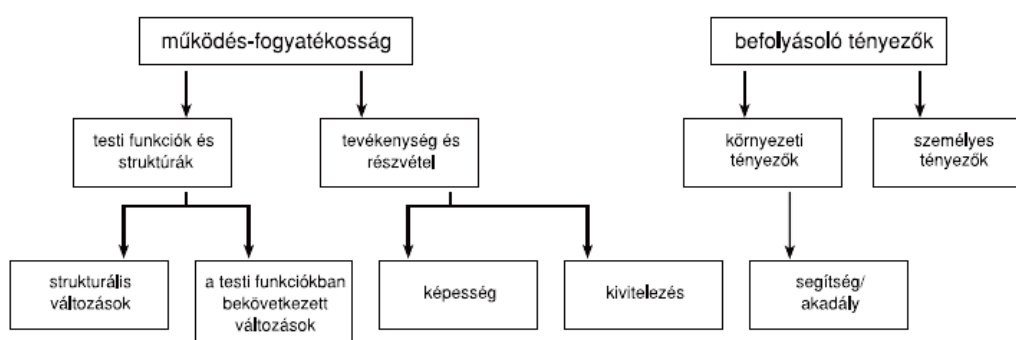
1. ÁBRA

A FUNKCIÓKÉPESSÉG POZITÍV ÉS NEGATÍV ASPEKTUSAI AZ FNO ALAPJÁN



2. ÁBRA

AZ FNO OSZTÁLYOZÁSI SÉMÁJA



A *képesség* a standard körülmények között, a *kivitelezés* a természetes, illetve a fogyatékosághoz adaptált körülmények között végrehajtott tevékenységet jellemzi. Az FNO a besorolandó, kódolandó fogalmakat nem hierarchikus, hanem faágszerűen elágazódó rendszerbe sorolja; e fogalmak azonosítását a minősítőket is feltüntetető alfanumerikus kódok teszik lehetővé.

A testi funkciók és struktúrák (b: body), az aktivitás (a: activity), részvétel (p: participation) és a környezeti tényezők (e: environment) négy számjeggyel kife-

jezhető módon részletezhetők (pl. b2: érzékszervi fogyatékoság, b210: látás-funkció, b2102: látásminőség, b21022: kontrasztérzékelés).

Az FNO komponensei (a *Testi funkciók és struktúrák*, a *Tevékenységek és részvétel*, valamint a *Környezeti tényezők*) értékelése virtuális skálán történik. A fokozatokat numerikusan (0–4), verbális minősítéssel (a problémák nagysága lehet „elhanyagolható, mérsékelt, közepes, súlyos és teljes”) és százalékokban (0–100) lehet jellemezni. A 0–4 kategóriákhoz rendelt %-értékek intervallumainak nagyságai kifejezik a populációs standardokban való előfordulás arányait is (pl. Nincs probléma: 4%; Enyhe probléma: 19% stb.).

0 Nincs probléma (hiányzik, jelentéktelen...)	0–4%
1 Enyhe probléma (csekély, alacsony...)	5–24%
2 Mérsékelt probléma (közepes, elfogatható...)	25–49%
3 Súlyos probléma (magas, nagy, extrém...)	50–95%
4 Teljes probléma (totális...)	96–100%.

Az osztályozási és minősítési rendszer, s ennek százalékban történő kifejezése megfeleltethető a munkaképesség, a fogyatékoság értékelése hagyományos értékelési rendszerének. A hagyományos és az új rendszer harmonizálása, összhangba hozása a funkcióképesség értékelése egységes rendszerének bevezetése és alkalmazása, hazai viszonyokra való adaptálása, az e területen dolgozók jövőbeli feladata.

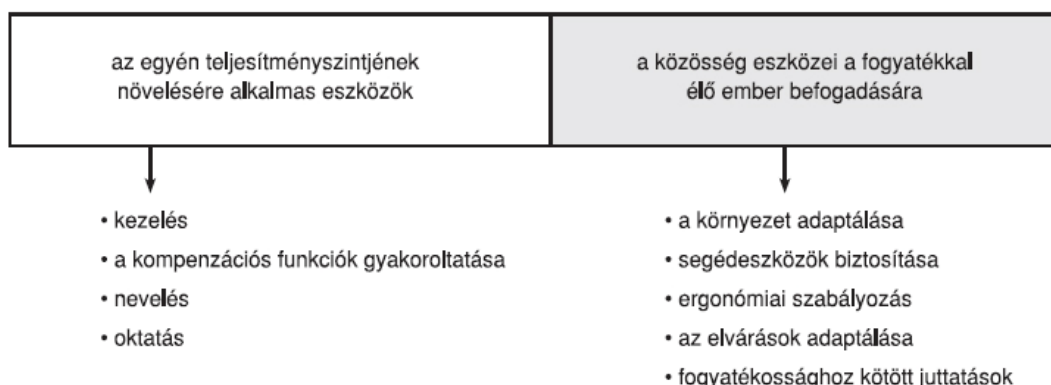
## A rehabilitáció

*A WHO definíciója szerint a rehabilitáció mindazon szolgáltatások összehangolt, egyénre adaptált rendszere, melyek lehetőséget nyújtanak ahhoz, hogy a fogyatékos ember*

*sikerrel foglalhassa el a helyét a társadalomban. Az átfogó rehabilitációt olyan folyamatnak tekinthetjük, mely a fogyatékos ember teljesítményét és a társadalom elvárásait harmonizálja. A sikeres rehabilitáció tehát mind az egyén, mind a közösség aktivitását feltételezi.*

Lorentsen sémája alapján a folyamat az egyén részéről pozitív attitűdöt, együttműködő-, sőt kezdeményezőkézséget és kitartást kíván. A közösségnek (társadalomnak) az orvosi, nevelési, képzési, foglalkoztatási és szociális szolgáltatások olyan összehangolt rendszerét kell biztosítania, mely a fogyatékos embert (életútjával, tapasztalataival, céljaival együtt) messzemenően figyelembe veszi. Az átfogó rehabilitációs intézkedések egyénre szabása azt feltételezi, hogy azokat az egyéni adottságokat is szem előtt tartjuk, melyek értékelésére az FNO rendszere sem ad lehetőséget (3. ábra, 90. old.). A definíció és a vázolt séma jól tükrözi azt a tényt, hogy a *rehabilitáció* – mind lényegét, mint feladattá tekintve – *messze túlmutat az egészségügy kompetenciáján.*

3. ÁBRA  
A FOGYATÉKOSOK REHABILITÁCIÓJÁNAK ESZKÖZEI ÉS MÓDSZEREI



## Orvosi rehabilitáció

Az *orvosi rehabilitáció* tevékenységi köre az egészségügy kompetenciájába tartozik. Az orvosi rehabilitáció során az orvostudomány a saját eszközeivel – a károsodott/fogyatékos ember funkcionális teljesítőképességének igen pontos felmérésével, kezelésével, kompenzáló funkciók kialakításával, megerősítésével és életvitelszerű gyakoroltatásával, egyidejűleg az alapbetegség, a kísérőbetegségek és a szövődmények felderítésével és terápiájával – járul hozzá a fogyatékos, esetleg már rokkant ember funkcióképességének növeléséhez.

Az *orvosi rehabilitáció indikációjára*, megkezdésének időpontjára, lehetőségeire és tartalmára vonatkozó ismeretek terén gyakran még az egészségügyben dolgozók is bizonytalanok. A rehabilitáció elemeinek be kell épülniük az aktív osztályon zajló kezelésbe. Helyes, ha az orvosi rehabilitáció lehetőségeiről, a rehabilitációs osztályra történő áthelyezés időpontjáról az aktív kezelést végző és a beteget majdan rehabilitáló orvos közösen dönt. A fogyatékoság természete, a beteg ember állapota, az orvosi rehabilitációs lehetőségek és a környezet (építészeti akadályok, közlekedési viszonyok) együttes mérlegelése alapján dönthető el az is, hogy a beteg ember kórházi környezetben vagy járóbetegként vegye igénybe az orvosi rehabilitációs szolgáltatásokat.

A rehabilitáció akkor indokolt, ha a betegség vagy a kóros állapot maradandó fogyatékoságot okoz vagy okozhat, s a fogyatékos ember aktivitása orvosi módszerekkel fokozható, a közösség életébe való bekapcsolódása elősegíthető. A maradandó károsodás ténye önmagában nem indokolja az orvosi rehabilitációs indikációt. Ha a beteg igen magas kora és/vagy kísérőbetegségei vagy szövődményei miatt nem terhelhető, a rehabilitációtól nem várható eredmény.

A beteg által igényelt gondos ápolás biztosítása nem a rehabilitációs osztály feladata. Ha a beteg mentális állapota miatt nem képes arra, hogy a rehabilitációs folyamat aktív, konstruktív résztvevője legyen, szintén el kell tekintenünk az *orvosi rehabilitációtól*. Más esetben a fogyatékoság jellege teszi szükségtelessé az orvosi rehabilitációt (pl. veleszületett siketség, teljes vakság). Annál

nagyobb szükség lehet az *átfogó rehabilitáció* más területeire (képzés, foglalkoztatás, szociális intézkedések).

## Az orvosi rehabilitáció módszerei

**Diagnosztika.** A funkcióképesség növelése csak akkor lehetséges, ha a meglévő testi és lelki elváltozásokat és a megmaradt funkciókat pontosan ismerjük. A *rehabilitációs program megkezdésekor és befejezésekor mért funkcionális állapot a rehabilitáció indikációjának, a program helyességének és eredményességének mércéje.*

### Terápia

- *Gyógyszeres és műtéti kezelés.* A fogyatékos ember kezelése során mind az ismert krónikus, mind a program során fellépő interkurrens, de a rehabilitáció megszakítását nem igénylő betegségek kezelését, és ha lehet, a károsodás mérséklését (pl. korrekciós és plasztikai műtétek) meg kell oldani.
- *Lelki vezetés, pszichoterápia.* A fogyatékos ember aktív közreműködéséhez állapotának elfogadtatásán keresztül vezet az út. A súlyos fogyatékoság kialakulása után a beteg lelki regressziót, majd esetleg agressziót kell, hogy produkáljon. A lelki reakciók felmérésében, az állapot elfogadtatásában igen értékes a *pszichológusi segítség*. Ahol lehet, érdemes a beteg ember családját, környezetét is megnyerni a rehabilitációnak. A pszichiátriai rehabilitációban a pszichoterápiás módszerek széles körének alkalmazása is pszichológust kíván.
- *A mobilizálás és az erőnlét javítása* elsősorban fizioterápiás módszerekkel (gyógytorna, sportterápia, balneoterápia, hidroterápia) érhető el. Azok a fizioterápiás eljárások részesítendőek előnyben, melyek a beteg/fogyatékos ember aktivitását igénylik. *A kiesett képességek kompenzálására* alkalmas funkciók célirányos gyakoroltatására és a napi élettevékenységbe történő beillesztésére a foglalkoztató terápia nyújt lehetőséget.
- *A gyógyászati és rehabilitációs segédeszközökkel* a fogyatékoság okozta funkciókárosodások egy része ellensúlyozható. Ezek adaptálása, a testsémába történő beépítése a rehabilitációs program része.
- A beszédzavarok *logopédiai módszerekkel* enyhíthetők.
- Az orvosi rehabilitáció során szükség lehet arra is, hogy a károsodott embert rávezessük *életmódjának megváltoztatására*. Ez egészséges étkezési szokások elsajátítását (dietetika), a fogyatékosághoz igazodó *életvitel tanítását*, az esetleges további *szövődmények kialakulásának megelőzéséhez* szükséges módszerek ismeretét jelenti.
- *A szociális intézkedések kezdeményezése* az orvosi rehabilitáció szerves része.

## A „REHABILITÁCIÓS TEAM”

Az orvosi rehabilitáció módszereinek alkalmazásához speciális képzettségű szakemberek együttműködése szükséges. A csapatmunka nem idegen az egészségügytől: gondoljunk a műtéti szakterületekre (operatőr és asszisztense, műtősnő, aneszteziológus, annak asszisztense, műtősségéd, betegszállító), vagy az intenzív terápiás teamekre. A teammunka hatékonysága a team összetételén és munkamódszerén múlik. A rehabilitációs teamben a rehabilitációs jártasságú orvos és ápolók mellett pszichológus, logopédus, gyógytornász, konduktor, sportterapeuta, szociális munkás, segédeszközöket készítő műszerész, fizioterápiás asszisztens, dietikus, foglalkoztató terapeuta közös munkája a siker kulcsa. A team összetételének a

fogyatékoság jellegéhez kell igazodnia. Pl. kardiológiai vagy pszichiátriai rehabilitációban ortopéd műszerészre nincs szükség; a felnőtt mozgásszervi betegek rehabilitációjában nélkülözhető a gyógytornász; a gerincsérültek vagy a végtagcsérültek rehabilitációjában a logopédus, geriátriai rehabilitációban a sportterapeuta. A team akkor hatékony, ha tagjai saját tevékenységük során tekintetbe veszik egymás kompetenciáját, és a team többi tagjának tapasztalatait és észrevételeit beépítik saját munkájukba.

## Az orvosi rehabilitáció hazai intézményrendszere

Az orvosi rehabilitációt nyújtó kórházi osztályokat, szakambulanciákat és szakrendeléseket, nappali kórházakat szakmai és anyagi megfontolásokra alapozott döntések nyomán hozták létre.

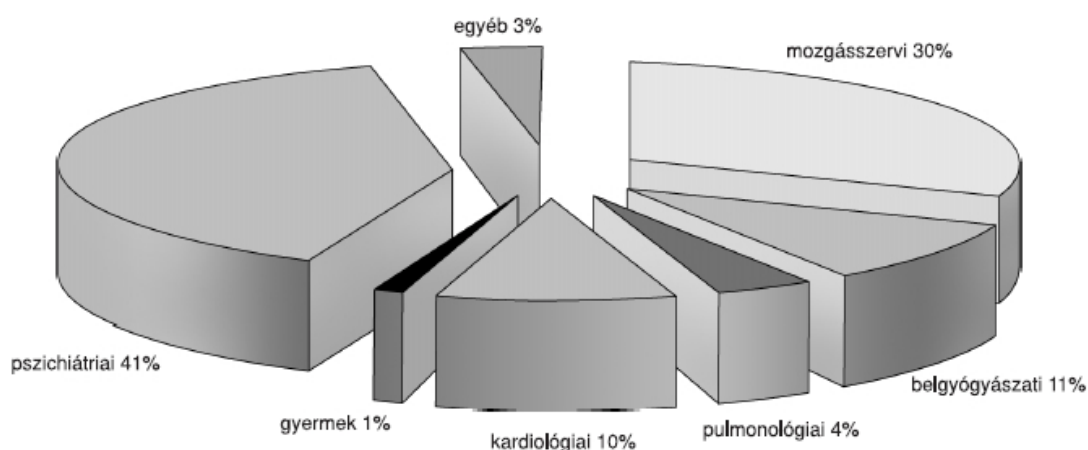
### REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOK

Az orvosi rehabilitációs tevékenység az aktív alapszakmáktól eltérő ismereteket, eltérő feltételeket és körülményeket kíván. Az *aktív osztályokon* az aktív terápiához szükséges feltételek közepette nem ésszerű sem a rehabilitációs team, sem annak munkájához szükséges tárgyi és építészeti feltételek biztosítása. Az eredményes rehabilitáció rendkívül időigényes, tehát e tevékenységet aktív osztályokon belül, homogén betegcsoportok (HBCS) szerinti finanszírozás mellett nem lehet végezni. A rehabilitáció célja és módszerei alapvetően különböznek a krónikus, gyógyíthatatlan, gyakran idős betegek ápolását, gondozását biztosító ún. krónikus osztályok tevékenységétől is. E megfontolások alapján az orvosi rehabilitációt végző osztályt mind szervezeti, mind finanszírozási szempontból az aktív és a krónikus ellátások mellett önálló entitásként kell kezelni.

Magyarországon mozgásszervi, kardiológiai, pszichiátriai, gyermekgyógyászati, belgyógyászati és pulmonológiai rehabilitációs osztályok működnek. Az Egészségbiztosítási Pénztár 2001-ben 11 550 rehabilitációs ágy működési költségeit finanszírozta. Az ágyszám klinikai szakterületenkénti alakulását a 4. ábra tünteti fel.

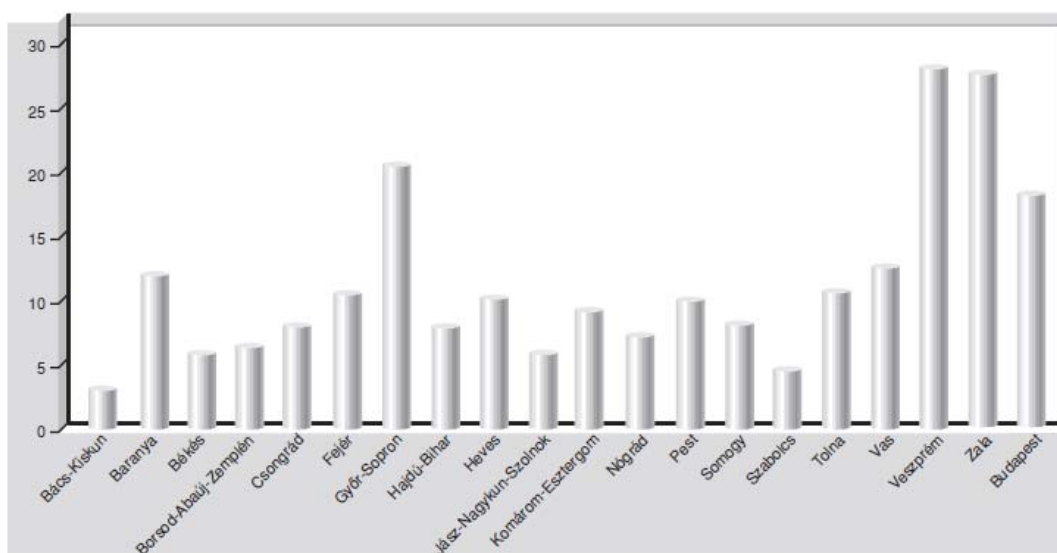
#### 4. ÁBRA

A REHABILITÁCIÓS ÁGYAK SZÁMÁNAK KLINIKAI SZAKTERÜLETENKÉNTI MEGOSZLÁSA  
MAGYARORSZÁGON 2001-BEN



#### 5. ÁBRA

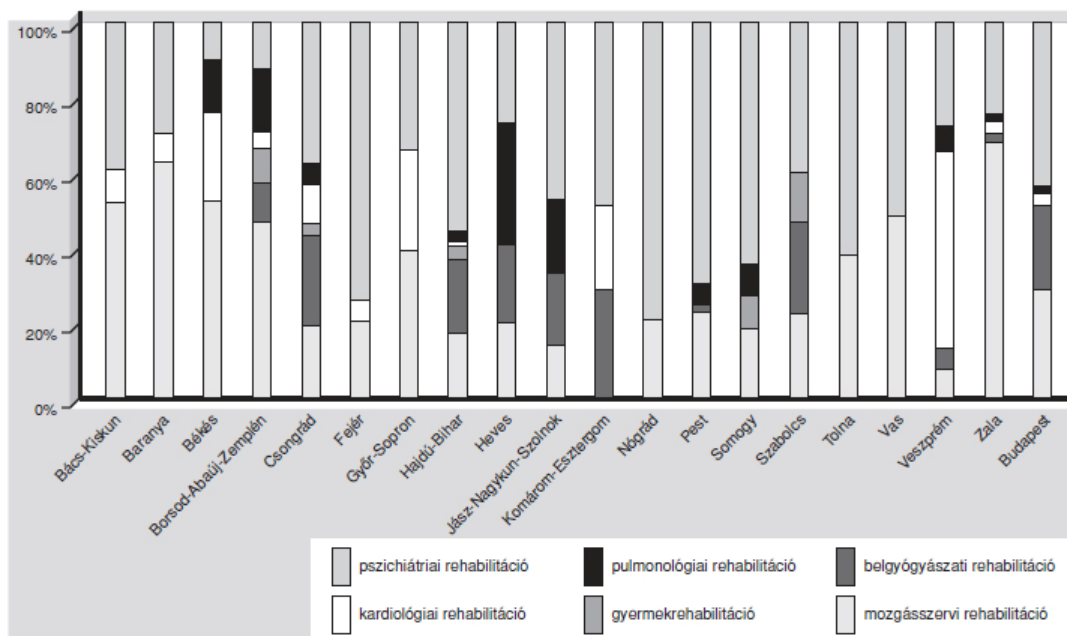
A TÍZEZER LAKOSRA JUTÓ REHABILITÁCIÓS ÁGYAK SZÁMA  
MAGYARORSZÁG MEGYÉIBEN ÉS BUDAPESTEN 2001-BEN



A 5. ábráról kiderül, hogy milyen egyenetlenül oszlanak el a rehabilitációs ágyak az országban. Még szembetűnőbbek a különbségek, ha azt is tekintetbe vesszük, hogy az igen változó rehabilitációs lehetőségeken belül hogyan alakul a kardiológiai, a pulmonológiai, a belgyógyászati, a mozgásszervi rehabilitációs stb. ágyak területenkénti reprezentációja (6. ábra).



6. ÁBRA  
A REHABILITÁCIÓS ÁGYAK SZÁMÁNAK PROFIL SZERINTI MEGOSZTLÁSA  
MAGYARORSZÁG MEGYÉIBEN ÉS BUDAPESTEN 2001-BEN



#### NAPPALI KÓRHÁZAK, ÉJSZAKAI SZANATÓRIUMOK

A *nappali kórházak* a járóbetegként rehabilitálható páciensek komplex, időben összehangolt, egy helyen történő rehabilitációjára szolgálnak. A jogszabályok lehetővé teszik azt, hogy kórházi osztályok ágyaik bizonyos hányadának arányában nappali kórházi szolgáltatást is nyújtsanak. Főleg a mozgásszervi rehabilitációs osztályok vállalkoznak ilyen feladatra. A szakemberhiány és a rehabilitációs osztályok megközelíthetőségének hiányosságai miatt nappali kórházi szolgáltatásokat nyújtó intézmény csak néhány helyen működik az országban. Az *éjszakai szanatóriumokban* a nappal eredeti munkakörükben dolgozó, javuló állapotban lévő pszichiátriai betegeknek este orvosi és egyéb kezeléseket és ellenőrzést biztosítanak, a betegek éjszakáikat is ott töltik. Ezek a szanatóriumok részben pszichiátriai, részben foglalkozási rehabilitációs célt szolgálnak. Magyarországon éjszakai szanatóriumok nem működnek.

#### JÁRÓBETEG-REHABILITÁCIÓ

A járóbetegként rehabilitálható páciensek rehabilitációját a rehabilitációs osztályok ambulanciái vagy az alapszakmák szakrendelése végzik. A rehabilitációs osztályok szakambulanciáin dolgozó csapatok összetétele az osztályok szakemberellátottságának függvénye. Az alapszakmák szakrendeléseiben ritkán dolgoznak rehabilitációs csapatok.

## REHABILITÁCIÓ AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Az orvosi rehabilitáció ún. lakóközösségi formája az alapellátásra épülő szolgáltatás, melyet a páciens fogyatékoságához igazodó szakemberekkel kibővített alapellátási egység nyújt. Ebben a munkában a fogyatékos ember laikus környezete is feladatot kap. Hazánkban a lakóközösségi rehabilitációnak még nincsenek hagyományai, finanszírozása is megoldatlan. A házi ápolási szolgálatok megfelelő szervezés esetén a lakóközösségi rehabilitáció bázisaivá fejleszthetők.

### *Az orvosi rehabilitációhoz kapcsolódó egyéb rehabilitációs tevékenységek*

**Pedagógiai rehabilitáció.** Ennek során a fogyatékos fiatal a fogyatékoságának természetéhez igazodó módszerekkel részesül nevelésben, oktatásban és foglalkozási képzésben. Új foglalkozáshoz szükséges átképzés felnőttkorban is igényelhető, ha a maradandó egészségkárosodás lehetetlenné teszi az eredeti munka folytatását.

**Foglalkozási rehabilitáció.** Az átfogó rehabilitáció elemei közül talán ennek az aktuális helyzete függ leginkább az egyén érdekeltségétől és a közösség gazdasági működésétől. Ha a foglalkozási rehabilitáció sikeres, a fogyatékos ember megmaradt munkaképességének felhasználásával ismét kenyérkereső foglalkozáshoz jut. A fogyatékos ember orvosi rehabilitációja után a megmaradt munkaképesség megítélése orvosszakértői feladat. Az eredeti munkakörben nem foglalkoztatható személy még megállhatja helyét ergonómiai elvek alapján adaptált munkahelyeken, védőmunkahelyeken, vagy átképzés után új munkakör betöltésére válhat képessé. (Ez utóbbi képzési forma a pedagógiai és a foglalkozási rehabilitáció körébe is besorolható.) A foglalkozási rehabilitációs folyamatot azonban az egyén képzettsége, az átképzés lehetőségei, a munkalehetőségek és a kereseti viszonyok alapvetően befolyásolják. Az elmúlt évtizedek gazdasági tendenciái nem kedveztek, és a jelenlegiek

sem kedveznek a foglalkozási rehabilitációnak. A hatályos foglalkozási rehabilitációs törvény sem a munkáltatók, sem a munkavállalók foglalkozási rehabilitációjában való érdekeltségét nem biztosítja.

**Szociális rehabilitáció.** A fogyatékos ember az orvosi rehabilitációval, képzéssel, munkalehetőség biztosításával növelt teljesítmény birtokában sem feltétlenül képes saját hátrányos helyzetének leküzdésére. Napi életviteléhez, szabadidejének eltöltéséhez, családi és közösségi kapcsolatainak ápolásához, ügyeinek intézéséhez pénzügyi és természetbeni támogatásra van vagy lehet szüksége. A közvetlen pénzügyi juttatások egy része fogyatékoságspecifikus (pl. a vakok, a mozgássérültek járadéka, a mozgássérültek lakásának átalakításához, közlekedéséhez nyújtott támogatás). A segítség más formáira vagy a fogyatékoság mértéke szerint vagy jövedelmi viszonyai alapján (a rászorultság bizonyítása után) válhat jogosulttá a károsodott ember. Ez utóbbi juttatásoknak



sajátos rehabilitációs aspektusai vannak. Pl. a közgyógyellátásra jogosító igazolványhoz a munkaképességét 100%-ban elvesztett személy alanyi jogon jut, minden más esetben jövedelme és gyógyszerekre, segédeszközökre fordítandó kiadásai alapján, önkormányzati döntéstől függően kaphatja meg az igazolványt. A munkaképesség-csökkentés mértékének megállapítása életkorhoz kötött. A nyugdíjas korban súlyos végleges károsodást szenvedettek alanyi jogai ma még nem érvényesíthetők.

A szociális rehabilitáció anomáliái foglalkozási rehabilitációs ellenérdekeltiséget is szülhetnek. Pl.: egy gerincvelősérült intermittáló önkátérezésre szorul. Eredetileg alacsony jövedelmű ember, aki munkáját még képes volna ugyan el látni, de éppen azért kénytelen feladni szívesen végzett munkáját, és a rokkantnyugdíjat választani, mert folyamatosan olyan segédeszközre van szüksége, melynek beszerzése a jövedelme által nyújtott lehetőségek között nem oldható meg.

A segédeszközök egy részének (ortézisek, protézisek) térítésmentessége, a szociális gondozási formák, a fogyatékosbarát építkezés és közlekedésszervezés, a fogyatékosággal élő emberek sportolási lehetőségeinek támogatása természetbeni juttatásként a szociális rehabilitáció hozzáférhető, bevált eszközei.

## 1. melléklet: Funkcionális Függetlenség Mérés (Functional Independence Measure)

### Önellátás

- A Étkezés
- B Személyi higiéné
- C Fürdés
- D Öltözködés (felső testfél)
- E Öltözködés (alsó testfél)
- F WC-használat

### Sphincterfunkciók

- G Széklettartás
- H Vizelettartás

### Mozgékonyság

- I Ágy-szék, kerekesszék átülések (transzferek)
- J WC-transzfer
- K Kád- vagy zuhanytranszfer

### Helyváltoztatás

- L Járás vagy kerekesszék-használat
- M Lépcsőn járás

### Kommunikáció

- N Megértés
- O Önkifejezés

### Szociális képességek

- P Szociális együttműködés
- Q Problémamegoldás
- E Emlékezet

### I. Segítő személyre nincs szükség (önellátó)

- 7. Teljes függetlenség (időben, biztonságosan)
- 6. Módosított függetlenség (segédeszköz)

### II. Személyes segítség szükséges

#### Részleges függőség

- 5. Felügyelet
- 4. Minimális segítség (75%-nál nagyobb önállóság)
- 3. Közepes segítség (50%-nál nagyobb önállóság)

## **Teljes függőség**

2. Maximális segítség (a vizsgált személy 25–50%-os részvételével)
1. Teljes segítség (a vizsgált személy 25% alatti részvételével)

*Átvéve rehabilitáció gyakorlata (Medicina, 2000) c. tankönyvből*

## **2. melléklet: Barthel-index**

### **I. Étkezés**

10. A beteg önállóan képes enni, egyedül egy tálcáról vagy asztalról, ha valaki azt elérhető távolságba teszi. Használhat segédeszközt, de fel kell tudnia vágni az ételt, sőt szórni, vaját kenni megfelelő, normális idő alatt.
5. Segítséggel (pl. a hús felvágása).
0. Etetés

### **II. Átszállás a tolókocsiból az ágyba és vissza**

15. Teljesen önállóan, biztonsággal, befékezve a kocsit, a lábtartót felemelve, le tud feküdni az ágyba, fel tud ülni az ágy szélére.
10. Felügyeletet vagy minimális segítséget igényel.
5. Fel tud ülni, de ki kell emelni az ágyból.
0. Felülni sem tud.

### **III. Személyes toalett**

5. Kézmosás, arcmosás, fésülködés, fogmosás, borotválkozás (a penge berakása vagy a villanyborotva dugaszának bedugása is).
0. Valamelyikre nem képes.

### **IV. WC-használat**

10. Egyedül kimegy, ruháit le- és felhúzza, ruháit meg tudja óvni a bepiszkolódástól, WC-papírt használ (segédeszköz a kapaszkodáshoz használható).
5. Kis segítséget igényel (egyensúlyzavar miatt a ruha felhúzásához, papírhasználatához) vagy önállóan használja az ágytálat.
0. Vagy segítséget igényel, vagy a nővér ágytálaz.

### **V. Fürdés**

5. Más személy jelenléte nélkül tusoló vagy fürdőkád használata.
0. Mosdatás.

### **VI. Járás sík terepen**

15. 50 méter járás segítség, felügyelet nélkül (Bármilyen segédeszköz használható, kivéve guruló mankó. Ha ortézist használ, az ortézist be kell tudnia állítani járáshoz és üléshez (térdférő zárása, nyitása).
10. Felügyeletet igényel, vagy csak kis segítséggel tud járni 50 métert (segédeszköz használható).

- 5. Járásképtelen beteg, 50 méter önálló kerekesszékhajtás, manőverezés: fordulás ágyhoz, asztalhoz, WC-re.
- 0. Kerekesszéket sem tud hajtani.

#### **VII. Lépcsőn fel-lejárás**

- 10. Önálló, felügyelet nélküli lépcsőjárás, bármilyen segédeszközzel (a botot vinnie kell magával).
- 5. Kis segítséget vagy felügyeletet igényel (a botot nem tudja magával vinni).

#### **VIII. Öltözés, vetkőzés**

- 10. Önálló cipőfelvétel, inggomb begombolása (a cipzár összekapcsolását nem kell tudnia).
- 5. Kis segítséggel, legalább a felét egyedül tudja végrehajtani.

#### **IX. Széklettartás**

- 10. Baleset nélkül, lehet kúp segítségével is.
- 5. Időnként baleset, vagy a kúpot más helyezi fel.
- 0. Incontinentia alvi.

#### **X. Vizelettartás**

- 10. Éjjel, nappal egyaránt tudja tartani.
- 5. Elvértve baleset (a beteg szól, de nem tud várni a nővérré).
- 0. Incontinentia urinae vagy állandó katéter.

Átvéve *A rehabilitáció gyakorlata c. tankönyvből (Medicina, 2000)*

**Dr. Kullmann Lajos:**

## **Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai <sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ**  
**Az orvosi rehabilitáció szerepe és kapcsolatai**

---

<sup>1</sup> Kapocs 27. V. évf. 6. szám 2006. december: 16–30.

## Tartalom

A fogyatékos emberek egészsége, egészségügyi szükségletei	23
Az Egészségügyi Világszervezet fogyatékoság-értelmezése	23
A fogyatékoság felmérése, becslések	25
A fogyatékos emberek jelenlegi hazai egészségügyi ellátása, előnyei, korlátai	31
Hozzáférsz a rehabilitációs egészségügyi ellátáshoz	31
Az ellátás minőségi jellemzői	34
Az egészségügyi rehabilitáció jövője, teendői	37
Szervezési kérdések	37
Az ellátás minősége	39
Az egészségügyi rehabilitáció helye az önálló életvitel, a teljes körű foglalkoztatás rendszerében	43
Az orvosi modell és a fogyatékoság	43
A rehabilitáció folyamat jellege	44
Köszönetnyilvánítás	47
Irodalom	48

## A fogyatékos emberek egészsége, egészségügyi szükségletei

### Az Egészségügyi Világszervezet fogyatékoság-értelmezése

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alapszabálya szerint „az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jóllét állapota, nemcsak betegség vagy fogyatékoság hiányából áll.” (Az idézet így pontos, de az Orvosi lexikonban – helytelenül – „jólét” szerepel; v. ö. „bien-être”; Organisation Mondiale de la Santé 1947; Hollán 1969). A WHO korszerű szemléletét jelzi ez az egészség-meghatározás, amelyet az orvostudomány csak évtizedek múlva tudott valódi tartalommal megtölteni.

A WHO egyik fontos feladata az egészségi állapot felmérése és figyelemmel kísérése nemzetközi dimenzióban. Ez azonban csak egységes értelmezés és elnevezések használata mellett valósulhat meg. A nemzetközi osztályozási rendszerek hivatottak az egységes értelmezés támogatására. Az első a Berlemont által az 1800-as évek végén kidolgozott, a halálloki statisztika továbbfejlesztésének eredményeként létrejött „A betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO) volt. Jelenleg tizedik verziója van érvényben (BNO-10; Egészségügyi Világszervezet 1995). Ez a betegségek, sérülések és fejlődési rendellenességek mellett – először az osztályozás története során – tartalmazza bizonyos egészséggel kapcsolatos állapotok osztályozását is, így a balesetek okainak, és bizonyos, főleg sebészi tevékenységek következtében kialakult állapotoknak a kódolási szabályait is. Utóbbiak a korábbi verzióknak nem képezték részét.

A WHO 1980-ban kiadta „A károsodások, fogyatékoságok és rokkantság nemzetközi osztályozását” (World Health Organization 1980). Ennek gondolatmenete egyértelműen a hagyományos orvosi észjárás alapján, a fogyatékoságot alapvetően az egyén tulajdonságaként, egészségi állapotának eredményeként értelmezte. Másrésztől újszerű volt, amennyiben a biológiai okok mellett a természetes és társadalmi környezeti tényezőknek is jelentőséget tulajdonított, valamint abban, hogy az embert nemcsak mint biológiai lényt vizsgálta (károsodások), hanem személyként (fogyatékoságok) és társadalmi lényként (rokkantság) is. Bármennyire jelentős előrelépés volt az osztályozás megjelentetése, igen gyorsan kiderültek a korlátai, és heves bírálatokat váltott ki a társadalomtudományok, illetve az érintett emberek szervezetei részéről.

A kritikák erős hatást gyakoroltak az osztályozás továbbfejlesztésére. Hétéves intenzív fejlesztőmunkát követően, 2001-ben készült el az osztályozási rendszer új változata, a „Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO), mely 2004-ben magyarul is megjelent. A fejlesztésben orvosok mellett gyógypedagógusok, pszichológusok, a társadalomtudományok, valamint a fogyatékos emberek nemzetközi szervezeteinek képviselői is részt vettek.

Az FNO-ban is szerepel az ember testi (integritás), személyes (tevékenység) és társadalmi (részvétel) dimenziója, de nem az előzőekhez hasonló negatív

megjelöléssel. Funkcióképességnek nevezi az osztályozás a három dimenzióban együttesen a zavarmentesség állapotát. A testi funkciók és struktúrák károsodhatnak, a tevékenység akadályozottá válhat, a társadalom életében való részvétel korlátozottá. Ezeket a zavarokat együtt, gyűjtőnévvel hívja a WHO fogyatékoságnak (WHO 2001; 1. táblázat).

Az FNO szerint a fogyatékoság diagnózistól teljesen független. Példaként: végtaghiányt (strukturális és egyben funkcionális károsodás is) okozhat a taposókna (baleset), az érszűkület (betegség) vagy az anya thalidomid-szedése a terhesség alatt (fejlődési rendellenesség). A fogyatékoságot az FNO élettapasztalatként értelmezi, amely bárkivel, bármikor megtörténhet, mint valamilyen probléma észlelése a funkcióképességben. A fogyatékoság tehát nem végzet-szerű, visszafordítható lehet.

Az FNO-ban további alapvető változás, hogy megjelennek a személyes, illetve a környezeti tényezők mint a funkcióképességet és a fogyatékoságot befolyásoló összetevők. A személyes tényezőket (pl. életkor, etnikai hovatartozás, képzettség, neveltetés, szokások, élettapasztalatok, megküzdési módszerek) csak felsorolja, részletes osztályozásuk még nem készült el. A környezeti tényezők osztályozása viszont alapvető része a rendszernek. Ezek lehetnek támogatók vagy akadályozók. (A fogyatékos ember jelentős támogatást kaphat családjától, viszont magukra is hagyhatják őket családtagjaik. Az iskolai környezet lehet támogató, ha a pedagógusok attitűdje kedvező, illetve akadályozó ennek hiányában.) Nemcsak a személyes és a környezeti tényezők hatnak a funkcióképességre, hanem ebben a viszonylatban is kölcsönhatás van. Az egyén tevékenykedő képessége, illetve annak akadályozottsága is hat pl. saját egészsége megőrzésének lehetőségeire, tehát visszahat önmagára.

### 1. TÁBLÁZAT

#### A FUNKCIÓKÉPESSÉG, A FOGYATÉKOSSÁG ÉS AZ EGÉSZSÉG NEMZETKÖZI OSZTÁLYOZÁSA (FNO) VÁZLATOS KONCEPCIÓJA

A működés szintje	Test (testrészek)	Személy (az egyén, mint egész)	Társadalom (élethelyzetek)	Környezeti és személyes tényezők
Jellemzők	Testi funkciók/ testi struktúrák	Az egyéni tevékenységek megvalósítása	Bekapcsolódás élethelyzetekbe	A világ jelenségei és viszonyulásai, a személy tulajdonságai
Pozitív oldal	Integritás	Tevékenység	Részvétel	Támogatók
	Funkcióképesség			
Negatív oldal	Károsodás	Tevékenység akadályozottsága	Részvétel korlátozottsága	Akadályok, hátrányok
	Fogyatékoság			
Minősítő jellemzők	Kiterjedés vagy nagyság, esetleg elhelyezkedés vagy minőség			



További újdonságot jelent, hogy az új osztályozási rendszer nemcsak az észlelt jelenségek kategóriákba sorolására ad lehetőséget, hanem egy ötfokozatú értékelő skálán (ún. minősítők révén) a problémák mértékét is meg lehet jelölni. Hasonló módon értékelhető a skálán az is, hogy a környezeti tényezők mennyire támogatók vagy akadályozók.

Mivel az FNO nemcsak a kategóriákba sorolásra alkalmas, hanem a problémák mértékének a leírására is, lehetővé teszi nemzetközi fogyatékosági statisztikák készítését. Sajnálatos, hogy az országok többségéhez hasonlóan Magyarországon sincs megbízható fogyatékosági statisztika. Ez magában hordozza annak a gondolkodásnak a veszélyét, mely szerint amit nem ismerünk, az nem is létezik, tehát nem kell törődnünk vele. A WHO egyik kinyilvánított célja az FNO kidolgozásával a fogyatékoság nemzetközi szintű feltérképezése. Mindez csak a jövő ígérete.

Az FNO gyakorlati felhasználása nagyon időigényes. Az amúgy is gyakran túlterhelt személyzet könnyen elutasíthatja. Ezért nemzetközi továbbfejlesztő munka kezdődött ún. „állapotspecifikus alapkérdéssorok” kidolgozása céljából. Egy-egy állapotban (pl. „stroke”, derékfájdalom) használható egészen rövid, a nemzetközi adatgyűjtést támogató kategóriacsoportok kidolgozása is folyik az orvosi gyakorlatot támogató fejlesztés mellett (Stucki, 2002).

A WHO szemléletének formálódását jelzi továbbá, hogy foglalkozik az emberek szubjektíven megélt egészség- és életminőség-érzésével is. A fogyatékos emberek egészségi állapotának és egészségügyi szükségleteinek feltárása során az életminőségre is figyelemmel kell lennünk. A WHO életminőség-definíciója a következőképpen hangzik: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (WHO 1997).

A fenti definíciónak megfelelően fejlesztette ki a WHO saját életminőség-felmérő módszerét, amelynek vizsgált tárgykörei a fizikai (pl. fájdalom, fáradékonyság) és a lelki egészség (pl. emlékezőképesség, önbecsülés, szorongás) érzése, a függetlenség szintje (pl. megbirkózás a mindennapos élet tevékenységeivel, munkaképesség), a társas kapcsolatok (pl. támogatottság, szexuális kapcsolatok), a környezettel kapcsolatos érzések (pl. védettség, támogató szolgáltatások minősége, információkhoz jutás, közlekedés), valamint a lelkiesség.

### ***A fogyatékoság felmérése, becslések***

Megállapíthatjuk tehát, hogy a fogyatékoság, illetve a fogyatékos emberek különböző szükségletei vizsgálhatók, felmérhetők. Az FNO nemcsak az egészségügyi, hanem az akadályozó környezeti tényezők vizsgálatán keresztül más,

így oktatási, foglalkoztatási vagy szociális támogatási szükségletének felmérésére is alkalmas lenne. Újdonsága miatt azonban nemcsak hazai adatokkal nem rendelkezünk, FNO alapú megbízható külföldi vizsgálati eredményekről sincs tudomásunk. Így a szükségletfelmérés helyett csak becsléseket végezhetünk. A becslésekhez rendelkezésre álló adatainkat más célból gyűjtötték, ezért következtetés levonására csak igen körültekintően használhatók fel.

Siró Béla és munkatársai a GYÓGYINFOK (Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja), illetve az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) adatait használták fel a rehabilitációs szükségletek becslésére (Siró 2000; 2. és 3. táblázat).

A GYÓGYINFOK-adatok a kórházakban akut megbetegedésekkel felvett egyének számát mutatják. Közülük sokan meggyógyulnak, bizonyos százalékban pedig – különböző állapotokban eltérő arányban – valószínűleg meghalnak. Őket tehát nem kell rehabilitálni. A táblázatok valamennyi kórházi felvétel adatait tartalmazzák. Tekintettel arra, hogy egy-egy ember azonos betegség miatt többször is kórházba kerülhet, és kerül is, az adatok a rehabilitációs szükségletek további túlbecslésére adnak lehetőséget. Nem hallgathatjuk el a kódolási anomáliákat sem. Mivel a GYÓGYINFOK adatai képezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az ellátásért a kórház részére fizetett térítési átalánydíjnak az alapját, egyes intézmények érdekeltek lehetnek abban, hogy a nagyobb térítési díjat eredményező súlyosabb diagnózist tüntessék fel a kezelést indokoló diagnózisként. Előfordulhat tehát, hogy valakit ismételtén már nem a táblázatban feltüntetett betegség, esetleg nem is annak szövődménye miatt kezelnek ismételtén kórházban, hanem jóval enyhébb és „olcsóbb” betegség miatt, mégis ezt a diagnózist szerepeltetik.

## 2. TÁBLÁZAT

### KIEMELT BETEGSÉGCSOPORTOKBAN 1998-BAN MAGYARORSZÁGON KÓRHÁZI KEZELÉSBEN RÉSZESÜLTEK SZÁMA A GYÓGYINFOK ADATAI ALAPJÁN

Betegségcsoportok	> 18 év	≤ 18 év
Idegrendszeri megbetegedések*	184688	1987
Reumatológiai megbetegedések	322211	1962
Ortopédiai megbetegedések	15438	5417
Balesetek	35754	4060
Az idegrendszer baleseti sérülései	8318	1241
Roszzindulatú daganatos és vérképzőrendszeri megbetegedések	131845	1589
Szív- és érbetegségek	214834	134
Idült tüdőbetegségek	187648	25041
Húgy-ivarszervi megbetegedések	39578	2193
Szülési sérülések, fejlődési rendellenességek **	3306	16105
* ebből agyi vérkeringési zavar 160 373 eset		
** a VRONY felé 1998-ban összesen 2588 esetet jelentettek, közülük 252 fő meghalt.		

A fentieket jól illusztrálja, hogy Siró adatai szerint a 2. táblázatban a neurológiai megbetegedések közül több mint 160 ezer volt az agyi vérkeringési zavar miatti kórházi felvétel. Az érintettek potenciálisan rehabilitációra szorulnak. Ezzel szemben korábbi becsléseink szerint Magyarországon évente 40 ezer embert ér agyvérzés-embólia (Nagy Z. 1994). A spontán gyógyulás, illetve a magas halálozás miatt közülük – ugyancsak becslések alapján – mintegy 12 ezer ember részére szükséges rehabilitációt biztosítani.

A 2. táblázat adatai alapján feltűnik a Veszélyeztetett Rendellenességek Országos Nyilvántartása (VRONY) felé jelentett esetek, illetve a kórházi kezelésben részesülők száma közötti jelentős különbség is.

A pszichiátriai betegség miatt kezelésben részesülő betegek adatait az OPNI Informatikai Osztályának ugyancsak 1998-as adatai alapján, de eltérő korcsoportok szerinti bontásban mutatja be a 3. táblázat.

### 3. TÁBLÁZAT

KIEMELT PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGCSONPORTOKBAN 1998-BAN MAGYARORSZÁGON  
KÓRHÁZI KEZELÉSBEN RÉSZESÜLTEK SZÁMA AZ OPNI ADATAI ALAPJÁN

Betegségcsoport	≤ 65 év	> 65 év
Alkoholfüggőség és pszichés zavarok	46346	2518
Egyéb drogfüggőség és pszichés zavarok	3723	114
Szkizofrénia és paranoid zavarok	30775	6099
Affektív zavarok	22787	6257
Demenciák	766	3254
Mentális retardáció	6022	259

Ezek és hasonló adatok nem is jelezhetik pontosan a rehabilitációs szükségleteket, hiszen diagnózisokon vagy orvosi szakmákhoz tartozáson alapulnak. Amint azt az FNO ismertetése során beláthattuk, a fogyatékoság nem függ a diagnózistól. Mindenképpen szükséges tehát a fogyatékoságok felmérése is.

Az 1990-es évek közepén négyezer fős mintán vizsgáltuk Budapest VIII. kerületében az otthonukban élő, 60 év feletti életkorú lakosok fogyatékoságait a WHO lakóközösségi rehabilitációs szolgálatok céljából kidolgozott kérdőívvel. (Kullmann és mtsai, 1998). A teljes minta 15,7%-ának volt fogyatékosága. A tíz éves korcsoportokban a fogyatékos idős emberek aránya jelentősen emelkedett, 60 és 70 év között 8,6%-nak, 90 felett 46,3%-nak voltak fogyatékoságai. Az életkorral párhuzamosan növekedett az egy-egy emberre jutó fogyatékoságok száma is. Nők körében több, férfiak esetében inkább súlyosabb fogyatékoságokat találtunk. A mobilitással kapcsolatos problémák jóval gyakoribbak voltak, mint az önellátás akadályozottsága (4. táblázat).

#### 4. TÁBLÁZAT

KIVÁLASZTOTT TEVÉKENYSÉGEK AKADÁLYOZOTTSÁGA, A SÚLYOSSÁG FOKA ÉS NEMEK SZERINTI BONTÁSBAN 60 ÉV FÖLÖTTI BUDAPESTI LAKOSOKBAN, SZÁZALÉKBAN KIFEJEZVE

Vizsgált tevékenység	Férfiak (1485 fő)			Nők (2599 fő)			Együtt (4084 fő)		
	fogyatékoság								
	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos	nincs	enyhe	súlyos
Étkezés	97,8	1,7	0,5	97,8	1,8	0,4	97,8	1,8	0,4
Tisztálkodás	94,0	4,9	1,1	92,6	6,2	1,2	93,1	5,7	1,2
WC- használat	96,7	2,5	0,8	96,1	3,0	0,9	96,3	2,9	0,8
Lakáson belüli mozgás	96,2	2,9	0,9	95,6	3,7	0,7	95,8	3,4	0,8
Lakáson kívüli mozgás	89,3	6,7	4,0	82,3	12,7	5,0	84,9	10,4	4,7
Lépcsőn járás	87,1	7,8	5,1	79,6	13,4	7,0	82,3	11,4	6,3

A társadalmi életben való részvételre nemcsak a fogyatékoságok, hanem a vizsgált egyének neme és társadalmi szokásai is hatottak. Férfiak részvétele az otthonon kívüli tevékenységekben jóval aktívabb volt.

A gyermekkori fogyatékoságok vonatkozásában az egyik legjobb forrás-munka kétségtelenül még mindig a „Budapest-vizsgálat” című munka (Czeizel és mtsai 1978). A vizsgálat a gyógypedagógiai intézményhálózatban nevelt gyermekekre terjedt ki. A mintát a következő adatok jellemzik. A vizsgálat idején a gyermekek 2,9%-a értelmi fogyatékoság, 0,21%-a pedig testi, hallási vagy látási fogyatékoság miatt tanult gyógypedagógiai intézetben. (Itt is követjük a hivatkozott irodalomban használt terminológiát.). A megyei megoszlási adatok nagy különbséget mutatnak. Győr-Sopron megye 1,37%-os arányával szemben Bács-Kiskun megyében a tanulók 4,55%-a került értelmi fogyatékos-sággal élő emberek gyógypedagógiai iskolájába. Érdekesek a tanulmány elkészítése előtti utolsó 20 év gyógypedagógiai kapacitásának adatai is. Az ilyen intézményekbe a beiskolázási arány értelmi fogyatékos gyermekek esetében 0,66%-ról, az egyéb fogyatékos-sággal élő emberek esetében 0,13%-ról emelkedett a fenti magasabb értékekre. Látható tehát, hogy a gyógypedagógiai beiskolázás a kínálattól is jelentős mértékben függött. Ugyanakkor egyéb, társadalmi tényezők is hatnak rá, hiszen pl. a cigány gyermekek aránya a kisegítő iskolákban 10,5%, az intézetekben 12,2% volt – szemben az általános iskolákban tapasztalható 2–6%-os előfordulással.

A vizsgálat az értelmi fogyatékos gyermekek egyéb egészségi problémáit tárta fel, orvosi diagnózisok alapján. Belgyógyászati betegségek 17,38%-ban fordultak elő. Közöttük a gyakori rehabilitációs szükségletet kiváltó veleszületett és szerzett szívfejlődési rendellenességek összesen 2,64%-ban fordultak elő. Az ideggyógyászati betegségek gyakoribbak: 46,55%, amelyek között a magatartászavarok (11,51%), a súlyos neurológiai betegségek (10,92%) és az epilepszia

(8,05%) vezetnek. Rehabilitáció mindegyikben szükséges lehet, de csak a súlyosabb esetekben. Az ortopédiai betegségek a vizsgált gyermekek több mint felét érintik. Ezek közül re". ábrahabilitációt indokolhatnak a Little-kór (5,13%), a gerincvelő fejlődési zavara, 0,29%, valamint a csípőficam, a gerincferdülés és a végtagfejlődési rendellenességek – részesedésük egyenként 1% alatti – súlyosabb esetei. A 26,32%-ban előforduló szemészeti betegségek jórészt szemüveggel kezelhetők. A kancsalság és a rövidlátás vezet. A fül-orr-gégészeti betegségek aránya nagyobb, 31,79%. Sok betegség azonban gyógyítható. A hallászavarok 85,84%-os előfordulási aránya igen magas. A közép fokúnál súlyosabb hallászavarban szenvedő gyermekek aránya is jelentős, 27,92%, közöttük leggyakoribbak az idegi eredetű károsodások, de a vezetékes eredetűek is 10% fölött fordulnak elő. Rehabilitációs szükségleteiket pontosan nem ismerjük.

Az idézett számadatokból nem tudjuk meg, hogy a gyermekek milyen arányban halmozottan károsodottak, hiszen egy-egy gyermeknek többféle károsodása is lehet. Így viszont a károsodástól mentesek aránya valószínűleg magasabb a megadott értékeknél. A több mint 25 éves adatokat nem tudjuk összehasonlítani újabbakkal, mert azokat más szempontok szerint gyűjtötték, illetve hasonlóan széleskörű adatgyűjtés nem történt.

Halász és Lannert (2000) az ÁNTSz iskolaorvosi vizsgálatainak adatait közli az 5–17 évesek között előforduló betegségekről és egyes rizikótényezők előfordulásáról. Sajnos ezekből sem lehet a rehabilitáció szükségleteire következtetni. Az adatok elsősorban könnyen felfedezhető és kezelhető állapotokra korlátozódnak, így pl. lúdtalpra, szemüveg viselésére, illetve olyan gyűjtőfogalmakra – pl. mozgásszervi betegségek –, amelyek sajnálatos módon a szükségletek meghatározására alkalmatlanok. Figyelemre méltóak viszont a deviancia különböző formáinak, ezen belül a drogfogyasztás gyorsan növekvő előfordulására, valamint szülői viselkedésforma és a szociális helyzet ezeket befolyásoló szerepére vonatkozó adataik.

Göllesz (1984) bemutatta, hogy a gyógypedagógiai intézmények iskolaegészségügyi ellátásában különböző szakorvosok milyen gyakorisággal vesznek részt konziliáriusi minőségben. Első helyen az ideg- elmegyógyászok állnak, akiket a fül-, orr-, gégeész szakorvosok, a gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok, szemészek stb. követnek. Ezekből az adatokból is csak indirekt következtetések vonhatók le.

Más munkákban egyes károsodási csoportok előfordulási gyakoriságáról találhatunk adatokat. Az adatok, becslések értéke, megbízhatósága különböző. Bár ezek közelebb vihetnek a szükségletek felismeréséhez, meg kell jegyezni, hogy sem a súlyossági fokozatra, sem a konkrét rehabilitációs és/vagy különmozgatósi szükségletre nem terjednek ki. Így pl. az infantilis cerebrális paresis előfordulási gyakorisága becslés szerint 2-4% (Fekete 2000). Balázs (2000) ugyancsak külföldi becslések alapján 10–25 tízezrekre teszi az autista csoportba tartozók lakosságon belüli arányát, ezen belül a nukleáris csoportot 4 tízezrekre. Az epilepszia előfordulása Halász (1999) szerint 0,5–1,0% között



van. Azt nem tudjuk, körükben milyen arányban fordulnak elő rehabilitációs szükségletek.

A mozgásukban károsodott személyek rehabilitációs szükségleteiről hasznos adatokat találhatunk a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ 1996) felmérésében. Két egymást követő évben 6120, illetve 1330 fő bevonásával, kérdőíves módszerrel végeztek felmérést. A válaszoló fiatalok a továbbtanulásukat korlátozó tényezők között meglepő módon leggyakrabban azt említették, hogy nem szerettek tanulni, illetve nem kaptak elegendő szülői támogatást. Mozgáskorlátozottságukat és azt, hogy nem tudtak eljutni az iskolába, csak kevesebben jelezték. Ezek az adatok ismét felhívják a figyelmet az egyéni és a környezeti tényezők fontosságára.

A leggyakrabban használt segédeszközök a bot, mankó, járókeret és az ortopéd cipők, ortézisek, protézisek. A lakáson belül a kapaszkodók, tusolószek, szobai WC és a különböző kerekesszékek fordulnak elő. A manipulációt segítő eszközök használatára alig mutatkozik igény. Személyi segítséget a felmérésben résztvevők napi 1-2 órában vesznek igénybe, leginkább hely-, helyzetváltoztatás, valamint háztartási munka és szabadidős tevékenységek céljából. Egészségügyi szolgáltatásokat sokan rendszeresen vesznek igénybe. A passzív eljárások (gyógyfürdő, fizikoterápia) kedveltek elsősorban, az aktív eljárásoké (gyógytorna különböző formái) a kíváncsnál kevésbé. A rendszeresen tornázók aránya alig 32%.

A WHO korábbi becslései szerint minden ország lakosságában mintegy 10% körül várható fogyatékoság (WHO 1976). Később, a lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások szervezése során azt tapasztalták, hogy egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra sehol nem volt a lakosság ilyen arányában szükség (Periquet 1984). A két tény természetesen nincs ellentmondásban egymással. A beszédzavarban szenvedő gyermekek jelentős része pedagógiai, pontosabban logopédiai támogatást igényel. A fogyatékos egyének becsült összes számában, illetve arányában benne foglaltatnak. Rehabilitációs szolgáltatásokra szükségük van. Egészségügyi rehabilitációs szolgáltatásra azonban csak elenyésző kisebbségüknek van szüksége. A problémák zöme olyan funkcionális jellegű, amely kizárólag az említett pedagógiai tevékenységgel jól kezelhető.

Kiemeljük, hazai adatok is alátámasztják, hogy a rehabilitáció iránti szükségletet fokozza a többszörösen hátrányos helyzet, így pl. a kisebbséghez – Magyarországon különösen a cigánysághoz – tartozás, a kistelepülésen élés és a kedvezőtlen családi környezet (Forray 1998; Illyés és Bass 1986; Tót 1997). A legújabb amerikai kutatások is megerősítik, hogy ez a helyzet nem változott (Articles 2006).

A pusztán orvosi adatokon alapuló becslésekkel további problémák adódnak. A fogyatékosági adatok híján nem alkalmasak a rehabilitációs szükségletek pontosabb meghatározására sem. Csupán ezek alapján nem lehet meghatározni, hogy milyen összetételű rehabilitációs team szükséges, milyen munkaintenzitást fog követelni az ellátás, vagy hol, intézetben vagy közösségben történhet-e ideálisan a rehabilitációs szükségletek kielégítése. Az utóbbi szem-

pont eldöntését egyébként olyan további tényezők is befolyásolják, mint pl. az infrastruktúra fejlettsége vagy a kulturális hagyományok.

## A fogyatékos emberek jelenlegi hazai egészségügyi ellátása, előnyei, korlátai

### Hozzáférés a rehabilitációs egészségügyi ellátáshoz

Az előző fejezetben bemutattuk, hogy a hazai egészségügyi adatszolgáltatás (és hasonlóképpen általában a külföldi is) a rehabilitációs szükségletek felmérésére nem alkalmas. Nem sokkal jobb a helyzet a pedagógiai rehabilitáció területén sem. Pedig ez a rehabilitáció azon két területe, ahol még leginkább rendelkezünk hazai adatokkal. Most megvizsgáljuk, mi a helyzet a szolgáltatásokkal kapcsolatban. Milyen rehabilitációs területeken, mely diagnosztikai főcsoportokban milyen számban részesülnek rehabilitációs ellátásban az emberek. A bemutatott adatok az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) keretében az Országos Orvosi rehabilitációs Intézet (OORI) felé – elvben kötelezően, de gyakorlatilag soha sem teljes körűen, de azt megközelítő mértékben – szolgáltatott adatok feldolgozásának eredményei, illetve az OPNI hasonló adatai (Kertész 2000).

#### 5. TÁBLÁZAT

MOZGÁSSZERV REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOKON REHABILITÁLT SZEMÉLYEK SZÁMA  
FŐ BETEGSÉGCSONPORTOK SZERINT 2004-BEN, AZ OORI ADATAI ALAPJÁN

Betegségcsoport	Vidéken	Budapesten
Agyi érbetegségek	9287	1651
Perifériás (végtagi) érbetegségek	3178	1628
Baleseti sérültek	5214	1882
Reumás megbetegedések	21145	3502
Egyéb	10658	2018

Az 5. táblázatból két dolog azonnal feltűnik. Az első, hogy lényegesen kevesebben kaptak rehabilitációs szolgáltatásokat, mint az a korábbi táblázatokban – ahogyan arra utaltunk is – az adatgyűjtés természetéből következően erősen túlméretezett becslések alapján elvárható lenne. A másik feltűnő jelenség, hogy a vidék – Budapest megoszlás adatai nem tükrözik a vidék, illetve Budapest közötti kb. 4:1 lakossági arányt, legalább is nem minden bemutatott területen. Ez utóbbi jelenség magyarázatára a későbbiekben visszatérünk.

Nem változik lényegesen a helyzetkép akkor sem, ha a belgyógyászati rehabilitációs adatokat is hozzáadjuk az előzőekhez (6. táblázat). Belgyógyászati rehabilitációs osztályokon is sok mozgássérült ember kap ellátást. Sőt, pszichiátriai betegségekkel is kerülnek, főként idős emberek belgyógyászati rehabilitá-

ciós osztályokra. Kézenfekvő a további következtetés, nem tisztított profilokkal dolgoznak a különböző rehabilitációs osztályokon. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon ellátottak több mint fele mozgásszervi vagy pszichiátriai állapot miatt kapott ellátást, az egyéb csoportban lévő belgyógyászati állapotok vannak kisebbségben.

## 6. TÁBLÁZAT

### BELGYÓGYÁSZATI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOKON REHABILITÁLT SZEMÉLYEK SZÁMA FŐ BETEGSÉGCSOPORTOK SZERINT 2004-BEN, AZ OORI ADATAI ALAPJÁN

Betegségcsoport	Vidéken	Budapesten
Agyi érbetegségek	252	1810
Perifériás (végtagi) érbetegségek	148	447
Baleseti sérültek	56	569
Reumás megbetegedések	248	1274
Pszichiátriai megbetegedések	104	658
Egyéb	3432	3646

A pszichiátriai rehabilitációs osztályokon ellátottak száma sem közelít meg általában hasonló ok miatti kórházi ellátási esetszámokat (7. táblázat). Az is feltűnő, hogy a különösen nagy kórházi ellátási esetszámú állapotokban (alkohol- és drogfüggőség, szkizofrénia és paranoid állapotok) a rehabilitációs esetszámok nem különböznek lényegesen a többi csoport ellátási esetszámaitól. Ezt pusztán szakmai okokkal nehéz lenne megmagyarázni.

Az ellátás, a rehabilitációs szolgáltatások elérésének további egyenlőtlenségeire mutathatunk rá a kínálati oldal, vagyis a rehabilitációs ágyszámok egyéni megoszlásának bemutatásával (1. ábra). Az ábrán a mozgásszervi rehabilitációs ágyak megoszlását mutatjuk be, de hasonló vagy még egyenlőtlenebb a kapacitás megoszlás jelenlegi helyzete más szakmai területeken is, így különösen a kardiológiai rehabilitációban, ahol a kapacitás döntő része két állami intézetben, Balatonfüreden és Sopronban létesült.

## 7. TÁBLÁZAT

### PSZICHIÁTRIAI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOKON REHABILITÁLT SZEMÉLYEK SZÁMA FŐ BETEGSÉGCSOPORTOK SZERINT 1999-BEN, AZ OPNI ADATAI ALAPJÁN

Betegségcsoport	Ellátottak
Alkohol- és drogfüggőség, pszichózisok	4864
Szkizofrénia, paranoid állapotok	4522
Affektív zavarok	4469
Demenciák	3233
Mentális retardáció	511
Neurotikus és más viselkedési zavarok	3265
Egyéb	4027

Mozgásszervi rehabilitációs ágyakban ott van elsősorban többlet, ahol állami szanatóriumok (Harkány, Hévíz, Sopron-Balf) váltak rehabilitációs intézetekké,

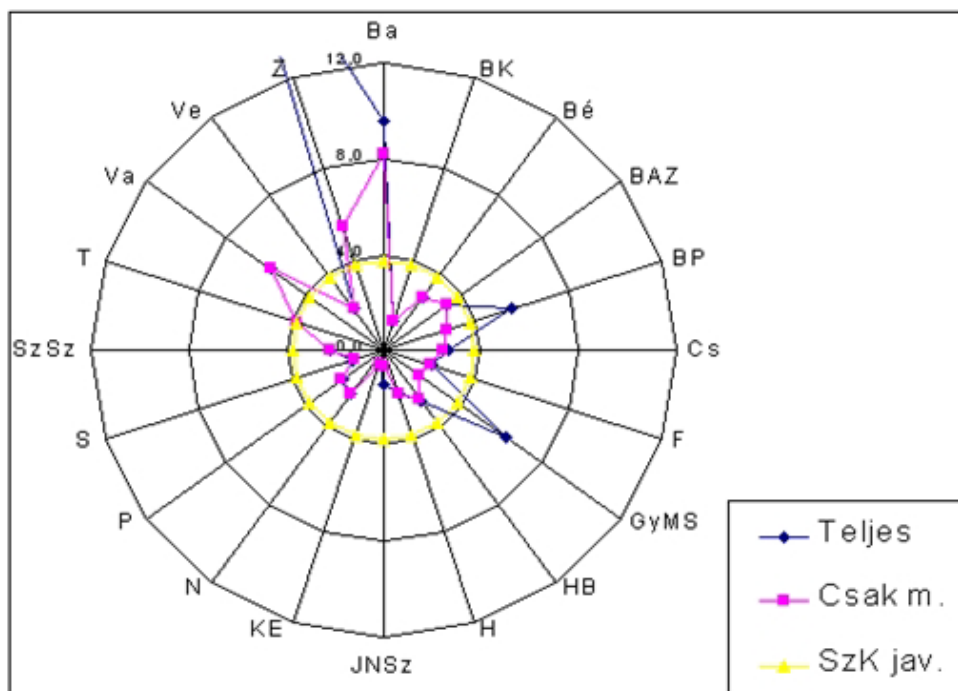


beleértve a más tárcákhoz, pl. honvédséghez, államvasúthoz tartozó intézményeket is, illetve ahol országos intézetek létesültek (Budapest: OORI, ORFI). Ezek az intézetek magas arányban vesznek fel „területen kívüli” betegeket. Az OORI éves forgalmának 60%-át immár több mint egy évtizede Budapesten kívüli, az ország összes megyéjéből származó mozgáskárosodott emberek képezik. Néhány megyében azonban a megyei mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma is meghaladja a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által kívánatosként megjelölt kapacitást. Érdekes, hogy ezek egy része is a hagyományos gyógyfürdőhelyeken (Harkány, Hévíz) létesült.

Ha ezen intézeteknek a betegségcsoportok szerinti összetételét is megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy feltűnően magas, esetenként 90% fölötti arányban reumás mozgásszervi megbetegedésben szenvedőket látnak el. Az ellátások jó része ismételt, évenkénti kezelést jelent. Ezt inkább karbantartó kezelésnek kellene neveznünk, nem pedig rehabilitációnak. Jelentősége nem lebecsülendő, fontos szekunder prevenciós feladat. A rehabilitációtól azonban más feltételrendszere (teamösszetétel, munkaintenzitás stb.) és a valós helyzetkép megítélése érdekében is elkülönítendő.

### 1. ÁBRA

A 10 EZER FŐRE JUTÓ MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS ÁGYAK  
MEGYÉNKENTI MEGOSZLÁSA 2002-BEN AZ OORI ADATAI ALAPJÁN  
(ZALA MEGYE 20,2‰O ÁGYARÁNYA JÓVAL A GRAFIKONON KÍVÜLRE ESIK,  
A KISEBB ÁGYSZÁMOK JOBB BEMUTATHATÓSÁGA ÉRDEKÉBEN.)



A rövidítések jelentése: Teljes = a megyében található teljes ágyszám;  
Csak m. = a megyében, önkormányzati tulajdonban lévő ágyak száma;  
SzK jav. = a Rehabilitációs Szakmai Kollégium által javasolt ágyszám.

Végül az is feltűnő az ábrán, hogy a megyék nagyobb részében a mozgásszervi rehabilitációs ágyak száma meg sem közelíti a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javaslatát. A következő fejezetben visszatérünk arra, hogy az itt bemutatott egyenlőtlenségek (hiányok, illetve „feleslegek”) mennyiben károsak, vagy éppen kedvezőek az ellátottak, az ellátásszervezés, illetve – az erőforrások korlátozott rendelkezésre állása mellett – a hatékony finanszírozás szempontjából.

A kórházi rehabilitációs kapacitás az évek folyamán több irányban változott (8. táblázat). Ezeknek a változásoknak szakmai magyarázatát nem mindig tudjuk adni. Valószínű, hogy jelentős hatással voltak a finanszírozási szabályok gyakori változásai, valamint egészségpolitikai változások. (1999-ben például 2901 rehabilitációs ágy szakmai profilját nem specifikálták.)

#### 8. TÁBLÁZAT

A KÜLÖNBÖZŐ PROFILÚ REHABILITÁCIÓS ÁGYAK SZÁMÁNAK VÁLTOZÁSA  
KIVÁLASZTOTT ÉVEK KÖZÖTTI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN, OEP-ADATOK ALAPJÁN

Év	Mozgásszervi	Kardiológiai	Pszichiátriai	Belgyógyászati	Egyéb	Összes
1994	1175	565	1181	324	1584	4829
1995	2803	1149	2772	2203	290	9217
1999	1585	1066	3621	1068	3453	10793
2001	3793	1136	4970	1262	817	11978
2004	4100	1175	4902	1300	900	12377

### Az ellátás minőségi jellemzői

Az eddigiekben a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás mennyiségi problémáival foglalkoztunk. A következőkben bemutatunk néhány ugyancsak közölt adatból átvett, illetve származtatott minőségi indikátort. A szakemberek arányszámai az ellátó struktúrát, az átlagos ápolási idők és halálozási arányok a munka folyamatát, illetve eredményét minősítik (Kertész 2000).

**9. TÁBLÁZAT**  
**BELGYÓGYÁSZATI ÉS MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOK**  
**SZEMÉLYZETI ELLÁTOTTSÁGA\*, ÁTLAGOS ÁPOLÁSI IDEJÉNEK**  
**ÉS HALÁLOZÁSÁNAK SZÉLSŐÉRTÉKEI 2004-ES OORI-ADATFORRÁS ALAPJÁN**

Indikátor	Mozgásszervi rehabilitációs osztály	Belgyógyászati rehabilitációs osztály
Adatot szolgáltató osztályok száma	94	28
Összes orvos/osztály	2,31	2,50
Ápoló/osztály	10,54	13,04
Gyógytornász, konduktor/osztály	2,08	1,57
Foglalkoztató terapeuta/osztály	0,23	0,04
Logopédus/osztály	0,19	0,04
Pszichológus/osztály	0,27	0,11
Szociális munkás/osztály	0,05	0,21
Átlagos ápolási idő (nap)	22,1 (6,8–68,7)	31,5 (6,0–133,3)
Halálozás (%)	0,9 (0,1–19,1)	10,7 (0,1–48,1)

\* csak a teljes állásban az osztályon dolgozók adatait tüntettük fel, egyes osztályokon vannak részállású, illetve egyszerre több osztályon dolgozó munkatársak is

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok személyzeti ellátottsága valamelyest jobb, mint a belgyógyászati profilú osztályoké, de semmiképpen nem mondható kielégítőnek. (Előzőleg bemutattuk, hogy a valódi ellátási tevékenység, a felvett betegek összetétele nem tükrözi minden esetben az osztályok elnevezését.) Az adatok messze elmaradnak a tárca által korábban nyilvánosságra hozott minimumfeltétel-elvárásaitól. Újabban nem írnak elő kötelező létszámokat, csak szakterületeket. Talán a foglalkoztató- (ergo-) terapeuta-hiány a leginkább szembetűnő. Ennek természetes oka van, Magyarországon csak az elmúlt években kezdődött meg a képzésük. Korábban más alapképzettségű munkatársak autodidakta-, esetleg külföldi tanulmányúton történt továbbképzés után vállalkoztak a feladat ellátására. Létszámuk még hosszú évekig nem lesz kielégítő.

Az átlagos ápolási idő adatai sem kedvezőek. Általában 30 nap körüli az érdemi kórházi rehabilitációs idő. Hasonlóak a külföldi értékek is (Roy és mtsai 1988). Az ennél lényegesen rövidebb ápolási idő mögött az a jelenség húzódhat meg, hogy az átalánydíj (HBCs) miatt az aktív osztályokon már veszteségesen ellátható, hosszú ápolási idejű betegeket helyezik át a napidíjas finanszírozású rehabilitációs osztályokra a hazabocsátás előtti időben, esetleg a súlyos állapotú betegeket halálukig. Utóbbi véleményt alátámasztja az az eredmény is, hogy több hosszú ápolási idejű osztálynak is magas a halálozási arányszáma.

A halálozási arányszám függ az adott szervezeti egység által művelt szakmai profiloktól, valamint a fogadott betegek állapotának súlyosságától is. Elemézve a halálozás adatait, itt is nagyok a különbségek, és elfogadhatatlan értékek is találhatók. Ezen a téren szintén a mozgásszervi rehabilitációs osztályok adatai kedvezőbbek, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az itteni legmagasabb

érték egyetlen osztályra jellemző, a következő legmagasabb halálozási arányszám 8,8% volt. A belgyógyászati rehabilitációs osztályokon meglehetősen általános a magas halálozási arány.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2%-ban határozta meg az elfogadható határértéket. Ha ennél magasabb arányszámokat találunk, az két dologra utalhat. Egyrészt lehet, hogy előzetes konzílium, a rehabilitációra való alkalmasság vizsgálata nélkül veszik fel a betegeket. Ilyenkor nem hatékony a kapacitások kihasználása. Másrészt az is előfordulhat, hogy nem rehabilitációs tevékenységet, hanem krónikus ellátást végeznek – erre utalnak az igen alacsony egészségügyi szakdolgozói létszámok is. Az sem helyes, ha egyetlen osztályon, egymás mellett fordul elő a végstádiumú betegek ellátása és a rehabilitáció. Ilyen környezetben nagyon nehéz világos rehabilitációs célokat kitűzni, nehéz a rehabilitálandó egyéneknek a rehabilitációban nélkülözhetetlen együttműködését, saját munkáját, elvárni vagy megkövetelni.

A mozgásszervi rehabilitációs osztályok és szakambulanciák működésének jellemzőit más módon foglalja össze a 10. táblázat. Ezzel kapcsolatban kiemeljük, hogy az ambulanciák növekvő betegforgalma is az osztályos orvosokat terheli. Ha azt is tekintetbe vesszük, hogy csak általában orvosokat tartunk nyilván, és hogy a rehabilitációs szakorvosok még kevesebben vannak, akkor jól megítélhető az ellátás esendősége.

#### 10. TÁBLÁZAT

##### MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYOK KIVÁLASZTOTT MŰKÖDÉSI ADATAI AZ OORI ADATAI ALAPJÁN AZ ADATOKAT SZOLGÁLTATÓ OSZTÁLYOKON

	Budapest		Vidék	
	1991	2004	1991	2004
Ágyszám	626	868	855	3122
Betegforgalom		11181	9090	49482
Halálozás	1,2	0,7	2,3	0,9
60 éven felüliek aránya	26,7%	53,7%	50,4%	55,4%
Ágy/orvos		16	13	18
Ágy/pszichológus		72	285	260
Ágy/ápoló		3,4	3,4	3,9
Ágy/gyógytornász és konduktor		10	11	26
Ágy/logopédus		174	66	240
Heti rendelési óraszám	72	480	16	824
Szakambulanciák évesbetegforgalma	28537	23732	6531	98506

A járó betegként nem rehabilitálható betegek szakszerű ápolását minimum 2 ágyanként egy ápolóval lehetne jól megoldani. Ennek a létszámnak csaknem a fele hiányzik. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban ennél is magasabbak az ápolói létszámnormák. Pszichológus, logopédus alig van, azok is nagyrészt részmunkaidőben dolgoznak. Ezért megoldatlan a lelki támogatás, és a stroke-betegek rendszeres logopédiai kezelése is. Szakszerű mozgáste-

rápia gyógytornász és/vagy konduktor nélkül aligha képzelhető el. A központi gyógytornászszolgálatok emberei az egész intézmény aktív és krónikus osztályait, gyakran a járó betegeket is ellátják. Munkarendjük nem teszi lehetővé azt, hogy a rehabilitációs team munkában részt vegyenek.

Kritizálható, hogy nem a legújabb adatok szerepelnek a táblázatokban. Talán helyesebb a már publikált, ellenőrzött adatok bemutatása, illetve felhasználása további számítások végzéséhez. Más részről a frissebb adatok alapján megállapítható, hogy bár tapasztalható szerény, jó irányú fejlődés a halálozási mutatókban, egyes osztályok személyzeti összetételének alakulásában, lényeges változás az utóbbi években nem történt.

## Az egészségügyi rehabilitáció jövője, teendői

Összegezve az eddigieket, az orvosi rehabilitáció intézményrendszere az elmúlt két-három évtizedben fokozatosan alakult ki. Először mozgásszervi, kardiológiai és pszichiátriai betegeket rehabilitáló osztályok jöttek létre. A gyermekek rehabilitációjára csak néhány osztály és néhány gyermekszanatórium vállalkozott. A rehabilitációs ágyszám jelentősen nőtt, új rehabilitációs profilok jelentek meg (belgyógyászati, tüdőgyógyászati, emésztőszervi, nőgyógyászati rehabilitáció). A fejlesztést kevésbé szakmai, mint szervezési okok motiválták.

E fejlődés eredményeképpen a felnőttek számára a rehabilitációs ágyszám összességében elegendő lenne. A területi és szakmai aránytalanságokat azonban meg kell szüntetni.

## Szervezési kérdések

Az orvosi rehabilitációban az a nemzetközi trend figyelhető meg, hogy a fekvőbeteg-ellátás egyre jobban aktivizálódik, egyre inkább az intenzív ellátás körébe is tartozó tevékenységeket alkalmaz, és költségei is fokozódnak. A költségekhez jelentősen hozzájárulnak a széleskörű multidiszciplináris team által végzett további élőmunka- igényes tevékenységek, mint pl. a gyógytorna, az ortézissel vagy művégtaggal történő ellátás, a járástanítás, a foglalkoztató terápia, a pszichés és a szociális problémák kezelése. Az átlagos ápolási idő jóval meghaladja az aktív osztályokét.

Az Egyesült Államok mintegy 10 kiemelt intézetében, amelyek a legsúlyosabban sérült betegek magas szintű ellátását végzik, biztosítják a tényleges költségek alapján történő finanszírozást, a tevékenységek szoros ellenőrzése mellett. E tételes elszámolású intézetekben is van felső határa a költségek elszámolhatóságának. (Ilyen kiemelt finanszírozású intézet a Kessler Intézet New York mellett, illetve a National Hospital of Rehabilitation Washingtonban, amelyeknek szakmai profilja az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetéhez hasonló. Körülményeik lényegesen jobbak.) Ha az amerikai példát vesszük alapul, akkor lakosságarányosan Magyarországon egyetlen ilyen intézet is elegendő lehetne. A lényegesen kevésbé fejlett infrastruktúra miatt a hazai fejlesztést

mégis inkább néhány, regionálisan jól elhelyezkedő intézetre kellene alapozni. Budapest mellett az egyetemi városok, és legfeljebb még egy intézet Északnyugat-Dunántúlon lehetnének a regionális központok.

A másik megfigyelhető trend az, hogy az ellátás egyre nagyobb volumenét járóbeteg-ellátás, illetve nappali kórházi körülmények között biztosítják. Ennek természetesen vannak infrastrukturális feltételei. Jó kommunikációs hálózatok, akadálymentes intézetek, megbízható szállítószolgálat – és természetesen elegendő személyzet – szükséges (Beswick és mtsai 2004; Legg és Langhorne 2004).

Az alapellátásban is sok rehabilitációs tevékenység elvégezhető, ha ott rendelkezésre áll a megfelelő team. Egy finnországi egészségügyi központban az alapellátás öt orvosát 85 további teamtag, a korábban már felsoroltak egészítették ki. A központ tornateremmel, foglalkoztató terápiás helyiséggel, egyéni és csoportfoglalkozásra alkalmas helyiségekkel is rendelkezett.

Nálunk az otthon ápolási szolgálatok fejlődése, valamint az a lehetőség, hogy gyógytornászt, beszédterapeutát is alkalmazhatnak, hasonló fejlődés lehetőségét teremti meg. Itthon még bizonytalan a koordináció az alapellátás orvosa és az otthon ápolási szolgálat között. Nem alakult ki igazi teammunka. Korlátozottak a kezelések ismétlésének lehetőségei. Gyakran alkalmaznak kontrollálatlan fizioterápiát. Ennek az esetleges szakmai hiba mellett az a veszélye is fennáll, hogy a rehabilitációra szoruló egyénben a passzív kezelések iránti vágyat erősíti, szemben a saját munkával. Ezeket a nehézségeket fokozatosan le kell küzdeni.

Nálunk jóval gazdagabb skandináv, illetve észak-amerikai országokban is kimutatták, hogy a kevésbé súlyos esetekben a rehabilitáció fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott formája csak a költségeket emelte. Nem voltak lényegesen jobbak a funkcionális eredmények, nem nőtt a munkába sikeresen visszatérők száma, illetve nem rövidült érdemlegesen a betegállományban töltött idő. A költségek között azonban jelentősek voltak a különbségek (Cole és mtsai 1997; Kronholm és Utkilen 1998; Ezrachi 1998).

Más részről, a legsúlyosabban fogyatékos emberek rehabilitációját, akiknek a teljes multidiszciplináris team igen intenzív munkájára van szüksége, csak erősen szakosodott intézetekben lehet hatékonyan ellátni. Ezek az állapotok lényegesen ritkábbak. Az erőforrások koncentrációja szükséges.

Végül további két szempontot említünk, amelyek befolyásolják a rehabilitációs szolgáltatások nyújtásának helyét. Idős emberek nehezen viselik el, ha megszokott környezetükből kiszakítják őket. Az idősödő társadalmakban – így hazánkban is – egyre nagyobb számban vannak olyanok, akik rehabilitációs szolgáltatásokra szorulnak. Részükre sokkal jobb, ha azt otthonuk közelében, otthonukból a lehető legkevésbé kiszakítva kapják meg.

A másik szempont az egészségügyi ellátással kapcsolatos lakossági elvárások és kultúra. Közép-Európában ez inkább az intézeti, fekvőbeteg-ellátást preferálja. Kedveltek a szanatóriumok, szeretjük, ha „betegségünk” idején kiszolgálunk. Az ilyen mélyen gyökerező kulturális jelenségeket nehéz megváltoztatni.



Végül is egyetértünk Eldar (2000) javaslatával, aki integrált rehabilitációs szolgáltatások létesítése mellett érvel. A kórházi rehabilitációs szakasz jelentőségét az aktív tennivalók elvégzésében és a további időszakra a tervekészítésben látja.

### *Az ellátás minősége*

Már a rendszerváltás előtt voltak törekvések arra, hogy a rehabilitáció személyi és tárgyi feltételeinek kialakítása egységes szempontok szerint történjen, de ezek nem bizonyultak megvalósíthatónak. A rendszerváltást követően a finanszírozás átalakítása az orvosi rehabilitáció intézményrendszerének extenzív fejlődését eredményezte. Az aktív osztályokon az ápolási idő csökkentése vált kifizetődővé, a krónikus osztályok rehabilitációs profil deklarálásával jutottak magasabb finanszírozáshoz. A szanatóriumok OEP-finanszírozása is csak rehabilitációs tevékenység kinyilvánítása esetén volt biztosítható. Az intézményrendszer növekedése nem járt együtt a személyi és tárgyi feltételek biztosításával. A rehabilitációs osztályok finanszírozása kizárólag az ÁNTSZ által kiadott működési engedélytől függ. Az engedélyek kiadásának sokszor nem feltétele a rehabilitációs szakfelügyelet jóváhagyása.

A rehabilitációhoz szükséges tárgyi feltételek viszonylag szerények. A rehabilitációs osztályokon azok szakmai profiljától függetlenül nélkülözhetetlen az akadálymentes környezet, ahol kórtermekben egy ágyra legalább 6-8 négyzetméter felület jut, és az osztály (épület) összes helyiségei kerekesszékekkel is megközelíthetők és használhatók. A terápiás profilnak és a rehabilitációs szemléletnek megfelelő kezelőhelyiségek, tornaterem, foglalkoztató-terápiás, fizioterápiás, pszichoterápiás helyiség, közös étkező, és szabadidő eltöltésére alkalmas helyiség állnak rendelkezésre.

Az orvosi rehabilitáció legfontosabb feltétele a szakképzett team megléte. A munkacsoportban a speciális profiltól függetlenül is legalább rehabilitációs szakorvos, szakápoló, gyógytornász, pszichológus, foglalkoztató-terapeuta és szociális munkás közös munkájára van szükség.

A rehabilitáció eredményeinek mérésére speciális funkcionális skálák szolgálnak. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium a funkcionális skálák használatát szükségszerűnek tartja. A felvételnél, valamint az elbocsátás előtt végzett funkciófelmérést a rehabilitációs osztályok működésének minőségére jellemző indikátorként ajánlja használni.

Az OORI-ban, és több hazai rehabilitációs osztályon, évek óta végezzük a fogyatékoság felmérését, mind felvételnél, mind a páciensek hazabocsátásakor, különböző, a fogyatékoság típusának megfelelő speciális, valamint a mindennapi élettevékenységeket jelző általános tesztekkel (Dénes 2001; Kullmann és mtsai 1985, Szél 2000).

Hasonló funkcionális állapotfelmérésnek a finanszírozásban való megjelenítését szorgalmazták Wilkerson és munkatársai (Wilkerson és mtsai 1992). Elképzeléseik szerint vagy a valamilyen időpontban mért fogyatékosági fokozat

(súlyosság), illetve annak időbeni változása szerint (pl. felvétel és elbocsátás, elbocsátás és egy kontrollidőpont között) végzett besorolás alapján történhetne a finanszírozás, vagy az egyéb alapon történő finanszírozás igazolását tenné lehetővé a funkciófelmérés. A páciens bizonyos teljesítménye felett így nem lenne igazolható az intézeti felvétel, mert további eredmény elérésének magasabb költségeit az már nem indokolja. Egy ilyen rendszer azonban szükségszerűen bonyolult, kellően érzékeny és megbízható felmérő eljárásokat igényel, ezért növelheti a költségeket, manipulálható, illetőleg manipulációra készítheti a szakszemélyzetet. Ezért tehát kevésbé a finanszírozás alapjaként, mint a szakmai munka minőségének egyidejű – a költségviselő által is követhető – ellenőrzésére alkalmas módszernek gondoljuk.

Hasonló gondolatmenet alapján, Magyarországon először Szél és Halmos (1994) stroke-betegek rehabilitációjára dolgoztak ki minőségi indikátorokat. Meglepetéssel tapasztaltuk később, hogy az Australian Council on Healthcare Standards (1997) nagyon hasonló minőségi indikátorokat dolgozott ki általában az orvosi rehabilitáció területére. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium e két dokumentum alapján, valamint angol rehabilitációs szakmai irányelveket (Turner-Stokes 2002) figyelembe véve tett javaslatot az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumnak a rehabilitációban alkalmazandó minőségi indikátorokra (11. táblázat). Az indikátorok kialakításánál figyelembe vettük, hogy kevés és túlterhelt a személyzet és sok az adminisztrációs kötelezettség.

Magyarországon az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter 2001-ben Kórházi Ellátási Standardokat (KES) hirdetett ki. A standardok kifejlesztése külföldi rendszereket mintául véve, a hazai feltételeknek megfelelően átalakítva, kórházak részvételével történt.



**11. TÁBLÁZAT**  
**A REHABILITÁCIÓS SZAKMAI KOLLÉGIUM ÁLTAL BEVEZETÉSRE JAVASOLT**  
**MINŐSÉGI (FOLYAMAT- ÉS EREDMÉNY-) INDIKÁTOROK**

Indikátor megnevezése	Indikátorszámítás metodikája	Egysége	Hazai elfogadható érték, tartomány	Nemzetközi elfogadható érték, tartomány
Funkcionális állapotfelmérés felvételkor	A felvételt követően maximum 5 napon belül elvégzett funkcionális állapot felmérés/felvett betegek száma X 100	%	javaslat: 95%	72–95%
Funkcionális állapotfelmérés távozáskor	Az elbocsátást megelőzően végzett funkcionális állapot felmérés/elbocsátott beteg száma X 100	%	javaslat 80%	54–96%
Team megbeszélésen való részvétel	A rehabilitációs team által dokumentáltan megvitattott betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	javaslat 95%	90–100%
Nem tervezett áthelyezés	Az előre nem tervezett kórházi elhelyezések száma/felvett betegek száma X 100	%	javaslat 20%	70% (amputáltak, korai rehab.)
Halálozás	A rehabilitációs osztályon meghalt betegek száma/felvett betegek száma X 100	%	2%	
Halálozás auditálása	A halálozás miatt dokumentáltan auditált betegek száma/elhalálozott betegek száma X 100	%	100%	100%

Érdekes módon, Magyarországon – az európai uniós országok többségét megelőzve – az ISO-9000 szabványcsaládon alapuló kórházi minőség, megfelelőség tanúsítás honosodott meg. Ennek volt egyfajta verseny szülte magyarázata. Az iparban már működő rendszert alkalmazták, hiszen hazai kórházi ellátásistandard-rendszer a 90-es évek közepe táján még nem létezett. Ugyanakkor a kórházak átszervezési, finanszírozási fenyegetettséget éreztek, amelyből egyfajta menekülési útnak gondolták a tanúsítást. Az ISO alapú folyamat-szabályozás nem mindenütt váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ez főleg olyan kórházakra jellemző, ahol külső szakértők támogatásával ugyan kialakították és tanúsították is a rendszert, de az nem vált az intézeti kultúra részévé (Belicza és Kullmann 2003). A külső tanácsadók és a tanúsítási eljárás, az ismételt felüyeleti auditok költségesek is.

Hollandiában létrehoztak egy szervezetet (Centraal Begeleidingsorgan voor de Intercollegiale Toetsing = CBO), amely a szakmai társaságok bevonásával, látogatásokon, ún. vizitáción alapuló minőségfejlesztést és tanúsítást végez. Ez tipikusan kollegiális minőségi felülvizsgálat, központi szervezésben (Lamberts 1996). Nagy előnye, hogy a szakmai minőségre koncentrálnak, kevésbé költséges, szűkebb szakmai területekre vonatkozik.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium és a Rehabilitációs Orvoslás és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága felismerve a holland módszer előnyeit, intézetünk munkatársaival együtt kidolgozott egy hasonló rendszert. A vizsgálati szempontok kidolgozása során figyelembe vettük a CARF standardokat és Eldar irodalomkutatásának eredményeit is (CARF 2000; Eldar 1999; ORFMMT 2003). A jelentkezés önkéntes alapon történik. A látogatás során vizsgálandó kérdés-csoportok listáját mutatjuk be. (A teljes lista 78 vizsgálandó kérdést tartalmaz.)

- Dokumentáció (benne betegtájékoztató, betegpanaszok, funkciók felmérése is)
- A betegekhez vonatkozó adatok, tapasztalatok (köztük az állapot súlyossága, minőségi indikátorok is)
- Szakember-ellátottság
- Kapcsolatok (többek között szociális szolgálatokkal, a fogyatékos emberek érdekvédelmi szövetségeivel)
- Építészeti akadálymentesség, adaptáció (pl. telefonálási lehetőség)
- Technikai felszereltség
- Az osztályok működése (teammunka, minőségfejlesztés, prevenciós programok stb.)
- A személyzet továbbképzése (benne klinikai auditok, könyvtári szolgálat, publikációs tevékenység is)

Eddig négy hazai rehabilitációs intézetben, osztályon történtek kollegiális felülvizsgálati látogatások. A tapasztalatok feldolgozása folyamatban van. A résztvevők egyöntetűen állítják, hogy segíti a jó tapasztalatok átadását, az ellátás minőségének fejlesztését.

Következtetések:

Ahhoz, hogy a mai rehabilitációs ágyak valódi rehabilitációs kapacitást jelentsenek, a személyi feltételeket lényegesen kell javítani, mert jelenleg nem biztosítottak a szakszerű rehabilitációs tevékenység feltételei.

1. A járóbeteg-ellátás keretében nyújtott rehabilitációs szolgáltatások komoly fejlesztésre szorulnak.
2. A hatékony szakmai felügyelet és a tényleges, jó minőségű teljesítményre épülő finanszírozás kialakítása megkerülhetetlen.
3. A teljesítmény- és minőségellenőrzés rendszerét a rehabilitációban „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” alapján célszerű működtetni. Ehhez bizonyos adatokkal a rehabilitációs osztályok

többsége rendelkezik, más területeken az állapotfelmérés, adatgyűjtés rendszerét ki kell alakítani.

4. A szakmai minőségfejlesztés monitorozására hollandiai kollegiális látogatás megfelelő módszernek tűnik.

## Az egészségügyi rehabilitáció helye az önálló életvitel, a teljes körű foglalkoztatás rendszerében

### Az orvosi modell és a fogyatékoság

Mi lehet az oka annak, hogy az orvoslás döntő mértékben az adott emberrel csak mint biológiai lényvel foglalkozik? Erre Lorentsen felfogása ad magyarázatot. Abból indul ki, hogy az ember teljesítőképesége összességében és rész-képességek vonatkozásában valamilyen adott szintet ér el. Ha ez a teljesítményszint elmarad a társadalmi elvárások szintjétől, akkor kialakul a fogyatékoság (Lorentsen 1982). Ez a felfogás tehát egyik oldalról az egyéni képességek és teljesítmény, másról a közösségi elvárások közötti meg nem felelésben látja a probléma lényegét.

Ezt a meg nem felelést két oldalról lehet befolyásolni. Egyrészt javíthatók az ember képességei és teljesítménye neveléssel, képzéssel, tanácsadással, kezeléssel és gyakoroltatással. Lényegében ezt teszi, erről az oldalról befolyásolja a kialakult problémát az orvostudomány és a gyógypedagógia is. Az orvoslás ezt elsősorban az emberre mint biológiai lényre hatva teszi. Másrésztől megváltoztatható a társadalom oldaláról felállított elvárás- és követelményrendszer. Változtathatók a társadalmi attitűdök. Ergonómiai eszközökkel átalakítható a környezet. Felszámolhatók az építészeti akadályok. Inkluzív irányban átalakíthatók a szabályozó rendszerek és szolgáltatások. Ez utóbbi tevékenységi területek inkább a társadalom-, a műszaki, az építészeti és városrendezési tudományok tevékenységi körébe tartoznak. Elsősorban ezekre a tudományterületekre épülnek a szociális modell kínálta megoldások.

Az orvosi rehabilitáció tehát a fogyatékos ember képességeit fejlesztve járulhat hozzá a fogyatékoság problémájának csökkentéséhez. Ehhez alapvető szüksége van a biológiai állapot felmérésére, mert tevékenysége döntően ennek javítására irányul. A hagyományos orvosi ellátás nem is céloz mást, mint a gyógyítást. Ma azonban egyre több a nem meggyógyítható, a krónikusan beteg ember. Ebben a helyzetben feltétlenül vitatható, hogy eleget tesz-e az orvos, ha csak gyógyít? A társadalmi közfelfogás szerint gyakran igen. Csak a rehabilitációs team vállalja a felelősséget az emberért a gyógyításon túl is. Ezért is változik az orvosi szemlélet éppen a fogyatékoság és a rehabilitáció oldaláról.

A bemutatott jelenségek azzal is járnak, hogy az orvosi gyakorlatban a problémáknak általában csak a biológiai oldala kerül feltárásra. Az orvosképzés a funkcionális diagnosztikát még nem tanítja. A rehabilitációt is csak jelképesen. Ennek további gyakori következménye, hogy még az orvosi rehabilitációs szük-

séglet sem válik nyilvánvalóvá. Az orvoslás lényegében megtartotta autokratikus és hierarchikus jellegét is. Ebben a beteg vagy fogyatékos ember nem aktív partner, különösen nem vitapartner, hanem döntések, utasítások passzív elszenvetője. A beteg tájékozott beleegyezése a kezelésbe törvény által előírt kötelezettség, mégis sokszor csak formálisan valósul meg. Az életminőség-vizsgálatokat ma még inkább csak gyógyszercégek végzik, termékeik előnyeinek alátámasztása, jobb eladhatósága érdekében. A gyakorló orvosokat csak most kezdi érdekelni betegek életének minősége. Életminőség-vizsgálatok segítségével tárható fel az egyes emberek vélekedése saját helyzetükről. Ennek ismerete pedig nagymértékben segítheti az együttműködést a rehabilitáció folyamatában. A változások felgyorsítását a képzési rendszer megváltoztatásával lehetne elősegíteni.

Az orvostudomány eddig keveset foglalkozott a kisebbségi és hátrányos helyzetek kérdéskörével. Friss adat, hogy a cigány lakosság életkilátásai az európai összehasonlításban amúgy is igen kedvezőtlen hazai adatokhoz képest férfiak esetében 12,5, nők esetében 11,5 évvel rosszabbak (Nagy 2003). A cigány lakosság egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretei hiányosak. Ennek kommunikációs és nevelési okai is vannak. Az egészségügyi szakembereknek több kommunikációs ismeretet kellene kapniuk képzésük során. Megfelelő egészségnevelési programok nagy valószínűséggel javíthatnának a helyzeten (Gyukits és Sándor 2003). A kisebbségi helyzet más hátrányos helyzetekkel kombinálódva az esélyeket tovább rontja. A képzettség hiánya vagy alacsony szintje, a fogyatékoság, a szegénység, a migráció, a kisebb településen élés és a rossz családi környezet mind ilyen további hátrányos tényezőként értékelendő.

A tradicionális szemléletet Magyarországon is kezdi felváltani az „önálló, önrendelkező életvitel mozgalma” (independent living movement), amely egyre szélesedő tevékenységet jelöl ki a rehabilitáció számára, amelynek célja a fogyatékos ember aktív és alkotó részvétele a társadalom életében, a lehető legnagyobb önállóság és függetlenség elérése mellett, és ezzel párhuzamosan a társadalom felkészítése az akadályozott emberek befogadására (Gadó 2000). Az orvosi rehabilitáció a folyamat első lépéseként ezt elő tudja segíteni, hiszen célja a funkcióképesség lehetőség szerinti helyreállítása, a rehabilitáció további szükséges területei felé az átirányítás és a lehető legjobb életminőség elérése.

Az önálló, önrendelkező élet elérésének egyik alapvető lépése foglalkozási rehabilitáció. Célkitűzése a munkába állítás úgy, hogy a fogyatékos ember társadalmi presztízse – és keresete – ne romoljon, hanem ha lehet, javuljon.

### ***A rehabilitáció folyamat jellege***

Jelentős problémaként jelenik meg az orvosi rehabilitációból a foglalkozási rehabilitáció felé átvezető út teljes hiánya Magyarországon. Ilyen jellegű tevékenységnek ma hazánkban nincs finanszírozása.

Az orvosi rehabilitációból a foglalkozási rehabilitáció felé történő átmenet legfontosabb eleme a foglalkoztató (ergo-) terápia. Tevékenységi körét igen gyakran az önellátó képesség tanítására egyszerűsítik le, holott az sokkal több tevékenységet tartalmaz. Így tevékenységi körébe tartozik többek között a pszichés, kognitív, motoros és szenzoros képességek és a munkára alkalmasság felmérése. További feladatai ideális esetben a terápiás munka lehetőségének biztosítása is.

Mindezt kiegészíti a jóllét megőrzése, a biológiai, pszichés és szociális funkciók, valamint a társadalmi visszailleszkedés támogatása, pl. a környezet megfelelő átalakításával; a tevékenykedő és a munkavégző képesség fejlesztése, gyakoroltatása, és az eredmények stabilitásának a próbája (Mógánné 1999).

A rehabilitáció folyamatos megvalósítása szempontjából fontos tevékenység a munkavégzéshez is szükséges adaptációs stratégiák kialakítása. Az adaptáció ebben az értelemben olyan folyamat, amely az egyén és környezete hasznos viszonyának fenntartását támogatja (Thorén Jönsson és mtsai 1999).

A munkába való visszatérést az egyén képességei mellett nagyon sok más tényező is befolyásolja. Janssen és munkatársai (2003) a munkába való visszatérés és a munkakövetelmények közötti összefüggéseket vizsgálták, és figyelemre méltó összefüggéseket találtak. A munkába való teljes visszatérést a pszichésen terhelő munkakörülmények és a munkavállalóval szembeni magas képességi követelmények valamelyest gátolták, munkahelyi (munkakör, munkaidő, munkakörülmények) adaptáció alkalmazása esetén azonban inkább motiváló hatásúaknak bizonyultak. Hasonlóan elősegítette a munkába való visszatérést a főnöki támogatás, amely nemcsak a betegállomány alatti érdeklődést, hanem a munkahelyi problémák kezelésében nyújtott segítséget is magában foglalta.

Úgy gondoljuk, hogy Magyarországon kifejezetten sok hátrányos tényező, ellenkező irányú motivációs hatás, különböző irányokban érdekelt finanszírozók, valamint szervezetlenség akadályozza a foglalkozási rehabilitációt és a rehabilitáció megszakításmentességét. Ezek a tapasztalatok a „case manageri” munka lehetséges jótékony szerepére hívják fel a figyelmet.

Mi is a case management? Az alábbiakban bemutatjuk céljait, tevékenységi területeit, szolgáltatásait és a case managerek munkájához szükséges ismereteket. Az összeállítást a Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities két standard kézikönyve alapján készítettük, és kiegészítettük néhány más forrás alapján (CARF 1995; 2000, Dembe 1997). Ezek szerint a case management célirányos, módszeres segítséget nyújt a fogyatékos embereknek a rehabilitáció teljes folyamata alatt, annak minden szakaszában.

Célja: a támogatott egyénnek az általa választott közösségbe történő újra integrálása. Ennek érdekében pozitív változások elérését segíti az egyén képességeiben és körülményeiben, miközben védi jogait.

Munkájának kiindulópontját az egyén szükségletei képezik. Minden egyes támogatott személyre szabott case management tervet készít a fenti cél elérése érdekében. Információkat gyűjt az adott emberről, valamint a szolgáltatásokról és szabályozókról. Megállapítja a számára szükséges szolgáltatásokat és anyagi eszközöket, (ezek egyénenként eltérőek lehetnek), és ezek biztosítását koordi-

nálja. Munkájáról írásos tájékoztatót készít. A case manager tehát koordinálja és támogatja az egyén ellátását a felvételtől a rehabilitációs folyamat lezárásáig.

A case manager szolgáltatásai a következők lehetnek:

- koordinálja az egyén szükségleteinek felmérését, értékelését
- koordinálja a szolgáltatások megtervezését
- krízishelyzetben koordinálja a segítségnyújtást
- támogatja az egyént külső pénzügyi források igénybevételeiben
- folyamatosan figyelemmel kíséri az ellátás és a munkába visszatérés folyamatát
- megszerzi azokat a szolgáltatásokat, melyek az egyén alapvető emberi szükségleteinek kielégítéséhez nélkülözhetetlen, pl.: élelem, lakás
- segíti a társadalmi újra beilleszkedést, ezen belül a lehetőség szerint önálló hivatásszerű munkavégzést.

A case manager alapképzettsége korábban a leggyakrabban diplomás ápoló volt, újabban inkább foglalkoztatási, ergonómiai szakembereket alkalmaznak.

Kompetenciája a következő:

- ismeri a fogyatékoságok különböző fajtáit
- ismeri a rehabilitáció lehetőségeit (szolgáltatók, tevékenységek)
- ismeri a jogszabályi környezetet
- megfelelő ismeretekkel rendelkezik a felhasználható pénzügyi forrásokról
- jó tárgyalási készséggel kell rendelkeznie.

A case management nemcsak az Amerikai Egyesült Államokban terjedt el. Alkalmazza például a német balesetbiztosítási rendszer, és több fejlődő ország is (Aulmann, 1997). A tevékenység elnevezésére általában nem használnak fordítást, ezért mi sem törekedtünk magyar elnevezés megalkotására.

Következtetések:

1. A rehabilitáció gyakorlatában különböző időbeni szakaszok és feladatok különíthetők el. Vannak olyan helyzetek és időszakok, amelyekben inkább az egyén oldaláról lehet a fogyatékoság problémáját csökkenteni. Ilyenkor a reményeink szerint fokozatosan átalakuló – orvosi tevékenységnek van kiemelkedő szerepe.
2. Más helyzetekben és időszakokban az egyén támogatásában más tevékenységek és ezekkel együtt az önálló, önrendelkező életvitel modell szerepe kerül előtérbe. Ez jelentősen hozzájárul a fogyatékos emberek esélyegyenlőségének megteremtéséhez.
3. A rehabilitáció megszakításmentes folyamatának biztosítása céljából hasznos lehet a rászoruló emberek útját egyengető szakemberek, case managerek alkalmazása.

### KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

*A szerző köszönetet mond az adatok megújításában nyújtott segítségéért  
Kémenczy Jánosné OORI informatikai csoportvezetőnek.*



## Irodalom

- Aulmann, H.: Die Rehabilitation – ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 35–46.
- Balázs A.: Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés S. (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kara, 2000.
- Belicza É.—Kullmann L.: Kérdőíves felmérés a kórházak minőségügyi tevékenységéről, 2002. Kórház 2003; X/1-2: 14–18.
- Beswick, AD—Rees, K.—Griebsch, I. et al.: Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under represented groups. Health technology assessment 2004; 8: 1–166.
- Cole, D.—Frank, J.—Hogg-Johnson, S.—Mondloch, M.—Shield, S.—Sinclair, S.: Effectiveness of an early active intervention program for workers with musculoskeletal injuries. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. p. 85–92.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 1995 standards manual and interpretative guidelines for employment and community support. Tucson AZ, CARF, 1995.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: Performance indicators for rehabilitation programs. Tucson AZ, CARF, 1998.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities: 2000 medical rehabilitation standards manual. Tucson AZ, CARF, 2000.
- Czeizel E.—Lányiné Engelmayer Á.—Rátay Cs.: Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Budapest, Medicina, 1978.
- Dembe, AE.: New models for workers’ compensation medical care in the United States. Proc. 3. Internationaler Kongress über Medizinisch-rechtliche Aspekte von Arbeitsunfälle. Band II. HVBG, Sankt Augustin, 1999. pp.77–83.
- Dénes Z.: Tesztek használata a mozgásszervi rehabilitációban: a FIM (Functional Independence Measure) skála. Rehabilitáció 2001; 11: 97–100.
- Egészségügyi Világszervezet. A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi osztályozása. I. III. kötet. Budapest, Népjóléti Minisztérium 1995.

- Egészségügyi Világszervezet. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, Budapest, EVSz—EszCsM—OEP, 2004.
- Eldar, R.: Quality of care in rehabilitation medicine. *Int J Quality in Health Care* 1999; 11: 73–79.
- Eldar, R.: Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disabil Rehabil* 2000; 22: 266–274.
- Ezrachi O.: Outcomes measurement and quality improvement in an acute rehabilitation setting: description of the Rusk Institute of Rehabilitation Medicine (RIRM) program evaluation system. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 1342.
- Fekete Gy.: Rehabilitáció a gyermekkorban. In: Huszár I.—Kullmann L.—Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina, 2000.
- Forray RK.: Nemzetiségek, kisebbségek. *Educatio* 1998/1; 50–66.
- Göllesz V.: Gyógypedagógiai intézmények egészségügyének személyi és tárgyi feltételei. In: Göllesz V. (szerk.): *Gyógypedagógiai iskola-egészségtan*. Budapest, Tankönyvkiadó, 1984.
- Gyukits Gy.—Sándor I.: A romák egészségnevelését szolgáló oktatási programok a Dzsumbujban. *Lege Artis Medicinae*, 2003; 13: 85–87.
- Halász G.—Lannert J.: Az oktatás társadalmi és gazdasági környezete. In: Halász G.—Lannert J. (szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 2000*. Budapest, Országos Közoktatási Intézet, 2000.
- Halász P.: Epilepsziás betegek rehabilitációja. In: Katona F.—Siegler J.: *Orvosi rehabilitáció*. Budapest, Medicina, 1999.
- Hollán Zs. (szerk.): *Orvosi lexikon*. Budapest, Akadémia. 1969–1972.
- Illyés S.—Bass L.: Az általános iskolai gyenge tanulók és a kisegítő iskolai tanulók szüleinek értelmi színvonala és társadalmi helyzete. *Gyógypedagógiai szemle* 1986; 14: 196–203.
- Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP, van Eijk JTM.: The Demand-Control-Support model as a predictor to work. *Int J Rehabil Research* 2003, 26, p.1–9.
- Kertész Gy.: A magyar orvosi rehabilitációs ellátórendszer. In: Huszár I.—Kullmann L.—Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina, 2000. p. 56–75.
- Kórházi ellátási standardok kézikönyve. *Egészségügyi Közlöny*, 2001; 24: 2973–3041.

- Kronholm, K.—Utkilen U.: The Bergen study: „back to work” – results from large randomized controlled study regarding rehabilitation of musculoskeletal disorders. 6th Eur. Congr. Res. in Rehabil. Berlin, 1998.
- Kullmann L.—Dénes M.—Kémenczy J.: A fogyatékoság felmérése Budapest VIII. kerületének 60 éven felüli lakosságában. Rehabilitáció 1998; 8: 81–85.
- Kullmann L.—Zala M.—Major A.—Padosné Dezső É.—Till F.: Alsóvégtag amputáltak rehabilitációs eredményeinek mérése a Barthel-index és a Russek-skála segítségével. Balneol Rehabil 1985; 6: 17–14.
- Lamberts, MJMH.: Quality management by and for medical specialists. 13th Conference of the International Society for Quality in Health Care. Book of Abstracts. Jerusalem, 1996. p. 153.
- Legg, L.—Langhorne, P.: Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. Lancet 2004; 363: 352–356.
- Loretsen, R.: Provision of technical aids for the handicapped in Norway. Copenhagen, WHO EURO, 1982.
- Mógánné Tölgyessy Sz.: A foglalkoztató terápia szerepe a rehabilitációban. In: Katona F, Siegler J. (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Medicina, Budapest, 1999. p. 353–359.
- Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége. Mozgáskorlátozottak szükségleteinek felmérése. Budapest, MEOSZ, 1996.
- Nagy Z. (szerk): Stroke ellátás. Agyi érkatasztrófák tünettana, diagnosztikája, kezelése és komplex ellátásának korszerű szervezése. Springer Hungarica, Budapest, 1994.
- Nagy Zs.: Konfliktusok közepette: a cigánykérdés Magyarországon. Lege Artis Medicinae 2003; 13: 81–83.
- Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. Chronique de l’OMS, 1947; 1: 30–44.
- Az Orvosi Rehabilitáció és a Fizikális Medicina Magyarországi Társasága. A vizitációs rendszer tematikája. Rehabilitáció 2003;13(3–4): 42–43.
- Periquet AO. Community based rehabilitation services: The experience of Bicolod, Philippines and the Asia/Pacific region. New York, World Rehabilitation Fund, 1984.
- Roy, CW.—Arthurs, Y.—Hunter, J.—Parker, S.—McLaren, A.: Work of a rehabilitation medicine service. Br Med J 1988; 197: 601–604.

- Siró B.—Bódor Cs.—Horgos K.: A rehabilitáció iránti igény epidemiológiai becslése. In: Huszár I.—Kullmann L.—Tringer L.(szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000. p. 47–55.
- Stucki, G.—Ewert, T.—Cieza, A.: Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 2002; 24: 932–938.
- Szél I.: Állapotfelmérés és tervkészítés a rehabilitáció folyamatában. In: Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina; 2000. p. 78–90.

**Dr. Ungváry György:**

## **A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése<sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ  
A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése**

---

<sup>1</sup> Juhász F (szerk. 2004): Irányelvek A funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez SZMM—OEP.:7. fejezet 97–105.

## Tartalom

A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése	54
Munkaköri összmegterhelés	54
Az alkalmasság megítélésének első fázisa: a munkaköri összmegterhelés meghatározása	55
A munkakörülmények jellemzése	55
A munkahely jellemzése (helye, berendezése stb.)	55
A munkahelyi környezeti kóroki tényezőinek regisztrálása	56
A munkavégzés (foglalkozás) megítélése és analízise	57
Funkcionális kapacitás	58
A munkakör ellátáshoz szükséges orvosi alkalmassági vizsgálat	58
Foglalkozási anamnézis.	59
Általános orvosi anamnézis	59
Életmód-anamnézis	59
Fizikális vizsgálat	59
Egyéb szakvizsgálatok	60
A munkakapacitás meghatározás a speciális foglalkozás-egészségügyi vizsgálattal	60
Döntéshozás a munkaköri alkalmasságról	62
A munka adaptálása a munkavállalóhoz	62

## A munkaköri alkalmasság vizsgálata és véleményezése

*Ez a tevékenység a foglalkozás-egészségügyi orvos egyik legfontosabb preventív feladata.*

A munkaköri alkalmassági vizsgálat célja:

- megállapítani (mérni) az egyén arra való alkalmasságát, hogy tudja-e teljesíteni feladatait önmaga és mások veszélyeztetése nélkül,
- elősegíteni a munka adaptálását a munkát végző egyénhez, továbbá
- segíteni az egyént egészségének fenntartásában vagy javításában, illetőleg
- a munkahelyi egészségkárosodások megelőzése.

Ennek érdekében az alábbi feladatokat kell megoldani:

- Meg kell határozni a munkahelyi összmegeterhelést, amely a munkakör ellátásához szükséges munkavégzésből és a munkakörülményekből (beleértve a munkahelyi és munkakörnyezeti kóroki tényezőket) ered.
- Meg kell ismerni az egyén egészségi állapotát, és meg kell határozni munkakapacitását.
- A megeterhelés, illetve az egyén munkakapacitása és egészségi állapotának összevetése alapján meg kell ítélni, hogy megfelel-e a munka elvégzéséhez szükséges követelményeknek, alkalmas-e a munkakör ellátására.
- Az egyén állapotának figyelembevételével – szükség esetén – javaslatot kell tenni a munkavégzés és a munka feltételeinek módosítására (a munka illesztése a munkát végzőhöz).

## Munkaköri összmegeterhelés

A vizsgáló orvosnak ismernie kell a munkakört, a munkakör ellátásához szükséges munkakörülmény okozta és a munkakör ellátásához szükséges munkavégzésből eredő megeterhelések összességét (munkahelyi összmegeterhelés, (1. ábra).

*Munkakörülmény alatt* a rendelkezésre álló munkahelyet (terület, tér, gépek stb.), a munkahelyi környezet (légtér, a benne lévő kóroki tényezők – fizikai, kémiai, biológiai), a munkavégzés társadalmi és fizikai mikrokörnyezetét értjük.

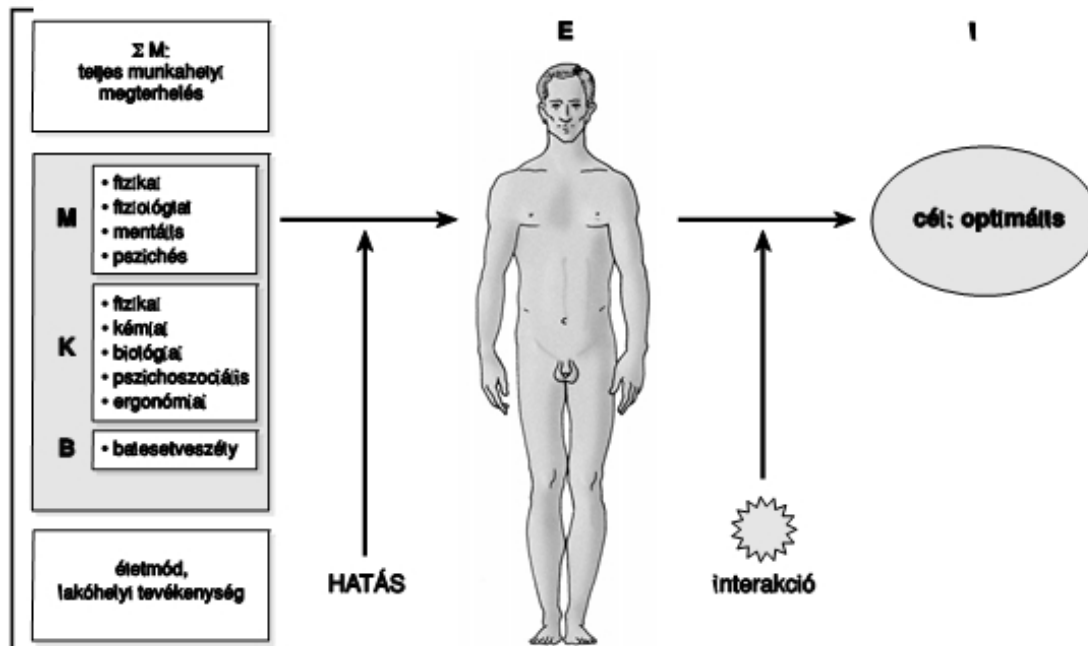
*A munkavégzésből eredő* – a foglalkozáshoz kötött – megeterhelés fizikai, fiziológiai, pszichés és mentális lehet. Fontos megjegyezni: az ellátandó munkakörből eredő munkaköri összmegeterhelés ismerete nélkül a munkakörre való alkalmasság megítélése értelmét veszíti, illetve nem lehetséges. Ezért a munkaköri alkalmasság vizsgálatát és véleményezését megfelelő szakmai színvonalon csakis a foglalkozás-egészségügyi orvosok végezhetik, akik e feladat ellátására felkészültek, ismerik a munkakörülményeket, a különböző munkahelyi megeter-



helések hatását az emberi szervezetre, és klinikai vizsgálattal képesek meggyőződni az egyén terhelhetőségéről.

### 1. ÁBRA

A 24 ÓRÁS, ILLETVE A MUNKAHELYI MEGTERHELÉS ÉS AZ IGÉNYBEVÉTEL ÉRTELMEZÉSE



$\Sigma\Sigma M$  (teljes munkahelyi megterhelés) =  $M+K+B$ .  $\Sigma 24$  órás megterhelés =  $\Sigma M$ + életmódból, lakóhelyi tevékenységből eredő megterhelés.  $M$ : munkavégzésből eredő megterhelések;  $K$ : munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta megterhelések;  $B$ : balesetveszély okozta megterhelések;  $E$ : ember (munkavállaló);  $I$ : igénybevétel

### Az alkalmasság megítélésének első fázisa: a munkaköri összmegterhelés meghatározása

Ez a tevékenység két részből áll:

- A munkakörülmények (munkahely, munkahelyi környezet) jellemzése.
- A munkavégzés (foglalkozás) megítélése és analízise.

#### A MUNKAKÖRÜLMÉNYEK JELLEMZÉSE

Minden esetben meg kell határozni a munkahely jellemzőit, meg kell vizsgálni, hogy jelen van-e az alábbi felsorolt tényezők valamelyike:

#### A MUNKAHELY JELLEMZÉSE (HELYE, BERENDEZÉSE STB.)

1. Belső térben végzett munka
2. Külső térben végzett munka
3. Magas nedvességtartalmú levegő
4. Hirtelen hőmérséklet-változás

5. Alacsony nedvességtartalmú levegő
6. Vizes munkahely
7. Síkos, csúszós felület
8. Balesetveszélyes munka (nagy magasság, szűk hely, mozgó gépek, tárgyak, égés stb.)
9. Mélyszíni (bányászati) munkavégzés
10. Egyéb, a munkavégzést befolyásoló munkahelyi tényező

#### A MUNKAHELYI KÖRNYEZETI KÓROKI TÉNYEZŐINEK REGISZTRÁLÁSA

##### 1. Fizikai kóroki tényezők

Sugárzás

- ionizáló
- nem ionizáló

Zaj

- impulzív
- vegyes ipari

Vibráció

- lokális
- egész testre ható

Magas vagy alacsony légnyomás

Hőmérséklet

- hideg
- meleg

##### 2. Kémiai kóroki tényezők

Por

- irritatív
- korrozív
- allergén
- fibrogén
- rákkeltő
- egyéb

Vegyí anyagok

- mérgező
- irritatív
- korrozív
- szenibilizáló
- akut, szubakut, krónikus, reverzibilis vagy irreverzibilis mérgezést okozó
- mutagén
- rákkeltő
- reprodukciót károsító
- egyéb (bűzös anyagok)

3. Biológiai kóroki tényezők  
I–IV. kategóriába sorolt kóroki tényezők (vírusok, baktériumok stb.)
4. Ergonómiai kóroki tényezők
5. Pszichoszociális kóroki tényezők  
A munkakörnyezeti kóroki tényezők sok esetben számszerűen jellemezhetők (% , tömeg, decibel), máskor a következőképpen kódolhatók:  
N nincs jelen  
A alkalmanként (a munkaidő kevesebb mint 1/3-ában)  
Gy gyakran (a munkaidő 1/2-ében-2/3-ában)  
F folyamatosan (a munkaidő több mint 2/3-ában)

### ***A munkavégzés (foglalkozás) megítélése és analízise***

Ennek érdekében az alábbiakat határozzuk meg:

a fizikai erőlkifejtés igénye (maximális igény);

- a fizikai erőlkifejtés jellege (emelés, teherhordozása, tolása, húzása stb.);
- ülés, állás, járkálás, mászás, hajlás, térdelés, fekvő kényszerhelyzet stb. szükségessége;
- egyensúlyozás, a test egyensúlya megtartásának szükségessége, változnak-e munka közben a feltételek;
- fogás, tartás, tapintás jelentős-e;
- a beszéd és a hallás szükségessége;
- az éleslátás (közel és távol, beleértve a térlátást), valamint a színlátás szükségessége;
- egyéb funkciók, tulajdonságok (pl. pszichés és mentális terhelhetőség, egyéb szomato- és viszcero-motoros, szomato- és viszcero-szenzoros, antropometriai, genetikai adottságok) szükségessége.

Megvizsgáljuk, hogy jelen vannak-e a munkavégzés során a következő tényezők, szituációk, feladatok:

- másokkal egy helyen történő (kényszerű) munkavégzés;
- a másokkal való együttműködés kényszere az eredményesség érdekében;
- felelősségteljes munka;
- komplexitás (speciális szaktudást igénylő munka);
- az elvárás bizonytalansága;
- irreguláris vagy túl sok munka;
- váltott műszak, éjszakai munka;
- otthontól távol (külföldön) végzett munka;
- egyéb tényezők.
- A munkavállalóra váró feladat osztályozása (pontokkal fejezhetjük ki):
- a feladat komplexitása;

- a feladat kritikussága;
- a betanulás nehézsége;
- a feladat gyakorlása;
- speciális gyakorlat;
- a feladat végrehajtásához szükséges idő;
- a teljesítés nehézsége;
- a feladat végrehajtásához szükséges technikai segítség
- a feladat végrehajtásához szükséges felügyelet;
- megelégedettség a feladat teljesítése nyomán.

Ha elvégeztük mind a munkakörülmények jellemzését, mind a munkavégzés analízisét, akkor egy adott munkakör összmegterhelését pl. az alábbi módon írhatjuk le (a leírás megszövegezése a megterhelést meghatározó foglalkozás-egészségügyi orvos feladata):

A munkakört belső térben kell ellátni, könnyű fizikai munkát kell végezni, a munkakörnyezetben 85-88 dB zajszinttel kell számolni. A munkahely, a gépek ergonómiai kiképzése korszerű, a munkavégzés során kényszertesthelyzet nincs, de a gyorsan forgó, éles alkatrészek miatt csonkulásos balesetek kockázatával kell számolni; ez a zajszint miatt és a munkára adott utasítások félreérthetősége miatt fokozott. A munkakörben három különböző iskolai végzettségű munkatárssal kell váltott műszakban együtt dolgozni. A teljesítmény a négy dolgozó együttes munkájától függ, a bérézés a teljesítmény alapján történik stb.

Mindezek figyelembevételével a munkakör ellátására olyan átlagos fizikai képességű nő vagy férfi alkalmas, akinek másokhoz való alkalmazkodási képessége jó stb.

*Megjegyzés:* ép hallás, térlátás, éleslátás feltétlenül szükséges a megfelelő szakmai rutin mellett stb.

### **Funkcionális kapacitás**

A funkcionális kapacitás meghatározása két részből áll:

1. az egészségi állapot meghatározása és a munkakör ellátásához szükséges orvosi alkalmassági vizsgálat;
2. a munkakapacitás meghatározása speciális foglalkozás-egészségügyi orvosi vizsgálattal.

### **A MUNKAKÖR ELLÁTÁSHOZ SZÜKSÉGES ORVOSI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT**

A funkcionális kapacitás vizsgálatának első fontos eleme a munkavállaló egyén egészségi állapotának orvosi vizsgálata. A vizsgálat nem helyettesíti a primer prevenciót, célja nem a minden stresszt tűrő ember kiválasztása.

### FOGLALKOZÁSI ANAMNÉZIS.

Az alkalmassági vizsgálat sarokköve. Tisztázni kell, hogy a munkavállaló korábbi munkahelyén milyen kóroki tényezők (pl. zaj, vibráció, vegyi anyagok) hatásának volt kitéve és mennyi ideig. Fel kell tárni a korábbi foglalkozás(ok)kal kapcsolatos egészségkárosodási panaszokat, tüneteket, megbetegedéseket vagy sérüléseket. Ezért a foglalkozási anamnézis felvétele során kérdéseket kell feltenni a korábbi munkahely(ek)ről. Ilyenek:

- Volt-e tünete, betegsége vagy sérülése a korábbi munkahelyén?
- Dolgozott-e valaha olyan anyaggal, ami panaszt (nehézlégzést, köhögést) okozott?
- Okozott-e korábbi munkája mozgásszervi panaszokat (pl. végtag- vagy hátfájást)?
- Változtatott-e munkahelyet egészségi panaszai miatt?

### ÁLTALÁNOS ORVOSI ANAMNÉZIS

A szokásos kérdések mellett fontos tisztázni, hogy voltak-e a vizsgált személynek olyan betegségei, amelyek hatással lehetnek saját vagy mások egészségére (pl. krónikus perzisztáló hepatitis, epilepsia).

### ÉLETMÓD-ANAMNÉZIS

Az életmód is fontos tényező: a gyógyszerek, a dohányzás, az alkoholfogyasztás növelik a különböző expozíciók okozta károsodások kockázatát. Pl. dohányzás + azbesztexpozíció, alkohol + hepatotoxikus anyagok vagy bizonyos gyógyszerabúzus + fokozottan balesetveszélyes munka.

A vizsgálat során nem mindig támaszkodhatunk a munkavállaló által közölt, egészségi állapotra vonatkozó információkra. A munkavállalónak az esetek többségében az az érdeke, hogy „alkalmas” minősítést kapjon, ezért hajlamos betegségei, panaszai elhallgatására. Ennek megakadályozását szolgálja a vele aláíratott nyilatkozat, mely szerint nincs eltitkolt betegsége.

### FIZIKÁLIS VIZSGÁLAT

Az orvosi alkalmassági vizsgálat során alapvető fontosságú a fizikális vizsgálat. Ennek elvégzéséhez az orvosnak ismernie kell a munkakörülményeket és azt a speciális igénybevételt, amelynek meg kell felelnie a munkavállalónak. Sajnos túl egyszerű az orvosnak a standard fizikális vizsgálatot és a minden esetben azonos biokémiai vagy egyéb laboratóriumi tesztet elvégez(tet)ni, olyanokat, amelyek némelyike inadekvát és irreleváns az alkalmasság megítélésére. A vizsgálatnak a munka által megkövetelt speciális igénybevételre kell irányulnia. A vizsgálat egyik primer feladata – kimondatlanul is – a kockázatbecslés; az orvosi vizsgálatnak meg kell határoznia az egyén múltbeli és jelenlegi egészségi státusát, és előre kell jeleznie az elvégzendő feladat vagy feladatok kapcsán

másodlagosan kialakuló közvetlen vagy jövőbeli egészségkárosodás valószínűségét.

Általában, ha a kockázat egy munkakör betöltésére pályázó egyén számára az adott környezetben károsodást eredményezhet, és ha a kockázat nem csökkenthető a körülmények ésszerű megváltoztatásával, akkor az egyént ki kell zárni az ebben a környezetben végzendő munkából. Ha azonban a rizikó (akár az egyéni, akár a környezeti) elfogadható szintre csökkenthető, akkor az egyén dolgozhat az adott munkakörnyezetben.

Megoldást jelenthet az is, hogy a vizsgáló orvos – a körülmények mérlegelésével – a vizsgált egyént alkalmasnak véleményezi, de egészségi állapotát rendszeresen ellenőrzi (soron kívüli alkalmassági vizsgálatok).

Az orvosi vizsgálatnak valamennyi szervrendszere és szervre ki kell terjednie, gondosan kell vizsgálni azoknak a célszerveknek az állapotát, amelyekre a várható munkahely megterhelése, kóroki tényezői hatást gyakorolnak.

Az alkalmassági vizsgálat során vizsgálni kell a fizikai jellemzőket (testtömeg, testmagasság, mellkasméretek), a szenzoros jellemzőket (érzékszervek), a mozgásfunkciókat és a szervrendszereket (szív-, érrendszer, vese, légzőrendszer stb.).

## EGYÉB SZAKVIZSGÁLATOK

A vizsgáló foglalkozás-egészségügyi orvos véleményének kialakítását kiegészítő szakvizsgálatok segítik. Ezek között vannak kötelezőek, az egészségkárosodás veszélyével járó, illetve a járványügyi érdekből kiemelt munkakörökben dolgozni szándékozó vagy már ott dolgozók esetében (pl. a máj működésének, struktúrájának vizsgálata hepatotoxikus anyagok expozíciója esetén; a széklet bakteriológiai vizsgálata csecsemő- és gyermekbetegek ellátásával foglalkozó fekvőbeteg-osztályon dolgozók esetén). A kötelező vizsgálatokat minden személynél el kell végezni.

Ugyanakkor a vizsgáló orvos – a munkavállaló egészségi állapota ismeretében – bármely szakvizsgálatot kérhet, amelyet az alkalmasság megítéléséhez szükségesnek tart (pl. magasabb vérnyomás esetén kardiológiai vizsgálat).

A kiegészítő szakvizsgálatokat végző orvostól nem szabad az alkalmasságra vonatkozó véleményt kérni (pl. arról, hogy az illető magasban dolgozhat-e), mivel annak megállapítása (véleményezése) kizárólag a foglalkozás-egészségügyi szakember feladata és kötelessége.

## A MUNKAKAPACITÁS MEGHATÁROZÁS

### A SPECIÁLIS FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI VIZSGÁLATTAL

A funkcionális kapacitás megismeréséhez az orvosi vizsgálat elvégzése mellett meg kell határozni (becsülni) az egyén munkakapacitását. Megkell ítélni, hogy az megfelel-e a munka elvégzéséhez szükséges követelményeknek. Ez bizonyos munkakörökben (nehéz fizikai munka, jelentős kémiai megterhelés stb.) nélkülözhetetlen. A kapacitás mérése a légző, a szív-ér rendszer (beleértve a

kardiopulmonális funkciókat) és a vázizomrendszer funkcionális teljesítőképességének meghatározásával történik. Jelentős kémiai expozíció esetén meghatározandó a máj biotranszformációs kapacitása is.

A fizikai munkára való alkalmasság megítéléséhez a munkakapacitás mérése az alábbi funkciók vizsgálatával történik:

- megfelelő légzésfunkciós vizsgálatok,
- az oxigén hatékony tüdőbe juttatására való képesség megítélése,
- a perctérfogat megterheléssel arányos és az igénybevételnek megfelelő növelésére való képesség megítélése,
- az oxigén működő izomzathoz történő szállítására való képesség megítélése,
- a megfelelő izomerő kifejtésére való képesség megítélése.
- A jelentős vegyi anyag-expozícióban végzett munkára való alkalmasság megítéléséhez a munkakapacitás mérése az alábbi funkciók vizsgálatával történik:
  - megfelelő légzésfunkciós vizsgálatok,
  - az oxigén hatékony tüdőbe juttatására való képesség megítélése,
  - a perctérfogat megterheléssel arányos és az igénybevételnek megfelelő növelésére való képesség megítélése,
  - a vese kiválasztófunkcióinak megítélése, a máj biotranszformációs (metabolizáció,
  - konjugáció/glükuronidáció) kapacitásának meghatározása.

A munkakapacitás méréséhez a következő személyi-tárgyi feltételek szükségesek: szakképzett személyzet, technikai asszisztencia, megfelelő műszerezettség.

A munkakapacitás vizsgálatának módszereit mindig az aktuálisan megismerendő munkához szükséges „kapacitás” mérése dönti el. Első példánkhoz (fizikai munka) légzésfunkciós vizsgálat, terheléses tesztek, antropometriai vizsgálat, izomerő-vizsgálat, valamint az energiaforgalom vizsgálata szükséges.

Más esetekben különös jelentőséget kaphatnak olyan speciális tesztek, mint amelyek a látás, hallás megítéléséhez szükségesek.

Mivel ma még kevés helyen állnak rendelkezésre a munkakapacitás mérésére alkalmas ergometria laboratóriumok, ezért a mérések becsléssel helyettesíthetők.

*Megjegyzés:* a speciális alkalmassági vizsgálatokat nem rutinszerűen alkalmazzuk; ezekre csak a megterhelés és a várható igénybevétel ismeretében, indokolt esetekben kerül sor.



## Döntéshozás a munkaköri alkalmasságról

Az összmunkaköri megterhelés és a munkakör ellátására jelentkező vagy a munkakörben foglalkoztatott egyén egészségi állapota és munkakapacitása ismeretében eldöntjük, hogy a munkavállaló alkalmas-e a munkakör ellátására (2. ábra).

2. ÁBRA  
A MUNKATERHELÉS, A MUNKAKAPACITÁS  
ÉS AZ OPTIMÁLIS IGÉNYBEVÉTEL EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA.



A munkaterhelés változtatásával a munka adaptálható a megváltozott munkaképességű munkavállalóhoz

## A munka adaptálása a munkavállalóhoz

Abban az esetben, ha a munkavállaló nem minden vonatkozásban alkalmas a munkakör ellátására, a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa a munkaköri összmegterhelés ismételt elemzésével lehetőséget keres az összterhelés olyan csökkentésére, mi által a munkavállaló „alkalmassá válik” a munkakör betöltésére. Ennek különös jelentősége van akkor, ha a hosszú éveken, évtizedeken át nagy rutinnal, nagy hozzáértéssel dolgozó munkavállaló válik alkalmatlanná korábbi munkakörének ellátására.

**Dávid Andrea—Dr. Gadó Márta—Csákvári Judit:**

## **Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja<sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ**  
**Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja**

---

1 Sörös E (szerk.): Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja Útmutató látássérült emberek rehabilitációjával foglalkozó szakemberek számára FSZK 2008: 61–84.  
<http://www.fszk.hu/rpi/belep.htm>

## Tartalom

1. Alapelvek	65
2. Az elemi rehabilitáció folyamata	67
2.1 Kapcsolatfelvétel, tájékoztatás	67
2.2. Első interjú	68
2.3. Komplex felmérés	68
2.4. Egyéni fejlesztési terv készítése és szerződéskötés	70
2.5. Az elemi rehabilitáció szolgáltatásai	72
2.5.1. Tájékozódás és közlekedés tanítása	72
2.5.2. Mindennapos tevékenységek és életvitelt segítő eszközök tanítása	73
2.5.3. Látástréning	75
2.5.4. Braille-írás és -olvasás tanítása	75
2.5.5. Kommunikációs és számítástechnikai eszközök használatának tanítása	76
2.5.6. Egyéni esetkezelésen alapuló szociális munka	76
2.6. A rehabilitációs folyamat lezárása, utógondozás	77
2.7. Kiegészítő szolgáltatások	77
2.8. Pszichológiai támogatás	78

(...)

## 1. Alapelvek

Az elemi rehabilitáció megvalósításakor néhány alapelv védelmére és gyakorlatba való átültetésére fontos felhívni minden közreműködő figyelmét.

### **Önrendelkezési jog biztosítása**

A rehabilitációs folyamat egészében biztosítanunk kell a látássérült ember önrendelkezésének megvalósulását. A rehabilitációra való jelentkezésnél, a szolgáltatások igénybevételekor, a segédeszközök kiválasztásánál és beszerzésénél és a rehabilitáció befejezésénél, vagyis a folyamat minden olyan pontján, ahol döntési helyzet áll elő, biztosítanunk kell, hogy a látássérült ember pontosan és részleteiben tájékozott legyen a választható lehetőségekről, és azok között maga dönthessen. Ez az elv figyelmeztetés a szakember számára, hogy semmilyen formában ne próbálja meg átvenni a látássérült embertől az irányítást, sem nyílt, sem rejtett módon. Ugyanakkor azt is jelenti, hogy a kísérelővel jelen levő kliens esetében győződjön meg róla, hogy a kísérelőként megjelenő – általában – családtag nem erőlteti-e rá a saját akaratát a látássérült emberre. Amennyiben ez látható vagy erre gyanú merül fel, alkalmat kell teremteni a látássérült emberrel való négy szemközti beszélgetésre, és megtudni a kliens véleményét és választását az adott kérdésben.

Az önrendelkezés tiszteletben tartása jelenti azt is, hogy a rehabilitációs szakember nem veheti át a látássérült ember élete rendezésének felelősségét. Még akkor sem, ha olyan helyzetet lát, amelyben számára egyértelműnek tűnik, hogy a kliens nem ismeri fel saját rossz helyzetét, kiszolgáltatottságát. A látássérült ember magánéletébe és családi ügyeibe nem avatkozhat bele saját kezdeményezéssel, csupán a kliens által jelzett problémák megoldásában nyújthat segítséget. A keretek tisztázása során meg kell beszélni, hogy mikor lehet választani, változtatni a megállapodáson.

### **Rugalmasság**

A látássérült ember döntési szabadságának megtartása a rehabilitációs munka szervezésében a rugalmasság elvének megvalósítását vonja maga után. Ez azt jelenti, hogy a kliens rehabilitációjához biztosítandó szakemberek beosztása, az idő- és terembeosztás elkészítése, az eszközök rendelkezésre bocsátása nem egy kötött rend szerint történik, hanem mindezeket a kliens választása szerint rugalmasan kell megszervezni.

### **Partneri viszony**

Az elemi rehabilitáció eredményessége és hatékonysága érdekében rendkívül fontos a látássérült ember és a rehabilitációs szakember közötti partneri viszony kialakítása és megtartása. Ebben a kapcsolatban egyszerre és egyensúlyban kell, hogy érvényesüljön a személyesség és a munka kapcsolat jellege. Jó sze-

mélyes kapcsolat nélkül nehéz vagy talán nem is lehet eredményeket elérni, azonban a személyesség nem mehet túl a kliens és a tréneri kapcsolat határán. A tréning ideje alatt ez utóbbi nem válhat barátsággá.

Fontos, hogy a rehabilitációs intézmény védje a partneri viszony megvalósulását, olyan módon, hogy amennyiben ellenszenv vagy a szakmaiságon túlmenő és azt már akadályozó viszony (pl. szerelmi kapcsolat) alakul ki kliens és tréner között, akkor biztosítsa a trénerváltás lehetőségét. Az ilyen helyzetet nyíltan meg kell beszélni a team tagjainak részvételével, majd közösen megválasztani, ki legyen az új tréner.

### Elfogadás

A rehabilitációs intézménynek és az ott dolgozó szakembereknek vállalniuk kell az ideológiai semlegességet mindenféle vallási, politikai és más értékrendeket és etikai felfogásokat érintő kérdésekben. A látássérült kliensset úgy kell elfogadni, amilyen, bőrszíne, neme, nemzetisége, a magával hozott kultúrája és szokásaiból adódó furcsaságai tolerálásával. Előítéletek megfogalmazásának és érvényesítésének nincsen helye a rehabilitációs munkában, és ezt minden szakembernek magára nézve is el kell fogadnia, és kollégái ilyen jellegű megnyilvánulásaitól is meg kell védenie a klienseket.

Az elfogadó attitűdnek vonatkoznia kell a látássérült ember más képességeiben megnyilvánuló gyengeségei esetében is. A rehabilitáció magas szintű megvalósításából nem zárható ki a kliens más sérülése vagy gyenge képességei miatt, hanem az igényelt szolgáltatásokat az egyéni tulajdonságokhoz adaptált célokkal, módszerekkel és technikákkal, de ugyanolyan szakmai igényességgel és elkötelezettséggel kell megvalósítani.

### Titoktartás

A rehabilitációs munkában alapelv kell, hogy legyen a titoktartás, a látássérült személytől megtudott információk bizalmas kezelése. Néha nehéz eldönteni, hogy milyen információk szükségesek a rehabilitáció érdekében hozott döntésekhez, mik azok a helyzetek, amikor szakmai okok kívánják meg a kliens háttéréről való beszélgetést. A határt nehéz meghúzni, ami azonban biztos: szigorúan tilos a kliens magánéletét másoknak kiadni akár a rehabilitációs team tagjainak, akár kívülállóknak.

Hasznos, ha a rehabilitációs intézmény az általa fontosnak tartott értékek mentén megírja az etikai kódexét, amit a minden dolgozónak aláírásával el kell fogadnia. Ez megkönnyíti a munkahelyi vezető részére az etikai vétség szankcionálását, ha a munkatárs az írásban rögzített és elfogadott szabályok ellen vét.

Az **Országos Fogyatékosügyi Program** (OFP 10/2006. (II. 16.) OGY határozat melléklete) továbbá, a fogyatékos emberek számára biztosított szolgáltatások alapelvei, mint minden más területen, így a rehabilitációs intézményekben is meghatározók.

A teljesség igénye nélkül: az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása, az egyéni szükséglet kielégítése, az egyforma jogok és kötelességek biztosítása az épek társadalmával, a speciális jogok védelme, a támogatott döntéshozatal, az emberi méltóság tisztelete, a szolgáltatások biztosítása a lakóhelyükön vagy az ahhoz a lehető legközelebbi településen (sokszor ezért is preferált a bentlakást biztosító szolgáltatás), a korszerű technikák és módszerek, a szélesebb körű és intenzívebb kapcsolatrendszer, a rehabilitáció (egyenlő felek megállapodásán nyugvó) biztosítása, a normalizáció, az egyetemes tervezés (a rehabilitációs központok javaslatokat tehetnek a települési önkormányzatoknak), a „semmit rólunk, nélkülünk” elve.

## 2. Az elemi rehabilitáció folyamata

### 2.1. Kapcsolatfelvétel, tájékoztatás

Az elemi rehabilitáció a látássérült ember oldaláról a rehabilitációs központ felkeresésekor kezdődik, a szolgáltatást nyújtóknak azonban átgondolt és hatékony stratégiával kell a felderítést végezniük. A rehabilitációs szolgáltatások lehetőségéről szóló információt is – az általános tájékoztatási felületek mellett (helyi újságok, televízió, internet stb.) – el kell helyezni, különösen azokon a helyeken ahol a frissen látássérültté vált emberek megfordulnak, és olyan formában, ami számukra elérhető. A szórólapoknál és falra helyezett felhívásoknál – amelyeknek olvashatósága még a gyengénlátók számára megfelelő minőségű nyomtatás és elhelyezés esetén is kérdéses, a vakok számára pedig elérhetetlen – célszerűbb a szemészorvosok megnyerése arra a feladatra, hogy a rehabilitációra szoruló betegeiket szóban tájékoztassák, és ha igénylik, adjanak át egy írott tájékoztatást, amit a látássérült otthon nyugodtan áttanulmányozhat, családtagjaival megbeszélhet.

A kapcsolatfelvétel történhet személyesen, telefonon, levélben vagy e-mailben, de minden esetben célszerű, ha a látássérült maga jelentkezik. Ezt követően meg kell kapjon minden szükséges tájékoztatást ahhoz, hogy eldönthesse, igénybe kívánja-e venni a szolgáltatást (szolgáltatási formák, alapvető elvek és tartalmi elemek, időbeli keretek, térítési díjak stb.). Ezek után a rehabilitációs központ felajánlja, hogy egy munkatársuk – általában a szociális munkás – meglátogatja a klienst otthonában, és ott kezdik meg a beszélgetést helyzetéről, igényeiről és elképzeléseiről a rehabilitációt és a lehetséges szolgáltatásokat illetően. Ez sok ember számára segíti a bizalmi kapcsolat kialakulását, a rehabilitációs folyamat szempontjából pedig az otthoni látogatás elárulhat olyan, a rehabilitációs tanárok számára viszont fontos jellemző információkat a kliens helyzetéről, ami másképp nem derülne ki. Természetesen ez csak egy lehetőség, amennyiben a kliens bármilyen okból nem szeretné megmutatni az otthonát, otthoni életét, akkor ez a lépés kimarad a folyamatból.

Az első találkozás egy előre megbeszélte időpontban, már általában a rehabilitációs központban történik, és ekkor kerül sor az első interjúra.

## 2.2. Első interjú

Az első interjút célszerű, ha a pszichológus vagy az a szociális munkás veszi fel, aki a látássérült ember esetgazdája lesz. Az első interjú általában egy félstrukturált interjú, vagyis egy előre összeállított kérdéssort követ. A kérdések közben a beszélgetésben kitérők lehetnek a közben felmerülő témák megbeszéléséhez. Ebben a formában a sikeres interjúnál egyszerre érvényesül az interjút felvevő szakember irányítása annak érdekében, hogy minden fontos információt megkapjon, de meg kell maradjon a látássérült ember aktív részvétele is. Miközben a feltett kérdésekre válaszol, éreznie kell, hogy az egy-egy kérdéshez csatlakozó, minden más fontos dolgot is elmondhat. Így a beszélgetés eltérhet olyan irányokba is, amely a rehabilitáció szempontjából fontos információkat tartalmaz, de nem része az interjú kérdéssorának. Mindeközben azonban a szakembernek kezében kell tartania az irányítást, és a főleges részletekről ismét a kívánt irányba kell tudni a terelni a beszélgetést.

## 2.3. Komplex felmérés

A komplex felmérés magában foglalja a funkcionális látásvizsgálatot – mindazoknál, akiknél van valamennyi látási funkció –, a tájékozódás és közlekedés, valamint a mindennapos tevékenységek készségeit és a szociális helyzet felmérését.

Célszerű, ha a funkcionális látásvizsgálat az első a felmérések közt, mivel ennek eredménye fontos a további mérések elvégzéséhez. A funkcionális látásvizsgálat célja, hogy a gyakorlatban hasznosítható látási funkciók feltérképezésével megállapítható legyen, hogy a kliens milyen mértékben képes látására támaszkodni a közlekedés-tájékozódás, a mindennapi tevékenységek, az olvasás és információszerzés, valamint a munkavállalás területein; milyen adaptációs technikákkal, optikai és/vagy elektronikus segédeszközökkel javítható látása; illetve mely területeken igényel rehabilitációt, beleértve a látástréninget is.

*A vizsgálat hat részből áll:*

- Szemészeti és egyéb orvosi dokumentumok tanulmányozása (diagnózis, kórtörténet, műtétek, gyógyszerek, orvosi vizsgálatok eredményei).
- Kliens kikérdezése látásának állapotáról adott kérdéssor alapján.
- Különböző látási funkciók vizsgálata.
- Adaptációs technikák, optikai és/vagy elektronikus segédeszközök kipróbálása, kiválasztása.
- A vizsgálat eredményeinek összefoglalása, megbeszélése, kliens számára érthető módon való magyarázata, javaslattevés a rehabilitációra.



- A látásvizsgálat eredményeinek dokumentálása, látásvizsgálati adatlap és jegyzőkönyv megírása, klienshez történő eljuttatása (személyesen, postán, faxon, vagy e-mailen).

*A vizsgálat akkor tekinthető eredményesnek,*

- ha a kliens megismeri szembetegségének a különböző látási funkciókra gyakorolt hatását, látási funkcióinak állapotát, a sérülés mértékét éppúgy, mint a viszonylag épen maradt funkciókat;
- ha kipróbálja és kiválasztja a számára legmegfelelőbb látásjavító adaptációs technikákat, optikai és/vagy elektronikus segédeszközöket;
- ha megérti és elfogadja a látássérülése miatt szükséges rehabilitációs szolgáltatásokra tett javaslatot;
- ha mindezen szolgáltatások együttesen javítják önértékelését és önálló életvitelét, munkavállalásának esélyeit.

A felmérésből kiderül, hogy kliens mennyire van tisztában látássérülésével, hogyan értékeli látását, használ-e valamilyen kompenzációs vagy adaptációs technikát, és melyik területen igényel segítséget.

A látásvizsgálat során a következő látási funkciók felmérése történik: a távoli látásélesség, a közeli látásélesség, a kontraszterzékenység, a centrális és perifériás látótér, a fényviszonyokhoz való alkalmazkodás, a színlátás.

A látásvizsgálat eredményét a rehabilitációs tanárok még saját felmérésük előtt meg kell kapják, hogy ennek figyelembevételével tervezzék meg és végezzék el a felmérést. A funkcionális látásvizsgálat eredménye – a szakember véleménye és a kliens igényének egyeztetése alapján – a döntés, hogy a rehabilitációs tréningek közt sor kerül-e látástréningre.

A közlekedési készségek felmérésének célja, hogy megállapítsuk, milyen adottságokra és ösztönösen kialakult vagy előzetes tréning során elsajátított készségekre építhetjük a közlekedés és tájékozódás tréninget.

A felnőttkorban látássérültté vált ember mozgását részben a kisgyerekkortól fennálló adottságok, részben a látásvesztés alakulásának tényezői határozzák meg. A gyermekkortól fennálló látásvesztés, illetve a fokozatosan romló szemészeti állapotok esetén általában a mozgásformák alkalmazkodnak a rossz látási funkcióból eredő korlátokhoz, és a mozgás az átlagosnál lassabb, óvatosabb lesz, beépítve a megbotlást és ütközést megelőző apró technikákat. A hirtelen kialakuló vakság esetén sokszor teljes mozgásfélelem alakul ki. Ugyanakkor sokaknál megmarad a túl gyors tempó, a hirtelen mozdulatok. Ha ezt látjuk, be kell építeni a tréningtervbe a régi beidegződések leépítését célzó tevékenységek, a megfontoltabb, óvatosabb mozgásformák kialakítását.

A másik megfigyelendő terület a tájékozódási képességek. Ha a látását veszített ember gyermekkorától rossz tájékozódó volt, akkor a tréning során hangsúlyosan kell a tájékozódási képességeket fejleszteni. A korábban jól tájékozódó, de a látássérülés bekövetkezte miatt megzavart embernek időt kell adni és gyakorlással segíteni az új tájékozódási mód kialakítását.

A vakon való közlekedés technikái közül többet már ösztönösen, önmagától megtanulhatott a látássérültté vált ember. Ilyenek a kar előrenyújtása, a fal vagy más oldalsó felület kézzel követése a haladási irány megtartásához, a földön a felület lábbal való tapogatása. Fel kell mérni a bot használatával kapcsolatos előzetes készségeket, amelyeket vagy a korábbi közlekedés tréningen sajátított el a látássérült személy, de az is előfordul, hogy egy látássérült „sorstárs” tanítja meg a bottal való közlekedés alapvető technikáit.

A *közlekedési készségek felmérésének* része az aliglátó személyeknél a közlekedéshez felhasználható látási funkciók feltérképezése. Ennek alapja a funkcionális látásvizsgálat eredménye, de hasznos lehet ezt kiegészíteni néhány konkrét feladattal, célzottan a közlekedésre jellemző helyzetet imitálva. Minden kliensnél feladat a többi érzékelési mód feltérképezése: a hallás, a tapintás (kézzel és lábbal), a szaglás, a hőérzékelés, illetve a tér bizonyos jellemzőinek érzékelési látáson kívüli érzékelési módok komplex felhasználásával (pl. a zárt és a nyitott tér megkülönböztetése, az oldalt elhelyezkedő fal vagy más nagy tárgyak észlelése stb.). A tájékozódási és közlekedési készségek felmérésének eredményeként a tréner meg tudja határozni, hogy milyen a tréning, melyik szakaszában, milyen lépésekkel és milyen tempóban, milyen elvárásokkal induljon a tanítás.

Az *önkiszolgálási készségek* felmérésének célja, hogy megállapítsuk, hogy milyen előzetes szokásokkal és ismeretekkel, illetve milyen kezűgyességgel, ötletességgel számolhat a tréner a mindennapos tevékenységek tréningjének tervezésénél. Minden rehabilitációs szolgáltatásnál érvényes, hogy a meglévő készségekre építsen, a mindennapos készségek tanulásánál azonban különösen fontos, hogy a kliens minden olyan korábbi szokását, praktikáit, készségét megtarthassa, amellyel látássérültként is biztonságosan lehet dolgozni, vagy amelyet adaptálni lehet. A mindennapos készségek tanításában a tréner nem megtanítja, hanem megmutatja az adott technikát, a kliens kipróbálja és kialakítja azt a módot, ahogyan ő a legkönnyebben és leghatékonyabban, ugyanakkor biztonságosan tudja a feladatot elvégezni. A jó tréner ebben partner, és folyamatos segítségével kíséri ezt a tanulási folyamatot. Ennek előkészítését szolgálja a felmérés. Feladata az önkiszolgálással és a házimunkákkal kapcsolatos előzetes szokások és készségek felmérése, és megvizsgálni azt, hogy a látássérültté vált ember mennyire adaptálódott már a megváltozott élethelyzethez, milyen a kistérben való tájékozódási képessége, vannak-e és mik a félelmei, és mennyire motivált új technikák elsajátítására. Mindeközben tájékozódni kell a többi érzékelési módok használatáról; melyik érzékszerveire támaszkodik leginkább, illetve sérült-e valamelyik érzékelési mód.

## 2.4. Egyéni fejlesztési terv készítése és szerződés-kötés

Az egyéni fejlesztési tervet a felmérésben feltárt szükségletek szerint a rehabilitációs szolgáltatást nyújtó szakemberek, a szociális munkás és a látássérült ember együtt készítik el. Megegyeznek, hogy milyen tréningekre kerül sor, milyen

gyakorisággal és kik lesznek a trénerek. Mindezeket írásban rögzítik (ez a szerződésnek is része), a későbbiekben pedig ez lesz az értékelő megbeszélések alapja, és ezt lehet – felmerülő új igény esetén – team-megbeszélés keretében módosítani.

A szerződés az elemi rehabilitációt biztosító intézmény, másrészt a szolgáltatást igénybevevő személy között köttetik, határozott időtartamra vagy feladatra. A projekt keretében biztosított szolgáltatások:

- Az egészségügyi rehabilitáció tekintetében: a látószerv vizsgálata.
- Az elemi rehabilitáció tekintetében: a funkcionális látásvizsgálat, a funkcionális látástréning, a tájékozódás és közlekedéstanítás, az életvitelt segítő eszközök használatának tanítása, a mindennapos tevékenységek újratanítása, a Braille-olvasás és -írás tanítása, kommunikációs és számítástechnikai eszközök használatának tanítása; szükség esetén szállás és háromszori étkezés biztosítása.
- A foglalkozási rehabilitációhoz való hozzáférés támogatása.
- A megállapodás rögzíti a szolgáltatást igénybe vevő személy kötelezettségeit, nevezetesen: a szolgáltatást igénybe vevő személy vállalja, hogy a rehabilitációs folyamatban a jelen megállapodásban meghatározott időtartamban az alábbiak teljesítésével vesz részt:
- Közreműködik a rá vonatkozó egyéni fejlesztési terv elkészítésében.
- A rehabilitációs foglalkozásokon, tanácsadáson pontosan megjelenik, azokon aktívan részt vesz.
- A kitűzött célok elérése érdekében rábízott feladatokat végrehajtja.
- Személyi adatait, képességeit, készségeit illetően a valóságnak megfelelő információkat szolgáltat.
- Az egészségi állapotával, az elemi rehabilitációval, a munkakereséssel, munkavállalással kapcsolatos kérdéseivel, problémáival a vele foglalkozó szakemberekhez, tanácsadóhoz fordul.
- A munkahely kiválasztása, munkaviszony létesítése és megszüntetése tekintetében döntéseit a vele együttműködő foglalkoztatási szakemberrel megbeszéli.

A megállapodás kiter a szolgáltatás keretén belül fizetendő térítési díjakra, a megállapodás megszűnésének és módosításának lehetőségeire, az adatszolgáltatási kötelezettségeire, és meghatározza, hogy a szolgáltatást igénybe vevő kihez, milyen módon fordulhat a szolgáltatást érintő panaszával.

A megállapodás aláírására a dokumentum tartalmának pontos ismertetését követően kerülhet sor. A megállapodás elkészítéséért felelős munkatársnak (lehetőség szerint a szociális munkásnak) biztosnak kell lennie abban, hogy annak tartalmát a kliens, bizonyos esetekben törvényes képviselője megértette. A látássérülésből kifolyólag szükséges, hogy a szerződés tartalmának ismertetése és a dokumentum aláírása tanúk előtt történjen.

## 2.5. Az elemi rehabilitáció szolgáltatásai

### 2.5.1. TÁJÉKOZÓDÁS ÉS KÖZLEKEDÉS TANÍTÁSA

A tájékozódás és közlekedés tanítás célja, hogy a látássérült személy, egyéni adottságainak megfelelően önállóan közlekedővé váljon. Feladata: zárt és nyitott térben, ismert és ismeretlen környezetben, különböző napszakokban és időjárási viszonyok között a biztonságos és önálló tájékozódáshoz, közlekedéshez szükséges technikák és készségek kialakítása, figyelembe véve a látássérült ember mentális, pszichés, szomatikus és szociális képességeit, adottságait.

A tájékozódás és közlekedés tanítás nem a fehér bot használatának megtanításával kezdődik, és a későbbiekben is – a bot használat technikájának tanítása mellett – a sok más készség és képesség fejlesztését is magába foglalja. Ezek a következők:

#### **A tájékozódáshoz és közlekedéshez szükséges kognitív készségek fejlesztése**

A gondolkodás, a kreativitás, a problémamegoldó képesség, a spontán tanulási képesség, a figyelem, az emlékezet és a tájékozódással, közlekedéssel kapcsolatos ismeretek, fogalmak kialakítása és fejlesztése folyamatosan történik, és mindezek a készségek egymásra épülve segítik az önálló közlekedés kialakulását.

#### **Szomatikus, percepciók képességek fejlesztése**

A szomatikus tulajdonságok és a mozgáskészség a látási funkciótól és a látássérülés bekövetkeztétől részben független egyéni adottságok. Azoknál a személyeknél azonban, akiknél a látássérülés már régóta fennáll, a vizuális kontroll hiánya többnyire kedvezőtlenül hat a testtartásra, a mozgásformák harmonikus megvalósítására, a tempóra, valamint a tér észlelésének képességeire. Amennyiben ezen a téren hiányosságokat fedez fel, fontos feladat ezeket a készségeket fejleszteni a bothasználat tanításának kezdete előtt, majd az önálló közlekedés közben folyamatosan figyelni az elért javulás fenntartására.

#### **Tájékozódást és közlekedést segítő technikák elsajátítása**

Az önálló közlekedés feltételei bizonyos alapvető technikák, mint a védőtartások, irányfelvétel, vezetővonal követése, látó vezetővel való közlekedés technikái, információszerzési technikák és a tájékozódás egy adott környezetben.

#### **Az érzékszervek és érzékelés fejlesztése**

A tájékozódási támpontok minél hatékonyabb felhasználásának kialakításához fontos feladat a látáson kívüli többi érzékszerv, a hallás, a szaglás, a kinezti-zia, a tapintás, a hőérzékelés, valamint az aliglátó klienseknél a meglevő látási funkció közlekedésben való felhasználásának fejlesztése.

## **A tájékozódáshoz, közlekedéshez szükséges bottechnikák kialakítása zárt és nyitott térben**

A fehér bot használatának tréningje a megfelelő bottechnika kialakítását, majd a bot taktilis és akusztikus jelzéseinek érzékelésének, a szerzett információ elemzésének és az ezekre való gyors és adekvát reakálás fejlesztését jelenti.

A tréning alapelve a fokozatosság, ezért kezdetben az ismert, a kis forgalmú, a felületek minősége és a téri elrendezés szempontjából egyszerű helyszínektől halad az egyre komplexebb helyszínek, azáltal az egyre nehezebben megoldható feladatok felé. A tréning része az úttesten való átkelés, annak egyre nehezedő helyzeteivel: jelzőlámpás kereszteződés, szabálytalan alakú kereszteződések, aluljáró használata stb. Hasonlóképpen lép be a tréning előrehaladásával a különböző járművek használata.

A jó képességű és a motivált látássérült felnőttek, különösen a fiatalok esetében a jó tréning nem az egyes útvonalak tanításából áll, hanem olyan készségek kialakításából, amelyeknek kombinálásával minél inkább megvalósulhat az önálló közlekedés. Ennek rendkívül fontos eleme a problémamegoldó készség kialakítása és fejlesztése, hogy bármilyen váratlan, rendkívüli helyzetben – ami a városi közlekedésben gyakran előfordul –, illetve ha hibázik, higgadtan tudja végiggondolni azt a stratégiát, amellyel vissza tud térni egy olyan pontra, ahonnan folytatni tudja útját a célpont felé.

A tréning része a segítségkérés és a rossz segítség elutasításának kialakítása. Fontos, hogy a látássérült ember reálisan ismerje fel azokat a helyzeteket, amiket nem képes egyedül megoldani, és ezekben tudjon a látó járókelőktől segítséget kérni. Ugyanakkor ne hagyja magát eltéríteni olyankor, amikor biztosan tudja az útját és nincsen szüksége segítségre, hanem képes legyen udvariasan visszautasítani a felkínált, sőt időnként ráerőszakolni próbált segítséget.

A tevékenység várható eredménye mindig az egyéni adottságok, az előzetes tapasztalatok, a motiváltság és még több más aktuális szempont függvénye. Általánosságban az a tapasztalat, hogy a nagyvárosokban nagyon jó eredmény, ha a teljesen vak ember a számára szükséges és fontos összes útvonalat ismeri, és ezeken biztosan közlekedik. Amennyiben új célpontot kell megtalálnia, akkor a látó kísértő vagy a tréner segítségét kéri, majd egy

vagy néhány közösen megtett út után, már egyedül is eltalál erre a helyre. Különlegesnek tekinthető, de létezik olyan felnőtt vak személy, aki útbaigazítás alapján a számára ismeretlen, új címet is gond nélkül megtalálja. A meglévő látásukat jól használó aliglátók sokszor teljesen önálló közlekedők a legbonyolultabb helyszíneken is.

### **2.5.2. MINDENNAPOS TEVÉKENYSÉGEK ÉS ÉLETVITELT SEGÍTŐ ESZKÖZÖK TANÍTÁSA**

A mindennapos tevékenységek tanításának célja azoknak a speciális technikáknak a megismertetése, amelyeknek segítségével a látássérülés bekövetkezése előtt vizuális kontrollal végzett mindennapos életfeladatokat az ép érzékszerveikre támaszkodva és – ha van – leromlott látásuk kihasználásával el tudja végezni.



A tréning feladatai az alábbi tevékenységek elvégzésének megtanítása vagy újratanítása: a személyes higiéné, az egészség megőrzéséhez szükséges tevékenységek (pl. gyógyszerek adagolása, lázmérés, sebkötözés stb.), az öltözködés, a mosás, vasalás, a pénzkezelés, a rendszerezés, a takarítás, a konyhai munkák, a varrás, a növényápolás, a szerszámok és az életvitelt segítő eszközök használata, és sok más tevékenység az egyéni igények és szükségletek szerint.

A tréning tartalma, módszerei és eredményessége is nagyban különbözik a veleszületett és a szerzett látássérülés esetében. Veleszületett vagy korán látássérült emberek az iskolai éveik alatt kellene, hogy elsajátítsák mindezeket a készségeket, mégis előfordul, hogy a felnőtt rehabilitációs szolgáltatás keretében van szükség ezen a területen tréningre. Elsőként ilyenkor fel kell deríteni, hogy milyen előzetes ismeretekre és készségekre építhetünk – akár a korábbi, iskolai időszak alatti tréning eredményeként, akár az otthon elsajátított készségeként. Ezután a tréning során mindig a legelemibb alapkészségekről indulva kell felépíteni egy-egy készség elsajátítását, felkészülve arra, hogy a látássérült ember számára minden apró részlet és evidens lépés új ismeret és készség lehet (félbe vágni egy almát, feltörni egy tojást, meghámozni egy krumplit – aki egész életében csak az elé tett tányéron találkozott ételekkel, annak ez mind-mind újdonság).

A tevékenység várható eredménye nagyban függ a látásromlás előtti készségektől. Sokan, akik azelőtt minden háztartási munkát maguk végeztek, különösen, ha szívesen is foglalkoztak ezekkel a tevékenységekkel (pl. főzéssel, sütéssel, varrással, növények gondozásával stb.) és a látásromlás után motiváltak az önállóságra, könnyen és ügyesen átállnak a látáson kívüli érzékelési módok felhasználására és az új technikák megtanulására. Az ilyen kliensektől még az évek óta ezen a területen dolgozó rehabilitációs tanárok is mindig tanulnak új technikákat és kapnak ötleteket ahhoz, hogy hogyan lehet egy-egy tevékenység elvégzését vakon megvalósítani.

A másik fontos tényező a szükségesség. Muszáj megtanulni ellátni magát annak, aki egyedül él, míg többnyire azoknál, akiket házastársuk vagy más családtag előzőleg is mindig kiszolgált, és a továbbiakban is mellettük áll, fel sem merül a háztartási munkák tanulásának igénye. Az utóbbiak esetében érdemes megkeresni azokat a feladatokat, amelyekkel hasznosan tölthetik el az idejüket és a családi munkamegosztásban is helyet kapnak (pl. férfiaknál fűnyírás, bizonyos szerelések, barkácsolás stb.).

A mindennapos tevékenységek tanítását sok esetben hasznos a látássérült ember otthonában végezni, vagy legalább néhány alkalommal az otthoni eszközökön (pl. saját mosógép, vasaló, személyes higiénéhez használt tárgyak használatát stb.) is kipróbálni a tanult készségeket, és azokat a környezeti adaptációkat (jelölések, bútorok és tárgyak elrendezése, az aliglátóknál a megfelelő megvilágítás kialakítása, kontraszt erősítésének lehetőségei) elvégezni, amelyek a minél hatékonyabb feladatvégzéshez szükségesek.

### 2.5.3. LÁTÁSTRÉNING

A látástréning célja egyrészt olyan vizuális készségek és technikák tanítása, amelyek segítik a látószervben rejlő lehetőségek jobb kihasználását. A látásvizsgálatot végző szakember akkor javasolja ezt a tréninget, ha úgy látja, hogy az illető a vizsgálatokban rosszabb teljesítményt mutat, mint ami a szemészeti adatok és vélemények alapján elvárható lenne. A látástréning feladata ezekben az esetekben a lokalizáció, a tekintet váltás, az álló és mozgó inger szemmel követésének és a pásztázás készségének fejlesztése, a látásprobléma (pl. a látótér szűkületének vagy látótérben lévő foltszerű kiesések kompenzálását segíti nagy mértékben a jó pásztázási készség, a lecsökkent vízust a fixációs és lokalizációs gyakorlatok, a közlekedési készségeket az álló és mozgó inger követésének készsége) természetének megfelelően.

A látástréning másik feladata a látásvizsgálatot végző szakember, a szemészorvos és/vagy az optometrista által javasolt optikai segédeszközök használatának megtanítása és gyakorlása. Több optikai eszközzel az olvasásnak vagy az írásnak új módját kell megtanulni: pl. más olvasótávolságot kell megszokni, vagy az olvasó televízió segítségével történő írásnál nem a kezét, hanem a képernyőt kell nézni, és más hasonló technikák. Ezek elsajátításában segít a látástréning.

### 2.5.4. BRAILLE-ÍRÁS ÉS -OLVASÁS TANÍTÁSA

A tevékenység célja a felnőttkorban látásukat veszített, illetve látássérülést szenvedett kliensek számára újra megadni az olvasás és írás lehetőségét, a Braille-írás és -olvasás technikájának megismertetésével.

Munkánk során gyakran találkozunk olyan kliensekkel, akik számára a Braille-írás, -olvasás készség szintű elsajátítása nehézségekbe ütközik. Ennek hátterében életkori sajátosságokra visszavezethető okok, illetve egészségügyi problémák (taktilis diszkrimináció, az absztraháló készség nehezítettsége, emlékezeti problémák, illetve a cukorbetegségben szenvedő személyek taktilis érzéketlensége, az ujjbegyek által közvetített információ felvételének korlátozottsága, a szenzoros neuropátia) is meghúzódhatnak.

A Braille-tanítás másik felmerülő problémája az írott anyagokhoz való hozzájutás nehézsége. Nemcsak a felnőtt rehabilitációban, hanem a veleszületett vagy a sérülésüket korán szerzett látássérült emberek esetében is az elektronikus információ térhódítása miatt háttérbe szorul a Braille-olvasás jelentősége. Ma már a látássérült emberek túlnyomó többségének van számítógépe, és annak felolvasó egységével könyvekhez, hírekhez és mindenféle más információhoz hozzájut, pl. az interneten keresztül. Ugyanakkor a Braille-nyomtatású könyvekhez való hozzáférés, a Braille-jelekkel való feliratozás Magyarországon nem olyan elterjedt, hogy igazán nélkülözhetetlen lenne a Braille-rendszer ismerete.



Mindezek ellenére mindig vannak látássérült emberek, akik szívesen megismerkednek a Braille-olvasás és -írás rendszerével, és motiválja őket az újfajta olvasási mód elsajátítása.

A Braille-írás ismeretének különös haszna a saját írásuk és jelöléseik elolvasásának képessége. Braille-írógéppel, -táblával és -pontoszóval jegyzeteket, telefonregisztert tudnak készíteni, DYMO-szalagra Braille-feliratokat készíthetnek, és ezzel jelölhetik meg az eszközeiket, hangzó anyagaikat.

### 2.5.5. KOMMUNIKÁCIÓS ÉS SZÁMÍTÁSTECHNIKAI ESZKÖZÖK HASZNÁLATÁNAK TANÍTÁSA

A tevékenység célja, hogy a résztvevők megismerjék és elsajátítsák a számítógép-kezelés alapjait vagy megtanulják az addig vizuálisan kontrollált készségeik gyakorlásához szükséges adaptált technikákat (speciális eszközök használatát), és ezzel lehetőséget kapjanak arra, hogy kompenzálhassák a látáscsökkenésük miatti hátrányukat az információkhoz való hozzáférésben, a tájékozódásban és kapcsolattartásban.

Az informatika oktatás eredményeként a látássérült résztvevők az otthoni felhasználáshoz megfelelő mértékben elsajátíthatják a számítógép-kezelés alapjait, valamint jártasságot szerezhhetnek a speciális szoftverek használatában. A számítógép- és az internet használat hatalmas lehetőségeket jelent egy látássérült felhasználó számára, az információszerzés és tájékozódás olyan kommunikációs csatornáit teszi elérhetővé, amelyek segítik az egyén integrálódását a többségi társadalomba.

Speciális eszközök segíthetik az aliglátó személyek számára a nagyobb, a jobban látható képek létrehozását (Magic software), felolvassák a képernyőn megjelenő információt (Jaws képernyőolvasó), vagy a Braille-pontrendszerben kidomborítják a képernyő egy vagy több sorát. (Braille-sor). Ezek mellett a látássérült emberek számára fontos eszköz a szkennerek, amely beviszi a síkírást szöveggé a számítógépbe, majd azt egy karakterfelismerő program (pl. Fine Reader, Omnipage Pro) értelmezi, amelyet ezek után a képernyőolvasó fel tud olvasni a látássérült ember számára. Ezzel az adaptációval tudnak a vak emberek is olvasni, bár természetesen a látó olvasásnál sokkal lassabb tempóban.

### 2.5.6. EGYÉNI ESETKEZELÉSEN ALAPULÓ SZOCIÁLIS MUNKA

Az elemi rehabilitációs folyamatban részt vevő látássérült embereket a szolgáltatás iránti igény jelzésétől kezdve, az utógondozással bezárólag a szociális munkás esetmenedzserként kíséri, támogatja. Ezáltal lehetőség nyílik a kliensek igényeinek, szükségleteinek, élethelyzetének, családi és baráti kapcsolatainak pontosabb megismerésére, a számukra biztosított fejlesztő tevékenységek összehangolására. A szociális munkás emellett segítséget nyújt a rehabilitációs folyamat során felmerülő problémák, konfliktusok megoldásában, az önálló életvitelt segítő feltételek kialakításában, az elérhető szociális támogatások és szolgáltatások igénybevételeiben.

A szociális munkás tevékenysége a klienssel kialakított bizalmi viszonyon alapul, amely segítő beszélgetések sorozatán keresztül alakulhat ki. Az esetkezelés egyéni beszélgetéseken alapul, amelyet azonban célzott csoportfoglalkozások is kiegészíthetnek. A kliensekkel való, zavartalan találkozók csendes, zárható helyiséget igényelnek.

## **2.6. A rehabilitációs folyamat lezárása, utógondozás**

A rehabilitációs folyamat lezárására akkor kerül sor, amikor a látássérült ember és a trénerek közös értékelése szerint a kezdetben megjelölt célokat a kliens teljesítette. A későbbiekben azonban felmerülhetnek új igények, és az ezek teljesítéséhez szükséges újabb tréningre vagy otthoni tanítás igénybevételére a rehabilitációs intézménynek módot kell találnia. A folyamat lezárása előtt a látássérült embert tájékoztatni kell ennek lehetőségéről.

A kliens saját kezdeményezése mellett jó, ha a rehabilitációs intézmény is kezdeményez kapcsolatot a rehabilitációban korábban részt vettekkel. Bizonyos rendszerességgel – amit az intézmény vezetősége vagy szakemberei közösen határoznak meg – érdemes felvenni a kapcsolatot és megkérdezni, hogy van-e olyan változás a látássérült ember életében, amely új készségek megtanulását vonja maga után.

## **2.7. Kiegészítő szolgáltatások**

A kiegészítő szolgáltatások közé soroljuk mindazokat a tevékenységeket, amelyek nem közvetlenül tartoznak a rehabilitáció folyamatába, de közvetve segítik annak eredményességét. Ilyenek a hasonló helyzetben levők közösségét erősítő programok, amelyek nagyban segíthetik a rehabilitációs cél elérését. Vannak kliensek, akik inkább meghallják a látássérült társuk tanácsát, mint a szakemberét, még ha mindketten ugyanazt mondják is. Ezért hasznos klubfoglalkozásokat, találkozókat, érdeklődési kör szerinti csoportfoglalkozásokat szervezni, amelyek alkalmat adnak a rehabilitációban részt vevő személyeknek az egymással való megismerkedésre és baráti kapcsolatok kialakítására. Ez különösen az ambuláns formában működő rehabilitációs intézményben releváns, ahol többnyire egyenként foglalkoznak a kliensekkel, így kevés alkalom adódik számukra az egymással való találkozásra. Pozitív példa van a mai magyarországi rehabilitációs központokban, pl. társastánc tanfolyamra, macula-klub működésére (időskori macula degenerációban szenvedő betegeknek), és nyaranta egyhetes táborozásra a régebben rehabilitációban részt vett személyek számára. Ezek pozitív példák, de minden rehabilitációs központnak a maga személyi, tárgyi, anyagi feltételei és a szolgáltatásait igénybe vevők körének jellemzői szerint kell kialakítani a rehabilitációt segítő és kiegészítő szolgáltatásokat.

## 2.8. Pszichológiai támogatás

Az elemi rehabilitációs folyamat része lehet a pszichológus segítsége: tanácsadás, terápiás foglalkozások vagy csoportos terápia formájában. Fontos hangsúlyozni, hogy ez nem feltétlenül része a folyamatnak, látássérült-

té válhat és sok esetben válik is, sok ember úgy, hogy lelki egyensúlyát megtudja őrizni. Sokszor találkozunk megingásokkal, lelkileg érezhetően labilis kliensekkel. Ez egy bizonyos értelemben természetes, hiszen egy trauma feldolgozásának folyamatában vannak. A szociális munkásnak és a többi rehabilitációs szakembernek, akár együttesen a team-megbeszélések alkalmával, azt kell eldönteni, hogy ez egy normális folyamat részének tekinthető-e vagy kóros pszichés állapotra vall.

Figyelembe kell venni azt is, hogy egy trauma feldolgozása nem egyszerre történik meg, a rossz lelkiállapot vissza-visszatérhet, ilyenkor a kliens értő, empátikus meghallgatása sokat segíthet, ennyi segítség elegendő lehet. Kóros állapot gyanítható azonban a tartósan depresszív, magába forduló, súlyos pszichoszomatikus problémákkal küzdő, extrém viselkedési módokat, pl. hisztérikus vagy paranoiás tüneteket mutató kliens esetében.

A kérdés részletes kifejtését lásd a kiadvány 1. mellékletében. Itt hasznos tanácsokat találhatunk a rehabilitációs szakemberek számára, hogy miként épülhet be munkájukba a trauma feldolgozásának hatékony segítése.

Szellő János (szerk.):

## A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései

Jegyzet<sup>1</sup>

---

1 A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései Jegyzet (Szellő J. szerk) 2009. FSZK 83–104.

## Tartalom

A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései	81
Rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel folytatott konzultációs tevékenység	81
1. Diagnóziskészítés módszertana, az ügyfél motiválása	81
2. Tervkészítés, megállapodás megkötése	84
3. Megvalósítás	86
4. Kapcsolattartás az együttműködő partnerekkel	90
5. Utánkövetés	95

## A foglalkozási rehabilitáció módszertani kérdései

(...)

### **Rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel folytatott konzultációs tevékenység**

A kirendeltségi rehabilitációs ügyintéző rendelkezésére álló dokumentumok alapját képezik a személyes beszélgetésnek. (...) (ORSZI, ..., valamint a foglalkoztatási szakértő szakmai véleménye és a rehabilitációs járadékot megállapító határozat) információkat tartalmaz a rehabilitációs járadékos személy orvosi, szociális és foglalkozási rehabilitációs szükségleteire, a rehabilitáció lehetséges irányára, a rehabilitációhoz szükséges időtartamra, illetve az ellátásra való jogosultság időtartamára vonatkozóan.

A rehabilitációs járadékos ellátást megállapító határozat jogerőre emelkedését követő személyes találkozás alkalmával a rehabilitációs ügyintéző összegyűjti azokat az információkat, amik a rehabilitációs terv kialakítása és a rehabilitációs megállapodás megkötése szempontjából jelentőséggel bírnak, – amennyiben a rendelkezésére álló dokumentumokból ez nem derül ki – tájékozik a rehabilitációs járadékos személy munkatapasztalatáról, szakképzettségéről, támogató, vagy éppen munkavállalást gátló körülményeiről, munkavállalásával kapcsolatos elképzeléseiről, terveiről, motiváltságáról.

A rehabilitációs járadékban részesülő személy foglalkozás-egészségügyi vizsgálatát akkor kell kezdeményezni, ha a munkaközvetítés, képzésben történő részvétel során a járadékos személy munkaköri vagy szakmai alkalmassága vitatott, vagy annak véleményeztetését a foglalkoztatóval vagy a képző szervezettel történt megállapodás alapján a regionális munkaügyi központ vállalta, továbbá ha az ügyfél foglalkoztathatósági korlátozásainak megállapításához (foglalkoztathatóság) kiegészítő vizsgálatok szükségesek.

A rehabilitációs ügyintéző a beszélgetés alapján javasolhatja a rehabilitációs terv kialakítása előtt szükséges előzetes humán szolgáltatások (munkatanácsadás; pályatanácsadás; rehabilitációs tanácsadás) igénybe vételét, melyek eredményei segítik később a terv kialakításában. Felvetéseit egyeztetni a rehabilitációs járadékban részesülő személlyel, és közösen időpontot egyeztetnek az előzetes szolgáltatások nyújtóival. Az előzetes szolgáltatások időpontjait rögzíti a rehabilitációs járadékos személy kiskönyvében.

#### **1. DIAGNÓZISKÉSZÍTÉS MÓDSZERTANA, AZ ÜGYFÉL MOTIVÁLÁSA**

Az ügyfélről gyűjtött információkat rendszerezni és elemezni szükséges annak megállapítása érdekében, hogy van-e elhelyezkedést nehezítő probléma, s ha igen, az milyen természetű. Az elemzés alapját képezi, hogy a szakmai és személyes háttér, valamint a környezeti tényezők mindig együtt, összefüggéseikben hatnak.

Az elemzés során először az ügyfél profilja és foglalkoztatására vonatkozó elképzelései közötti összhangot vizsgáljuk, majd azt összevetjük a munkaerő-piaci feltételekkel. Az ügyfélről szerzett információk elemzésének *eredménye felhasználható* álláskeresőként regisztrált megváltozott munkaképességű ügyfelek esetében az *álláskeresői besoroláshoz, illetve meghatározhatja a továbblépés irányát, a felajánlható szolgáltatások körét.*

### **Megváltozott munkaképességű regisztrált álláskereső**

Az *ügyfél-kategorizálás* módszerét használva az első interjú tapasztalatai alapján a közvetítő valamennyi regisztrált álláskeresőt meghatározott csoportba sorolja. A szegmentálás alapja, hogy megállapítsuk az ügyfél kategóriáját, rendeljük hozzá a megfelelő szolgáltatásokat, előzzük meg a tartós munkanélküli státusz bekövetkezését, koncentráljunk arra az ügyfélkörre, akinek valóban személyes segítségre van szüksége. Az álláskeresői besorolás lehetőségei:

#### **1. Önálló álláskereső**

Az első kategóriába sorolt ügyfelek (önálló álláskereső) képesek önmagukat menedzselni, ha ehhez a szervezet korszerű eszközök segítségével megfelelő számú állásajánlatot tud biztosítani. Bár minden személy számára biztosítani kell az öninformálódás lehetőségét, az ebbe a csoportba tartozó ügyfelek számára ez különös jelentőséggel bír. A kategóriába soroláskor fel kell mérni, hogy az álláskereső ismeri-e az önálló álláskeresői módszereit. Tájékoztatást kell adni számára a munkaügyi központ által biztosított lehetőségekről.

*Az önálló álláskereső kategóriába tartozó ügyfelek jellemzői:*

- kellő motivációval rendelkezik az elhelyezkedésre,
- ismeri az önálló álláskeresői módszereit,
- megfelelő állás megszerzése folyamatban van,
- állásra történő pályázat megtörtént, a foglalkoztatótól visszajelzést vár,
- önmaga foglalkoztatását kívánja megoldani,
- reális munkaerő-piaci értékei, ismeretei vannak,
- képzettsége, képessége a munkaerőpiacon keresett.

#### **2. Elhelyezhető segítséggel:**

Azok az álláskeresők tartoznak ebbe a kategóriába, akik nem rendelkeznek eladható, piacképes munkavégző képességgel, jelentős mértékben elveszítették munkaerő-piaci értéküket és nagy valószínűséggel csak a kirendeltség aktív foglalkoztatáspolitikai eszközrendszere és szolgáltatásai révén válhatnak alkalmassá arra, hogy a munkaerő-piacon elhelyezkedjenek, vagy az 1) kategóriába kerüljenek.

*Az elhelyezhető segítséggel kategóriába tartozó ügyfelek jellemzői:*

- képzettsége nem keresett a munkaerőpiacon,
- képessége (gyakorlata) hiányzik az állás betöltéséhez,



- nem ismeri az önálló álláskeresés módszereit,
- irreális munkaerő-piaci értékei, ismeretei, igényei vannak,
- családi helyzete megnehezíti az álláskeresést és az elhelyezkedést (kiskorú gyermeket nevel, beteg családtag stb.),
- önállóan finanszírozott iskolarendszeren kívüli képzés résztvevője,
- vélhetően csak foglalkoztatási támogatással helyezhető el,
- átmenetileg nem elhelyezhető (pl.:beteg, munkaerő-piaci képzésben vesz részt stb.)

### 3. Veszélyeztetett álláskeresők:

Azok az ügyfelek, akiknek az elsődleges munkaerőpiacra történő visszakerüléséhez – a kirendeltség által nyújtott szolgáltatások, támogatások mellett – nagy valószínűséggel külső intézmények, szervezetek bevonása is szükségessé válhat. A munkavállalást akadályozó tényezők kiküszöbölésére a kirendeltségnek segítő szervezetekkel kell kapcsolatot teremteni. Az ilyen szervezetekkel történő együttműködés eredményeképpen válhatnak alkalmassá arra, hogy a 2 kategóriába (vissza)kerüljenek.

*A veszélyeztetett (várhatóan tartós munkanélkülivé váló ügyfél) jellemzői:*

- nem motivált az elhelyezkedésre,
- általános mentális és kommunikációs leépülési problémákkal küszködik,
- halmozott akadályozó tényezőkkel rendelkezik,
- egyéb gátló tényezők (pl. lakhatási problémák, idős, beteg hozzátartozó ápolása) (...)

### Rehabilitációs járadékban részesülő személyek

*A diagnóziskészítés a rehabilitációs terv kialakításának, illetve a rehabilitációs megállapodás megkötésének alapja, előkészítése.* Ennek során a kirendeltségi rehabilitációs ügyintéző tájékozik az ügyfél aktuális állapotáról, és felméri, hogy a felmerült orvosi, szociális és foglalkozási rehabilitációs szükségletek alapján milyen szakemberek bevonására van szükség a terv és a megállapodás előkészítésére. A rehabilitációs terv előkészítésénél figyelembe veszi:

- a járadékos személy motivációját; informáltságát;
- egészségi állapotát;
- mentális kondícióját;
- iskolai végzettségét és szakmai gyakorlatát;
- a foglalkoztathatóságot akadályozó tényezőket (munkavállalás-, közlekedési-, munkavégzési nehézségek, családi helyzet egyéb életkörülmények);
- a rehabilitáció konkrét irányát;
- a rehabilitációs szükségleteknek megfelelő szolgáltatások körét;
- az adott térség munkaerő-piaci helyzetét.

Ehhez *rendelkezik információval* magától az *ügyféltől*, melyet az előző pontokban ismertetett időpontokban, és módon történt személyes találkozás(ok) alkalmával szerzett, ugyanakkor rendelkezésére állnak olyan, a 4.2 pontban már felsorolt *dokumentumok*, melyek nem csak a személyes konzultációra való felkészülésben segítik, hanem az ügyfél helyzetének megítélésében is.

Amennyiben a rehabilitációs ügyintéző javasolta előzetes humán szolgáltatások (munkatanácsadás; pályatanácsadás; rehabilitációs tanácsadás) igénybe vételét, akkor a számára írásban megküldött *tanácsadói vélemények és javaslatok* szintén segítenek az ügyfélről kialakuló kép pontosításában, de további információk forrása lehet a *munkáltató* is. (Amennyiben a járadékban részesülő személy kereső tevékenységet folytat a rehabilitációs ügyintézőnek kötelessége megkeresni a munkáltatót. Az ügyintéző a munkáltató visszajelzéséből tájékozódhat a munkavállaló továbbfoglalkoztatásának lehetőségéről.)

A munkaügyi szervezethez *hagyományos, régi ágon bejövő megváltozott munkaképességű ügyfelek* önkéntes alapon, külső presszió, kényszerítő erő nélkül kérik nyilvántartásba vételüket, ezért feltételezhetően motivációjuk is nagyobb, mint a rehabilitációs járadék folyósítási feltételeként velünk kötelezően együttműködő személyeké. Esetükben a tanácsadási folyamat során inkább az eddigi álláskereső kudarcainak feldolgozása, a feltehetően negatív önértékelés pozitív irányba való elmozdítása, a reális énkép kialakításának elősegítése válik hangsúlyossá. Amennyiben a szolgáltatást nyújtó tanácsadó kompetencia hiányában úgy ítéli meg, hogy nem tud ebben az ügyfél segítségére lenni, akkor vele egyetértésben, pszichológiai tanácsadásra irányíthatja a megváltozott munkaképességű álláskeresőt, szolgáltatáskérőt.

A *rehabilitációs járadékos személyek* gyakran érezhetik úgy, hogy az igényelt rokkantsági nyugdíj helyett egy jóval kedvezőtlenebb feltételeket jelentő ellátást kaptak, és a kirendeltséggel való együttműködést tehernek érezhetik. Együttműködéssel, munkavállalással kapcsolatos motivációjuk így nem minden esetben megfelelő, és akadálya lehet a rehabilitáció sikeres megvalósulásának. Számukra motiváló lehet a rehabilitációs járadék, és a kirendeltséggel való együttműködés előnyeinek tudatosítása. (A járadék folyósításának időtartama szolgálati idő szerző, szervezett segítséget kap nem csak a foglalkozási, hanem a szociális és orvosi rehabilitáció területén, amennyiben igényli mentor segíti a rehabilitációs tervben foglaltak megvalósításában, teljes értékű, egészségi állapotának, megmaradt munkaképességeinek megfelelő munka elvégzésére válik alkalmassá, elhelyezkedése nem csak anyagi előnyökkel, hanem környezete fokozottabb megbecsülésével is jár majd.)

## 2. TERVKÉSZÍTÉS, MEGÁLLAPODÁS MEGKÖTÉSE

**Minden álláskeresőként nyilvántartásba vett személy** köteles együttműködni a munkaügyi kirendeltséggel. Az együttműködést – az álláskeresői támogatásban, vagy rendelkezésre állási támogatásban részesülő, illetve rehabilitálhatónak minősített és rendszeres szociális járadékban részesülő ügyfelek esetében – *álláskeresői megállapodásban* rögzítik a felek, de egyéb esetben sem zárja ki

jogszabály, ha az együttműködést célszerű ebben a formában, írásban rögzíteni.

Az *álláskeresési megállapodás tartalmazza* az ügyfél jelentkezésének gyakoriságát, az álláskeresőnek az álláskeresése érdekében folytatott tevékenységének, a munkába lépés vállalt időpontjának, az álláskereső által keresett munkahely főbb jellemzőinek, valamint a kirendeltség által az álláskereső részére nyújtandó szolgáltatások meghatározását. A közbeni interjúk, a közvetítő és az álláskereső együttműködési körébe tartozó találkozások alkalmával megvalósult információcsere alapján az álláskeresési megállapodást *szükség szerint felülvizsgálni és módosítani* kell.

Regisztrált megváltozott munkaképességű álláskeresők azon csoportja esetében, akikkel nem kötelező álláskeresési megállapodás megkötése, de vállalja az együttműködésnek ezt az aktív formáját, *álláskeresési terv készíthető*. Az álláskeresési terv a munkát kereső személy (álláskereső és közvetítést kérő ügyfelek közös megnevezése) és a közvetítő közötti együttműködés során az elhelyezkedéssel kapcsolatos tervezett tevékenységek írásos formában történő rögzítése. *Célja* egy olyan, belátható időtartamban, reális eséllyel végrehajtható lépéssor kidolgozása, amelyben mintegy folyamatként rögzíthetők az interjúk alatt feltárt problémák megoldási lehetőségei, a munkaerő-piacra való visszajuttatás érdekében.

Ennek megfelelően az *álláskeresési terv tartalmazza* az álláskereső számára közösen kitűzött elérendő (és teljesíthető) célt, a cél eléréséhez szükséges lépéseket, pontosan meghatározva milyen tennivalói vannak a közvetítőnek, illetve magának az álláskeresőnek, valamint, hogy milyen időtartam áll ehhez a rendelkezésére. A tervet mindkét fél aláírja. (...)

A regisztrált, rehabilitációs eljárásba vont megváltozott munkaképességű álláskeresők esetében, az együttműködést dokumentáló iratok közé tartozik a *nyilatkozat* is, melynek aláírásával az ügyfél nyilatkozik az eljárásba vonás felajánlásának elfogadásáról. A nyilatkozat egy példánya a rehabilitációs eljárásba vont ügyfél iratanyagába kerül, másik példánya az ügyfélnél marad. (...)

A *rehabilitációs járadékban részesülő személyek* nem álláskeresőként szerepelnek nyilvántartásunkban, ennek megfelelően velük nem álláskeresési megállapodást köt a kirendeltségi ügyintéző, hanem külön eljárásrendben meghatározott módon és határidővel *rehabilitációs megállapodást*. A rehabilitációs járadékos személy munkaügyi kirendeltséggel való kötelező együttműködésének megkezdéséről az ellátást megállapító szervet *értesíteni kell*, mivel a munkaügyi kirendeltséggel való együttműködés *az ellátás folyósításának feltétele*.

A rehabilitációs megállapodás mellékletét képezi a *rehabilitációs terv*. Az adatfelvételkor, illetve a diagnóziskészítés során feltárt információk szolgálnak a rehabilitációs terv előkészítésére. A kirendeltségi rehabilitációs ügyintéző a rendelkezésére álló információk alapján eldönti, hogy a terv további előkészítésébe milyen kollégák, szervezetek, intézmények, illetve segítő személyek (mentor, hozzátartozó) bevonása szükséges, és bevonja őket a tervezésbe.

Az orvosi, szociális, és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások megfelelő összehangolása, időbeni tervezése érdekében érdemes tanácskozni az illetékes

területek szakembereivel (szociális és egészségügyi intézmények szakemberei, civil szervezetek munkatársai, munkaadó). A rehabilitáció konkrét irányának meghatározásához, a tervezett szolgáltatások, támogatások pontosítása érdekében segítséget kérhet a kirendeltség, illetve a kirendeltség és szolgáltató központ kollégáitól (foglalkoztatási szakértő, rehabilitációs tanácsadó, munkatanácsadó, képzési ügyintéző, aktív eszköz koordinátor, aktív eszköz referens).

Az terv ismertetését követően, ha az minden fél számára elfogadható volt, a rehabilitációs ügyintéző kitölti az eljárásrend megfelelő dokumentumait.

*A rehabilitációs tervben rögzíti:*

- alapadatokat;
- a munkavállaláshoz szükségesnek tartott feltételeket;
- a munkavégzés időbeni korlátait;
- a rehabilitáció konkrét irányát;
- a rehabilitációs szükségleteket;
- a rehabilitációs szolgáltatások igénybevételéhez szükséges segítség formáját, módját;
- a rehabilitációs szolgáltatásokat (egészségügyi, szociális, foglalkozási), és ezek igénybevételének időpontját;
- a foglalkoztatást elősegítő támogatásokat, azok mértékét és az igénybevétel időpontját;
- a résztvevő vállalásait;
- a kirendeltség vállalásait

*A rehabilitációs megállapodásban rögzíti:*

- a rehabilitációs járadékban részesülő ügyfél vállalásait az együttműködésre vonatkozóan;
- az önálló munkakeresés formáit;
- a kapcsolattartás módját;
- a járadékos ügyfél értesítési kötelezettségének eseteit;
- a kirendeltség vállalásait;
- általános rendelkezéseket.

### 3. MEGVALÓSÍTÁS

#### **A megváltozott munkaképességű személyek számára nyújtható szolgáltatások**

Minden olyan megváltozott munkaképességű személynek, aki álláskeresőként vagy szolgáltatáskeresőként a munkaügyi kirendeltség nyilvántartásában szerepel, vagy rehabilitációs járadékosként a kirendeltséggel együttműködik, nyújthatók a 30/2000. (IX. 15.) GM-rendeletben szabályozott munkaerő-piaci szolgáltatások. Ezeket a szolgáltatásokat nyújthatja maga a munkaügyi kirendeltség, vagy kirendeltség és szolgáltató központ, illetve a regionális munkaügyi központ által támogatott szolgáltatást nyújtó természetes személyek, vagy szervezetek.<sup>2</sup> (...)

<sup>2</sup> Lásd még: JEGYZET 111–112. p. és 128–138 p.

Nem munkaerő-piaci szolgáltatást nyújtó külső intézmények bevonására elsősorban az ügyfél-kategorizálás során harmadik, veszélyeztetett kategóriába sorolt ügyfelek, valamint a rehabilitációs járadékban részesülő személyek esetében van szükség, a munkára kész állapot mielőbbi elérése, valamint a komplex rehabilitáció sikeres megvalósításához szükséges szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása végett. Ennek érdekében fel kell venni a kapcsolatot, a probléma jellegétől függően a kirendeltséggel együttműködésben álló civil, önkormányzati, egészségügyi, vagy szociális szervezetekkel, ahová időpont egyeztetése után átirányítható az ügyfél. A társintézmények szolgáltatásainak eredményéről vagy írásban, vagy telefonos kapcsolatfelvétel útján tájékozódhatunk. Főként a külső partnerekhez irányításkor lehet szükség mentori szolgáltatás nyújtására.

Álláskeresőként regisztrált ügyfél számára felajánlott szolgáltatások körét alapvetően a kategóriába sorolás eredménye határozza meg, de természetesen figyelembe kell venni az ügyfél kérését, igényeit. Az első, önálló álláskereső kategóriában az álláskeresőt a kirendeltség, illetve kirendeltség és szolgáltató központ az alábbi szolgáltatás-csomaggal támogatja:

- kirendeltségi Öninformációs térben elhelyezett újságok, szórólapok, pályázati lehetőségek, önéletrajz-minták,
- Internet használata: ÁFSZ portál, EURES állásajánlatai,
- KIOSZK-ok használata, (állás, képzés-keresést szolgálja),
- Álláskeresői tréningek,
- Mobilitást támogató eszközök,
- Állásbörzék,
- Foglalkozási Információs Centrumok, Humán Szolgálat öninformációs rendszere.

A „segítséggel elhelyezhető” második kategóriában az alábbi szolgáltatás-csomag, illetve egyes elemeinek felajánlása indokolt:

- aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök alkalmazása (támogatások, munkaerő-piaci képzések),
- egyéni és csoportos tanácsadások, (pályaválasztási és pályaaorientációs, munkavállalási rehabilitációs, álláskeresői stb.),
- kiegészítő tréningek az öninformációs eszközök használatának elsajátítása érdekében.

Veszélyeztetett, harmadik kategóriába sorolt ügyfelek számára javasolt szolgáltatások:

A kirendeltség által nyújtott szolgáltatások, támogatások mellett segítő szervezetek bevonása (ezeket az ügyfeleket irányítani szükséges azokhoz a szervezetekhez, akik a helyi kirendeltséggel együttműködnek). A segítő és civil szervezeteket a kirendeltség illetékességi területe szerint kell feltérképezni a lehetőségek figyelembe vételével. Pl.:

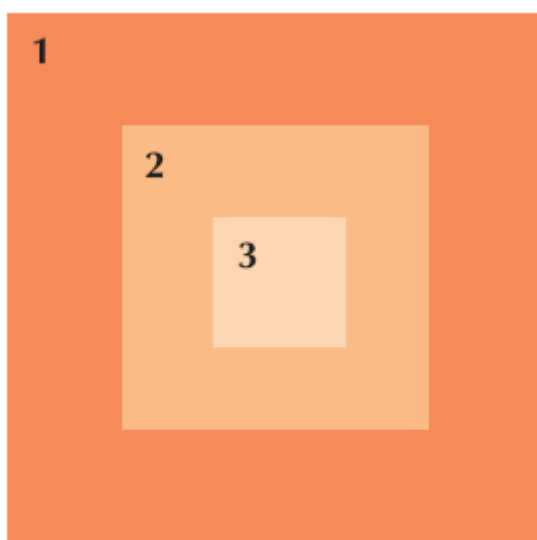
- Családsegítő és Gyermekjóléti Intézetek

- Egészségügyi Szolgálat (pl. foglalkozás-egészségügyi vizsgálat)
- Segítő szolgálatok (pl.: Máltai Szeretetszolgálat, Vöröskereszt stb.)
- Helyi Önkormányzat Szociális Irodája
- Kisebbségi Önkormányzatok
- Foglalkoztatási Alapítványok,
- Érdekvédelmi egyesületek, alapítványok stb.

Ahogy a kategóriák közötti átjárhatóság is biztosított az ügyfél aktuális munkaerő-piaci státuszának megfelelően, úgy az egyik kategóriákhoz rendelt szolgáltatáscsomagok sem mereven elkülönülő, kizárólagosan alkalmazható módszer- és eszközkészletet jelentenek. A szolgáltatáscsomagok a „doboz a dobozban” elv szerint egységes egészet alkotnak:

### 1. ÁBRA

A PROFILING RENDSZER SZERINT KATEGÓRIÁBA SOROLT  
MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ ÁLLÁSKERESŐ ÜGYFELEK SZÁMÁRA BIZTOSÍTHATÓ  
SZOLGÁLTATÁSCSOMAGOK, ÉS AZOK EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA



*Jelmagyarázat:* 1.: önálló álláskeresőik számára biztosított szolgáltatások  
2.: segítséggel elhelyezhető álláskeresőik számára biztosított szolgáltatások  
3.: veszélyeztetett álláskeresőik számára biztosított szolgáltatások

Az 1. kategóriába sorolt ügyfelek számára biztosított szolgáltatáscsomag elemei, a 2. kategóriába sorolt ügyfelek számára is hozzáférhetőek, kiegészítve a speciálisan számukra összeállított szolgáltatáscsomag elemeivel.

Ugyanígy a 3. kategóriába sorolt ügyfelek is részesülhetnek az 1. és a 2. kategóriához rendelt humán szolgáltatásokban. (...)

### **Rehabilitációs járadékban részesülő személy számára nyújtott szolgáltatások**

A rehabilitációs járadékban részesülő személyek számára felajánlott, később rehabilitációs tervben rögzített szolgáltatásokat elsősorban a foglalkoztatási



szakértő szakmai véleményében megjelölt, az ORSZI szakvéleményében szereplő, illetve a személyes beszélgetés során felszínre került *szükségletek alapján kell meghatározni*. Ennek megfelelően a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások köre kibővíülhet az orvosi és szociális rehabilitációs szolgáltatásokkal, melyek meghatározása a rehabilitációs ügyintéző feladata. *A szolgáltatások igénybevételenek sorrendjét, módját* tartalmazza a személyre szabott rehabilitációs terv, melynek megvalósulását nyomon követi, és meghatározott időközönként értékeli a kirendeltségi rehabilitációs ügyintéző.

A rehabilitációs megállapodás és a rehabilitációs terv hatékony megvalósulása érdekében a rehabilitációs ügyintéző *rehabilitációs mentort jelölhet ki* a rehabilitációs megállapodás megkötésével egyidejűleg. Mentort *kötelezően ki kell jelölni* a következő esetekben:

- a rehabilitációs járadékban részesülő személy kéri és a rehabilitációs terv alapvető rehabilitációs szükségletet kielégítő szociális és orvosi szolgáltatást is megjelöl;
- illetve ha a személyes konzultáció során, vagy tanácsadási folyamat során ennek szükségessége megállapításra kerül.

*A rehabilitációs folyamatban résztvevő mentor feladatai:*

- a rehabilitációs szolgáltatások igénybevétele során történő információnyújtás (a munkaügyi szervezet által nyújtott és támogatott humán szolgáltatásokról, képzésekről, rehabilitációs szolgáltatókról)
- az önálló munkába álláshoz szükséges személyes tanácsadás
- a beilleszkedéshez történő segítségnyújtás (kommunikációs technikák, konfliktuskezelési módok megismertetése, elsajátíttatása, segítségnyújtás a megfelelő önértékelés és önkép kialakításában, személyes kísérés)
- személyes közreműködés és szükség esetén együttműködés a rehabilitációs szolgáltatást nyújtó szolgáltatókkal, szervezetekkel és személyekkel (kommunikáció, információáramlás biztosítása)
- rendszeres kapcsolattartás a járadékban részesülő személlyel (figyelemmel kíséri a rehabilitációs járadékos személy egészségi állapotát, a rehabilitációs tervben foglaltak megvalósulását, közreműködik a terv megvalósulásában felmerült akadályok elhárításában)

A rehabilitációs mentornak tájékoztatási kötelezettsége van a kirendeltség felé, és szükség szerint közreműködik a rehabilitációs megállapodás módosításában. (...)



#### 4. KAPCSOLATTARTÁS AZ EGYÜTTMŰKÖDŐ PARTNEREKSEL

##### **Nyilvántartott (...) megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációja során történő kapcsolattartás**

*Amennyiben a szolgáltatást a kirendeltség, illetve kirendeltség és szolgáltató központ tanácsadója nyújtotta, úgy a szolgáltatásra irányításnál már leírtaknak megfelelően a kirendeltségi ügyintéző előzetes időpont egyeztetés után küldi ügyfelét a tanácsadóhoz. A tanácsadó tanácsadói naplójában dokumentálja a tanácsadás eredményeit, és erről tájékoztatja a közvetítőt, aki – az eredményeket beépítve a foglalkozási rehabilitációs folyamatba – szükség esetén továbbíratja az ügyfelet más, szolgáltatást nyújtó szervezethez, vagy a tanácsadási folyamat befejeztével, megfelelő munkaerőigény esetén megkísérli a közvetítést.*

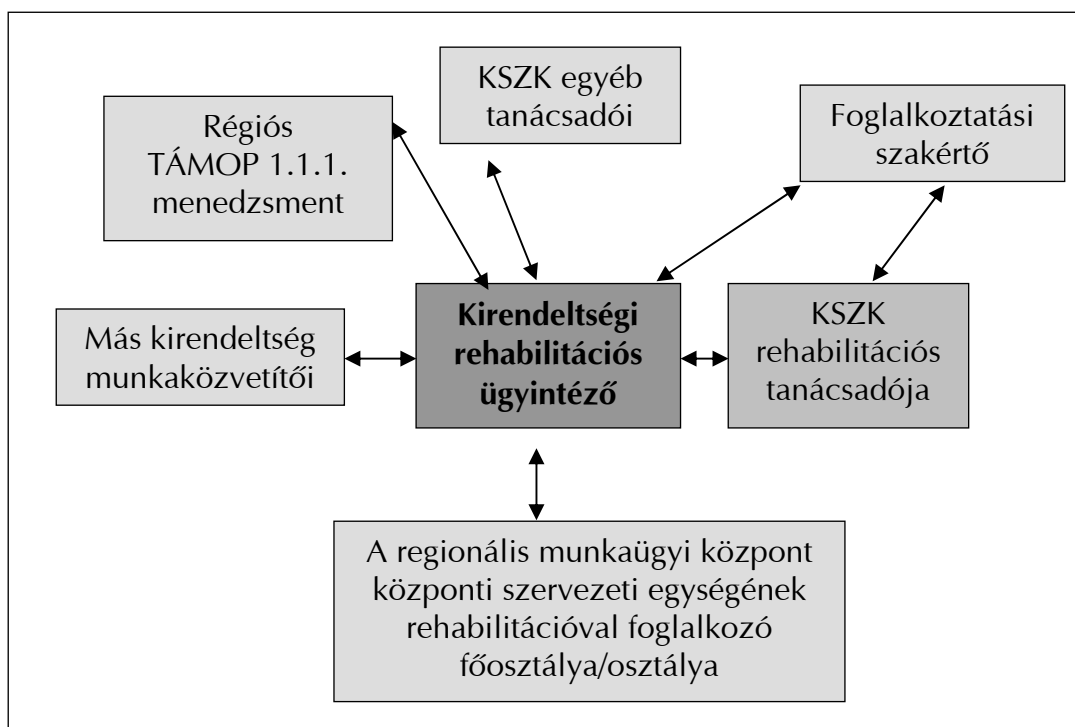
Álláskeresőként regisztrált megváltozott munkaképességű ügyfelek foglalkozási rehabilitációjának azonban gyakori eleme *a külső szolgáltatóhoz irányítás*. Ilyenkor a helyi együttműködési megállapodásnak megfelelően történik az ügyfél szükségleteinek megfelelő civil, önkormányzati, szociális, illetve egészségügyi szervezet, intézmény kiválasztása, a kapcsolattartó kontaktszeméllyel való kapcsolatfelvétel, és a szolgáltatás nyújtást követően a kirendeltségi ügyintéző, vagy tanácsadó felé történő visszajelzés. (...)

*Rehabilitációs járadékban részesülő személyek komplex rehabilitációjának megvalósulása érdekében elengedhetetlen a rehabilitációs terv megvalósításában résztvevő szakemberekkel, intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolatfelvétel és kapcsolattartás, ami jellemzően a kirendeltségi rehabilitációs ügyintéző, illetve a rehabilitációs mentor feladata, és végig kíséri a rehabilitációs folyamatot a tervezés szakaszától, annak befejeződéséig.*

Ez biztosítja a folyamatos visszacsatolást az ügyfél állapotáról, előrehaladásáról a rehabilitációs folyamatban. A komplex rehabilitációs szolgáltatások tervezése, azok hozzáféréseinek biztosítása során a kirendeltségi ügyintéző, illetve a rehabilitáció folyamatában résztvevő rehabilitációs mentor kapcsolatainak áttekintésekor célszerű különválasztani a munkaügyi szervezeten belüli, és az egyéb intézmények, szervezetek felé irányuló külső kapcsolatrendszert.

A kirendeltségi ügyintéző munkaügyi szervezeten belül kapcsolatot tart a rehabilitációs járadékban részesülő személy rehabilitációs tervének kialakítása és a tervben foglaltak megvalósítása során: (...)

**2. ÁBRA**  
**A KIRENDELTSÉGI REHABILITÁCIÓS ÜGYINTÉZŐ KAPCSOLATAI**  
**A MUNKAÜGYI KÖZPONT MÁSZERVEZETI EGYSÉGEIVEL, SZAKEMBEREIVEL**  
**A REHABILITÁCIÓS FOLYAMAT SORÁN**



Ugyanakkor a sikeres rehabilitáció érdekében nem elegendő a szervezeten belüli kapcsolatok kialakítása és fenntartása, hanem szükséges a társintézmények, és szolgáltatók felé irányuló, a foglalkozási rehabilitációs tevékenységünk során már eddig kialakított, kapcsolatrendszer használata, illetve bővítése.

**A kirendeltségi ügyintéző „külső” kapcsolatai:**

**Esősorban:**

*Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság:*

- kétoldalú kapcsolattartás a rehabilitációs járadékban részesülő ügyfél rehabilitációjának nyomon követése céljából;
- jelzési kötelezettség terheli mindkét felet a törvényi előírások alapján.

*Munkáltatók:*

- együttműködés kialakítása;
- álláshelyek feltárása;
- támogatási lehetőségekről való tájékoztatás nyújtása;
- rehabilitáció megvalósulása céljából.

*Támogatott (vásárolt) munkaerő-piaci szolgáltatásokat nyújtó szervezetek:*

- szolgáltatások igénybevételeének megszervezése;
- tanácsadástól történő visszajelzések kérése;
- szakmai konzultáció céljából.

## **Másodsorban:**

*Háziorvos, foglalkozás egészségügyi szakellátó hely:*

- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomon követése;
- orvosi rehabilitációs szükségletek és szolgáltatások tervezésének segítése;
- munkaalkalmasság vizsgálata céljából.
- *Egészségügyi intézmények:*
- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomon követése;
- orvosi rehabilitációs szükségletek és szolgáltatások tervezésének segítése céljából.

*Rehabilitációs intézmények:*

- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomon követése;
- orvosi rehabilitációs szükségletek és szolgáltatások tervezésének segítése;
- foglalkozási rehabilitáció megtervezésének segítése céljából.

*Szociális intézmények:*

- járadékban részesülő személy szociális helyzetének nyomon követése;
- az igénybe vett szolgáltatások és az elért célok rögzítése;
- a szociális rehabilitáció tervezésének segítése céljából.

*Képző intézmények:* a járadékos ügyfél rehabilitációs tervének megvalósítása érdekében.

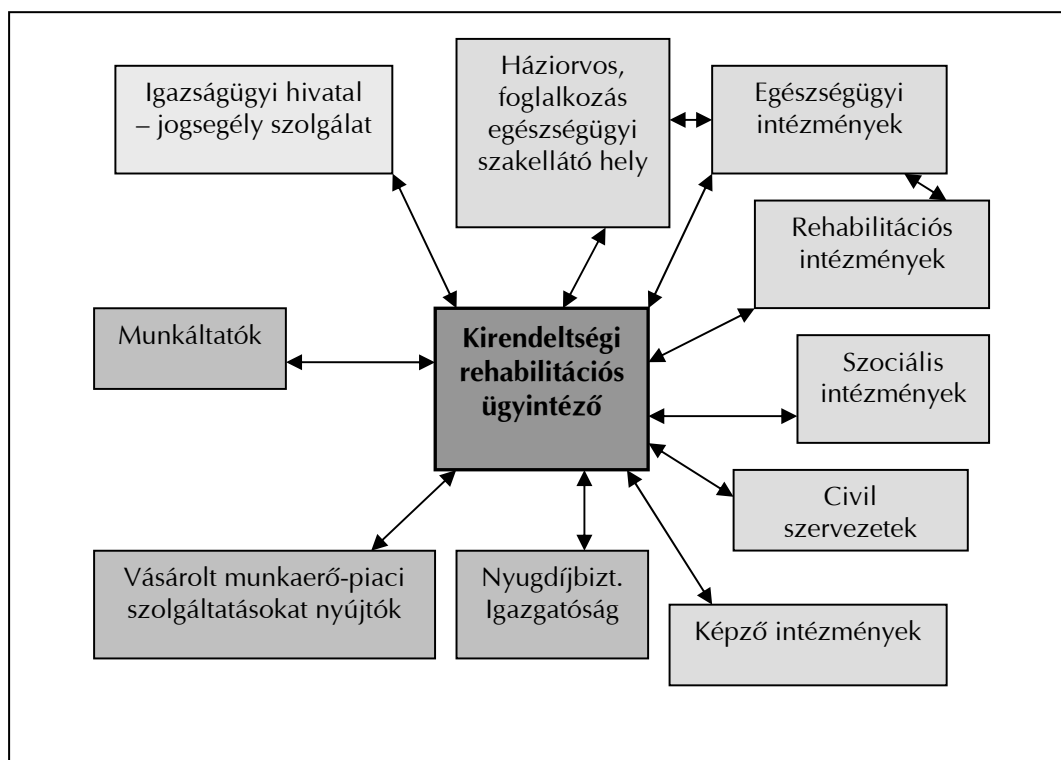
*Civil szervezetek:*

- rehabilitációs terv elkészítésének segítése;
- orvosi-, szociális- és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés segítése;
- rehabilitációs terv megvalósításában nyújtott segítség;
- szakmai és módszertani konzultáció céljából.

## **Harmadsorban:**

Igazságügyi Hivatal – Jogsegély szolgálat, egyéb, a rehabilitációt segítő intézmények

3. ÁBRA  
A KIRENDELTSÉGI REHABILITÁCIÓS ÜGYINTÉZŐ KAPCSOLATAI MUNKÁLTATÓKKAL,  
ILLETVE MÁS INTÉZMÉNYEKSEL, SZERVEZETEKSEL



A rehabilitációs mentor feladata többek között, az ügyfél rehabilitációjának elősegítése érdekében

- szakmai kapcsolat, interprofesszionális együttműködés kialakítása és fenntartása a rehabilitációs folyamatban, a különböző szakmák képviselőivel, a folyamatban résztvevő szakemberekkel.
- kapcsolatfelvétel munkáltatókkal, állásfeltárás
- folyamatos kapcsolattartás a tanfolyam ideje alatt, képző intézményekkel
- amennyiben lehetséges, kapcsolattartás a rehabilitációs járadékban részesülő személy közvetlen környezetével, hozzátartozóival.

A **rehabilitációs mentor külső kapcsolatai** feladatainak megfelelően alakulnak, így kapcsolatot tart:

*Munkáltatókkal:*

- együttműködés kialakítása;
- álláshelyek feltárása;
- támogatási lehetőségekről való tájékoztatás nyújtása;
- a támogatott munkavégzés helyére való eljutás segítése
- betanulás elősegítése;
- rehabilitáció megvalósulása céljából.

*Vásárolt munkaerő-piaci szolgáltatásokat nyújtó szervezetekkel:*

- szolgáltatások igénybevételének megszervezése;
- a szolgáltatás igénybevételének segítése;
- a szolgáltatás helyének elérésében segítségnyújtás
- tanácsadásról történő visszajelzések kérése;
- szakmai konzultáció céljából.

*Háziorvossal:*

- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomonkövetése;
- egészségi állapotában bekövetkező tartós rosszabbodás felmérése céljából.

*Egészségügyi intézményekkel:*

- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomon követése;
- egészségi állapotában bekövetkező tartós rosszabbodás felmérése céljából.

*Rehabilitációs intézményekkel:*

- járadékban részesülő személy egészségi állapotának nyomon követése;
- foglalkozási rehabilitációs szükségletek megtervezésének segítése;
- az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának céljából.

*Szociális intézményekkel:*

- járadékban részesülő személy szociális helyzetének nyomon követése;
- az igénybe vett szolgáltatások és az elért célok rögzítése;
- a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának céljából.

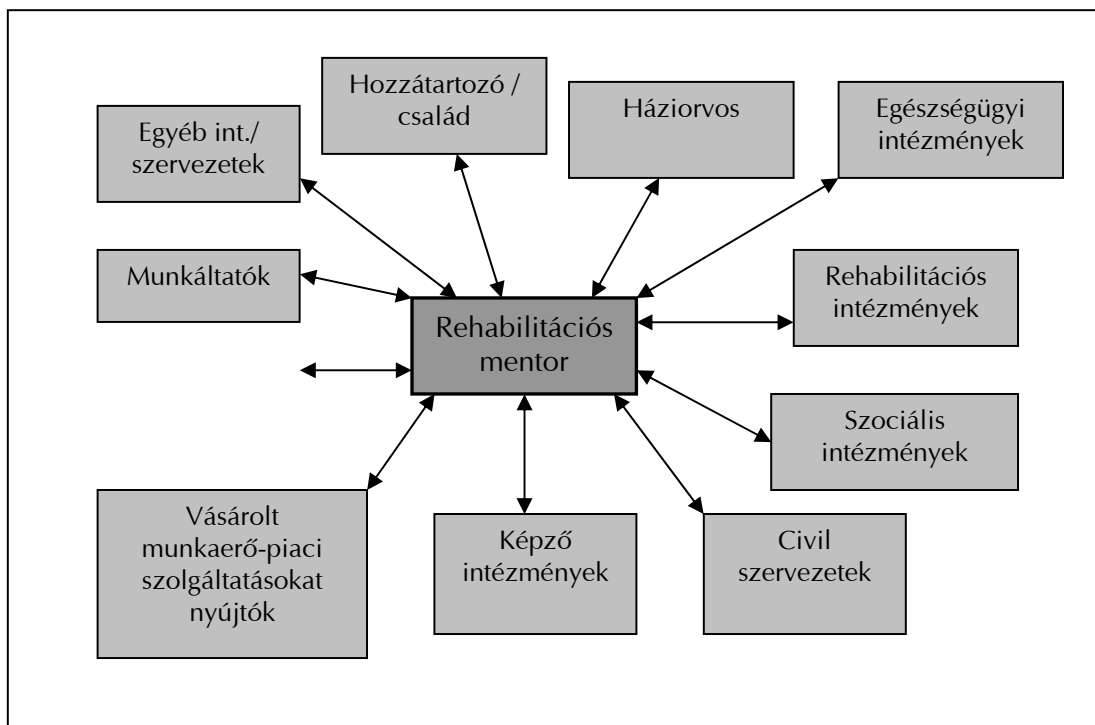
*Képző intézményekkel:*

- a képzésbe történő beilleszkedés elősegítése;
- a képzésből történő lemorzsolódás megakadályozása céljából.

*Civil szervezetekkel:*

- orvosi-, szociális- és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés segítése;
- rehabilitációs terv megvalósításában nyújtott segítség;
- szakmai és módszertani konzultáció céljából.

4. ÁBRA  
A REHABILITÁCIÓS MENTOR KAPCSOLATAI MUNKÁLTATÓKKAL, ILLETVE MÁS INTÉZMÉ-  
NYEKKEL, SZERVEZETEKKEL



## 5. UTÁNKÖVETÉS

Álláskeresőként, szolgáltatáskeresőként regisztrált megváltozott munkaképességű ügyfelek tekintetében az utánkövetés, a foglalkozási rehabilitáció sikerességének megítélése csak részben valósul meg. A szolgáltatást nyújtók visszajelzésével befejeződik a rehabilitációs folyamat visszacsatolása, és a munkába helyezés tartósságáról, a foglalkoztatás minőségéről (az ügyfél képzettségének, munkatapasztalatának, egészségi állapotának való megfeleléséről) a munkaügyi szervezet nem rendelkezik adatokkal. A statisztikai adatok az elhelyezkedés esetszámát mutatják csak meg, de azt nem személyre lebontva teszik. Egy ügyfél a vizsgált időszakban több elhelyezkedési esetszámot is jelenthet (munkahelyváltás, vagy viszonylag rövid idejű álláskereső időszak utáni újbóli elhelyezkedés esetén).

Kivételet képeznek ez alól a továbbfoglalkoztatási kötelezettséggel járó támogatási formákkal történő elhelyezés, valamint az olyan regionális vagy központi munkaerő-piaci programok, ahol az eredménymutatók között az ügyfél meghatározott időpontban vizsgált foglalkoztatottsága is szerepel.

A humán szolgáltatások igénybe vételét követően a megváltozott munkaképességű álláskereső egy része önállóan helyezkedik el, a tanácsadások során elsajátított korszerű álláskeresői technikák, megismert munkaerő-piaci információk birtokában. Az önálló elhelyezkedésre legnagyobb esélye a térség

munkaerő-piaci kínálatának megfelelő szakképzettséggel, végzettséggel rendelkező álláskeresőknak van, akik egyéb, munkavállalást akadályozó hátránnyal nem rendelkeznek, vagy a hátrány leküzdéséhez a humán szolgáltatások során, vagy társintézmények bevonásával hatékony segítséget kaptak

A *rehabilitációs járadékban részesülő személyek* rehabilitációjának nyomon követése, koordinálása, a rehabilitációs folyamat értékelése során a kirendeltségi ügyintéző feladata. A rehabilitációs tervben meghatározott időszakonként, de legalább félévente, *értékelő megbeszéléseket* tart a rehabilitációs járadékban részesülő személlyel közösen, melynek során értékelik az eltelt időszak eseményeit.

Az értékelés alkalmával a *rehabilitációs ügyintéző tájékozik* az igénybevett támogatásokról a szolgáltatások rehabilitációra gyakorolt hatásáról. Közösen *megbeszéli* a járadékos személy körülményeiben bekövetkezett változásokat, megvizsgálják az ütemterv tarthatóságát, és *megállapodnak* a következő értékelés időpontjában

Az ügyintéző minden értékelést követően kitölti az *értékelő lapot*, melyet csatol a járadékban részesülő személy iratanyagához.

Amennyiben az ütemterv nem tartható, illetve valamely fél a terv és megállapodás módosítását kezdeményezi, akkor meghatározzák, illetve megvizsgálják azokat a tényezőket, melyek miatt a módosítást kezdeményezni kell, megvizsgálják a tervezett szolgáltatások és támogatások időtartamát, és összeegyeztetik a rehabilitációs tervvel.

Ezt követően megtörténik a módosítás kidolgozása a járadékban részesülő személlyel, illetve amennyiben szükséges a mentorral közösen. A módosított terv ismertetése után megtörténik a módosításról szóló nyomtatvány kitöltése két példányban.

Ugyanakkor a kirendeltségi ügyintézőnek kötelessége jelezni a területileg illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv felé, amennyiben a módosításhoz kapcsolódóan szükséges a járadékfolyósítás időtartamának meghosszabbítása is.

A *rehabilitációs folyamat nyomon követését segíti a rehabilitációs mentor is*, aki tapasztalatait elemzi, és mentornaplójában rögzíti, illetve jelzi a kirendeltségi rehabilitációs ügyintézőnek.

- amennyiben a rehabilitációs tervben foglaltak megvalósulását ellehetetlenítő tényező lép fel (pl.: tartós egészségi állapot rosszabbodás);
- amennyiben a rehabilitációs megállapodás módosítására van szükség (pl.: az orvosi rehabilitáció hosszabb időt vesz igénybe, mint amennyit eredetileg terveztek);
- amennyiben a rehabilitációs járadék időtartamának meghosszabbítását látja szükségesnek.

A *mentor közreműködik a rehabilitációs megállapodás módosításában is*, részt vesz az újratervezési folyamatban, annak ismeretében, hogy milyen akadályozó tényezők léptek eddig fel, és melyek várhatók még, amelyek gátolják a rehabilitációs folyamat megvalósulását, illetve javaslatot tesz szolgáltatási vagy ellátási formára, amely esetleg az adott szükséglet kielégítését jobban szolgálja. (...)



**Szellő János (szerk.):**

## **Foglalkozási Rehabilitációs Jegyzet**

**Rehabilitációs szolgáltatások rendszere és támogatása<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Foglalkozási Rehabilitációs jegyzet, szerk.: Szellő J FSZK 2007. 128–159

## Tartalom

1. A humán szolgáltatási rendszerek általános jellemzői	99
1.1. Az ÁFSZ szolgáltatási rendszere	99
1.2. Szolgáltatások a tartósan akadályozott személyeknek:	103
1.3. Az új szolgáltatási modell filozófiája:	104
2. A szolgáltatások támogatása, a segítő (mentor) hálózatok működése	106
2.1. A mentori szolgáltatás jellemzői	107
A munkaerő-piaci segítő (mentorok)	108
A segítő munka etikai kérdései.	110
3. A foglalkozási rehabilitáció folyamata	112
3.1. A megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának módszertani lépései – egy kutatás tapasztalatai	112
A megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának lépései:	113
4. A foglalkozási rehabilitáció elvi és gyakorlati lépései	117

## 1. A humán szolgáltatási rendszerek általános jellemzői

A *munkaerő-piaci szolgáltatás*<sup>2</sup> olyan humán szolgáltatás, amelynek közép-pontjában az ember áll, személyes érdekeivel, egyedi életfelfogásával, tapasztalataival, magában foglalja a résztvevők mindazon egyediségét, ami a szolgáltatást igénylőt, illetve a szolgáltatást végzőt jellemzi. A humán szolgáltatás támogató jellegű, nem irányítás és nem a felelősség átvállalása. A szolgáltatásoknak szigorúan az egyén szükségleteire kell építeniük, és minden eszközével a foglalkoztatásba kerülést, a foglalkoztathatóság javítását kell szolgálniuk.

A szolgáltatási tevékenység tartalmát tekintve sokrétű, bizonyos fokú komplexitást igényel és három egymással összefüggő logikai, szakmai szakaszra – prevenció, közvetlen együttműködés és nyomon követés (utógondozás) – tagolható.

A *preventív humán szolgáltatások* lényege az információátadás, a figyelemfelkeltés, olyan aktív tájékoztatás, amely lehetővé teszi, hogy az ügyfél megismerje a munkaerő-piaci folyamatokat, lehetőségeket, a gátló és előremutató tényezőket, hogy ezek segítségével legyenek egyéni stratégiája kidolgozásában.

A prevenció során olyan egészségfejlesztési és betegségmegelőző programokat, tevékenységeket célszerű szervezni, amelyek hozzájárulnak a munkaképes korú lakosság egészségi állapotának javításához a tartós egészségkárosodás megelőzéséhez.

### 1.1. Az ÁFSZ szolgáltatási rendszere

*A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet alapján biztosított legfontosabb szolgáltatások*

A regionális munkaügyi központ önmaga, vagy szolgáltatást nyújtó természetes személyek, illetve szervezetek támogatásával biztosítja a rendeletben szabályozott szolgáltatási formákat mindazon személyek számára, akik hozzájárulnak adataik e célból történő nyilvántartásba vételéhez. A jogszabály hatályba lépését követően megjelenő szükségletekre válaszként létrejöttek új szolgáltató helyek (FIT, RIC, FIP pontok stb.) és speciális szolgáltatások (EURES, mentor) szervezeten belül és kívül egyaránt. Ennek ellenére a szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége differenciált, és a szolgáltatókkal szemben gyakran meg nem fogalmazott kritériumrendszerek hiánya miatt pedig nem elég hatékony.

*Munkaerő-piaci és foglalkozási információ*<sup>3</sup>: célja, hogy elősegítse az elhelyezkedést és az üres álláshelyek betöltését. A foglalkozásokra, a térségben elérhető képzetekre, a régió, a megye, valamint a kistérség munkaerő-piaci hely-

2 Munkaerő-piaci segítő szolgálat Módszertani kézikönyv, szerk.: Szellő János SZCSM Budapest 2003.

3 A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén Módszertani kézikönyv szerk.: Horváth Anikó, Stierné Szenes Gabriella, Szellő János SMMK, Kaposvár 2006.

zetére, a munkaerő kereslet és kínálat helyi jellemzőire vonatkozó információk összessége, illetve a foglalkoztatást elősegítő támogatások, a munkanélküli ellátások, valamint az ezzel összefüggő jogszabályokkal kapcsolatos ismeretek összessége.

*Munkatanácsadás:* a munkapiaci folyamatok megismerésén, a munkavállalást elősegítő ill. korlátozó tényezők feltárásán, az elhelyezkedési akadályok elhárításán, valamint a szükséges támogatási eszközök meghatározásán keresztül, segíti az álláshoz jutást és az állás megtartását. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő megerősítést kaphat elképzelésében, bizonytalanságát, kétségeit eloszthatja, s a megszerzett tudása, készségei, munkatapasztalatai birtokában, igényeihez igazodó döntést hozhat további szakmai pályafutásával kapcsolatban, és az elhelyezkedésére irányuló tervet dolgozhat ki, ill. valósíthat meg.

*Álláskeresői tanácsadás:* az álláskeresői folyamat egy-egy lépéséhez nyújt személyre szabott szakmai segítséget (pl. önéletrajz írása, pályázat elkészítése, felvételi interjúra történő felkészülés, beilleszkedés, a munka megtartása). Az „álláskeresői ismeretek oktatása csoportfoglalkozáson” a résztvevők egy rövid előadás formájában – iskolai osztályfőnöki óra keretében vagy csoportos létszámleépítés során – megismerik az álláskeresői módszereit, az elhelyezkedés jogi vonatkozásait, hallanak a munkaügyi központokban igénybe vehető munkaerő-piaci szolgáltatásokról és támogatásokról. Az „álláskeresői tréning 3-5 napos csoportfoglalkozás keretében” a résztvevők az álláskeresői folyamatát végigkísérve ismerkednek meg a hatékony álláskeresői módszerekkel.

*Pszichológiai tanácsadás:* a munkavállalást elősegítő ill. akadályozó lelki folyamatok, pszichés problémák, életvezetési nehézségek feltárására és megoldására irányul. A pszichológus segíti a tanácskérőt személyiségének jobb megismerésében, a belső erőforrásainak feltárásában, pályairányultságának, pályalkalmasságának tisztázásában, az esetleges kudarcai feldolgozásában, a bizonytalan vagy megingott jövőkép helyreállításában, motivációinak megerősítésében, munkavégzési és alkalmazkodási készségei fejlesztésében, az egyéni életút kiteljesítéséhez szükséges távlati célok megfogalmazásában, valamint a munka világába való visszataláláshoz vezető út konkrét lépéseinek kidolgozásában.

*Rehabilitációs tanácsadás:* az egészségi okokkal összefüggő munkaképesség változással kapcsolatos foglalkozási rehabilitáció lehetőségét veszi számba, és olyan ellátásokhoz, társadalmi támogatásokhoz való hozzáférést igyekszik biztosítani az érintettek számára, amelyek a munka világába való visszatalálás reális lehetőségei felé nyithatnak új utakat. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő egészségi állapotának megfelelő speciális ismeretekre és mélyebb önismertetre tesz szert, személyes problémái tisztázásával reális képet alkothat munkapiaci kilátásairól. Érdeklődésének, megmaradt képességeinek feltárásával képessé válik saját értékeivel kapcsolatban valóságos ítéletet alkotni, és egyéni munkavállalási tervet tud kidolgozni és megvalósítani.

*Helyi (térégi) foglalkoztatási tanácsadás* célja szakmai, módszertani segítségnyújtással hozzájárulni a térségben a foglalkoztatási helyzet javításához, a

gazdasági élet résztvevői közötti együttműködés kialakulásához, a foglalkoztatási feszültségek kezeléséhez, a vállalkozási tevékenység élénküléséhez, továbbá új munkahelyek teremtéséhez.

*Álláskeresési technikák oktatása:* a munkanélküliek munkába helyezését elősegítő humánszolgáltatás. Az álláskeresési technikákat a kirendeltségeken oktatják rövidített idejű formában (2-3 nap). Az álláskeresési technikák oktatásával a munkanélküliek olyan ismereteket sajátítanak el szerepjátékokon keresztül, melyek segítségével (bemutakozás, önéletrajzírás, állásra történő jelentkezés telefonon stb.) sikeresen és rövid idő alatt álláshoz juthatnak.

*Álláskereső Klub:* a tartósan munkanélküli ügyfelek részére nyújtott csoportos munkatanácsadás eszköze, amelynek célja, hogy az álláskeresők a lehető legrövidebb időn belül álláshoz jussanak. Az Álláskereső Klub programjának középpontjában az eredményes álláskereső viselkedés elsajátítása áll. Azok a munkanélküliek, akik próbáltak elhelyezkedni, de álláskeresésük nem járt sikerrel, gyakran passzívvá válnak és visszavonulnak a munkaerőpiacról. Mások sok állást megpályáznak, de sehol sem alkalmazták őket. Az Álláskereső Klubba kerülve korábbi álláskeresési viselkedésük megváltozik: ismét aktívvá válnak és új álláskeresési stratégiákat, technikákat alkalmazva többnyire sikerül elhelyezkedniük. A foglalkozások a megyei munkaügyi központokban kerülnek megtartásra, időtartamuk három hét.

*Impulzus (igényfelmérő csoportos foglalkozás):* az impulzus program lehetőséget ad a pályakezdőknek arra, hogy átgondolják pályadöntésüket, megélik az önismeret és a pályaismeret fontosságát a jövőjük alakulása szempontjából, megismerjék a munkaügyi szervezet szolgáltatásait, és megtervezzék a továbblépés irányát. Az impulzus program csoportos jellegű tanácsadási forma. A foglalkozások – melyeknek időtartama 1 nap – a kirendeltségeken kerülnek lebonyolításra.

*Kulcsképeség fejlesztő foglalkozás:* a kulcsképeség a szakmák feletti képességek csoportját jelöli, mint együttműködési képesség, problémamegoldó gondolkodás képessége. A csoportfoglalkozásokon a résztvevők e képességcsoportok fejlesztését szolgáló gyakorlatokat végeznek.<sup>4</sup>

*Pályakorrekciós csoportos foglalkozás:* a pályaváltási helyzetbe (nem piac-képes szakma, téves pályaválasztás, kényszerpálya esetén) került fiatalok szakmai pályájának módosításához nyújt segítséget. A program része a pályaelképzelések, a képzési lehetőségek, valamint a tanulási képességek felmérése, összeegyeztetése és a döntési készségek fejlesztése. A foglalkozás időtartama 3 nap.

*Pályamegerősítő csoportos foglalkozás:* a pályadöntés megerősítésére, a pályával való azonosulás fejlesztésére szolgálnak. Támogatják a résztvevőket au-

4 A kulcsképeségek fajtái:

- problémamegoldó képesség és kreativitás,
- tanulási és gondolkodási képesség,
- indoklási és értékelési képesség,
- kooperációs és kommunikációs képesség,
- felelősségvállalási képesség, önállóság és teljesítőképeség.

tonómiájuk fejlesztésében, identitásuk megtalálásában, értékpreferenciájuk megfogalmazásában. A foglalkozás időtartama 3 nap.

*Pályaorientációs csoportos foglalkozás:* a leendő pályájukban és önmagukban bizonytalan, határozatlan pályakezdő fiatalok számára oldott biztonságos közeget nyújt ahhoz, hogy különböző társas helyzetekben kipróbálhassák magukat, és fejlesszék önismeretüket, pályaismeretüket. A résztvevők segítséget kapnak abban, hogy végre el tudják dönteni, milyen szakma, pálya volna számukra leginkább megfelelő, és fel tudják mérni, mit kell tenniük céljaik elérése érdekében. A foglalkozás időtartama 3 nap.

*Pályaorientációs tanácsadás:* a szakmai képzettséggel nem rendelkezők részére a személyiség problémához való odafordulását készíti elő. A tervezésén van a hangsúly, a tanácsadási folyamat zárása nem feltétlenül konkrét pályaválasztási döntés.

*Pályatanácsadás:* segíti a pályaelképzelések, pályacélok megfogalmazását, a pályadöntés meghozatalát, valamint támogatást nyújt a megvalósításhoz vezető út, ill. a cselekvési terv kidolgozásához. A tanácsadói beszélgetések során a tanácskérő a számára leginkább megfelelő pályák, foglalkozások körét határozhatja meg, és tudatosan megtervezheti az életpályáját.

*Pályaválasztási tanácsadás:* általában az első szakma kiválasztásához ad segítséget. Célja az eredményes pályaválasztási döntés elősegítése, vagyis egy olyan szakmai tevékenység, tanulási lehetőség kiválasztása, ami mind a pályaválasztó, mind a társadalom számára értékkel bír.

*Reintegráló csoportos foglalkozás:* munkaviszonnyal már rendelkező, tartós munkanélküliek részére szervezett olyan csoportos foglalkozás, ahol az egyén saját helyzetének tudatosítása, elemzése történik meg. A foglalkozás egyéni tervvel zárul, amely alapja lehet a további együttműködésnek.

*Újraorientáló csoportos foglalkozás:* munkaviszonnyal már rendelkező, tartós munkanélküliek részére szervezett olyan foglalkozássorozat, amelynek célja a csoporttagok igényeinek tisztázása és munkavállalási aktivitásuk fokozása.

A *munkaerő közvetítés* arra irányul, hogy elősegítse a munkát keresők és a munkát kínálók találkozását (munkaviszony létesítését). Az állami munkaügyi szervezet szolgáltató alapegységei a kirendeltségek, melyek munkaerő-piaci alapszolgáltatásként látják el a munkaközvetítői tevékenységet. A munkaközvetítés a keresleti oldalon megjelenő munkaerőigények feltárását, kielégítését, valamint a kínálati oldalon megjelenő álláskereső munkához juttatását célozza, ami a gyakorlatban a munkaerő-piaci résztvevők (munkaadók és munkavállalók) azonos érdekek alapján történő kapcsolatba hozását jelenti.

Az aktív, tevékeny foglalkozási rehabilitációt szolgáló munkaközvetítés középpontjában az áll, hogy a megváltozott munkaképességű ember egyenlő eséllyel teljesíthesse részvételét a képzési folyamatba, amelynek alapját a kompetencia alapú képzés biztosíthatja (lásd e témakör A foglalkozási rehabilitáció folyamata fejezetben).

## 1.2. Szolgáltatások a tartósan akadályozott személyeknek:<sup>5</sup>

A hátrányos helyzetű emberek foglalkoztatásának komoly akadályai lehetnek a hosszabb passzív időszak okozta kedvezőtlen személyiségváltozások, a munkavállalás szempontjából fontos készségek, képességek meggyengülése. Ezért az újrafoglalkoztatás esélyének növeléséhez még további olyan direkt segítség-re is szükség lehet, amely nélkül a jó színvonalú fejlesztés, megerősítés, esetleg piacképes szakma biztosítása ellenére sem tud az ügyfél elhelyezkedni vagy tartósan munkában maradni. Ilyen személyre szóló szolgáltatási forma lehet például:

- *A munkavállalásra való felkészítés* (pl. motiváció erősítése, a munkavállalással kapcsolatos szabályoknak, kötelezettségeknek és jogoknak a megismertetése és elfogadtatása);
- *A munkavállalást akadályozó tényezők* (pl. szociális, mentális, egészségi) *feltárása* és megoldásuk segítése;
- *A megfelelő munkahely megtalálásának segítése.* E célcsoport esetében különösen fontos azt vizsgálni, hogy a munkahely és a munkavállaló kölcsönösen megfelelnek-e egymásnak. Az ő esetükben ugyanis fokozott kockázata van a csak formai megfelelést vizsgáló közvetítésnek. Az a tény önmagában, hogy az érintett személy képzettsége megfelel a munkakör betöltéséhez szükséges elvárásoknak, ebben az esetben kevés. Értékelni kell például azt is, hogy a kiesett idő nem okozott-e – legalábbis átmenetileg – olyan mértékű teljesítmény csökkenést, amelyet az adott munkáltató nem tud tolerálni. Vagy a konkrét munkakör ellátása nem követel-e túlzó elvárásokat egy nem teljesen egészséges vagy fogyatékos személytől. Ilyen lehet pl. a lakóhelytől való nagy távolság, a tömegközlekedés rossz színvonala, a hektikus teljesítmény-elvárás, gyakori túlmunka igény stb.
- *Munkáltatók megnyerése.* A hátrányos helyzetű ügyfelek esetében, még akkor is szükség van a munkáltatók befogadásának erősítésére, ha egyébként az ajánlott személy minden szempontból megfelel a munkakör elvárásainak. A többnyire sztereotípiákon nyugvó előítéletek, az ebből fakadó fenntartások oldásának egyik leghatékonyabb módja, ha pontosan tájékoztatjuk a munkáltatót a közvetítendő személy munkavállalói értékeiről, hátrányt okozó jellemzőiről és azokról a szolgáltatásokról, amelyeket igénybe vehet a tartósan akadályozott személy felvétele esetén. Általános információkkal is szolgálhatunk azokról a támogatásokról, kedvezményekről, amelyeket az Állami Foglalkoztatási Szolgálat nyújt hátrányos helyzetű munkavállaló foglalkoztatása esetén, illetve felvilágosítást adhatunk a munkáltató foglalkoztatási, rehabilitációs kötelezettségeiről is.
- *Munkatapasztalat szerzés elősegítése.* Mindenképpen e célcsoport munkavállalási esélyeit növelhetnénk azzal a szolgáltatási formával, amely a pasz-

<sup>5</sup> Dr. Gere Ilona: Szolgáltatások és lefedetlen szolgáltatási igények a foglalkozási rehabilitációban. Kaposvár, előadás, 2007. 09.26.



szív időszak ellenére – adott tevékenység begyakoroltásával – jó teljesítmény elérésére tenné képessé a tartósan akadályozott személyt.

- Szükség esetén a személyközpontú szolgáltatás fontos színtere lehet a *munkavégzés támogatása* is. Ez elsősorban a fizikai, kommunikációs és egyéb akadályok elhárítását, valamint a munkáltatók és munkatársak felkészítését jelentheti a tartósan akadályozott dolgozó fogadására. Ugyancsak a közvetítő szervezet hatékonyságát növelhetné, ha a munkáltató számára szolgáltatásként nyújtaná a konkrét személy igényeihez szükséges munkahely-, munkakörnyezet átalakítási, adaptálási feladatok elvégzését, továbbá a munkafolyamat betanításában való közreműködést. Szóba jöhet még – elsősorban értelmileg akadályozott munkavállalók esetében – a személyi segítő biztosítása.
- Néhány esetben szükség lehet olyan speciális szolgáltatásokra is, amely a tartósan akadályozott munkavállaló *foglalkoztatásának tartóssá válását segítheti*. Ilyen lehet például beilleszkedésük segítése (pszichológiai tanácsadás, közösségi és önálló életre nevelés, hiányos szocializáció pótlása, csoportkohéziót erősítő tréningek, konfliktuskezelés) vagy a munkában tartás egészségügyi, pszicho-szociális támogatása.

Mint a fentiekből látható, nagyon sok területen lehetne személyre szabott szolgáltatásokkal a foglalkozási rehabilitáció folyamatát eredményesebbé, a tartós elhelyezéseket sikeresebbé tenni. Jelenleg azonban igen sok akadálya van a szolgáltatások széleskörű alkalmazásának.

Ilyen típusú szolgáltatásokhoz rendszerszerűen jelenleg a tartósan akadályozott embereknek csak igen szűk köre (elsősorban a munkanélküliként regisztráltak) jut hozzá.

### 1.3. Az új szolgáltatási modell filozófiája:<sup>6</sup>

Az új szolgáltatási modell szervesen illeszkedik az Európai Unió Foglalkoztatási Stratégiájához, ugyanakkor nem másolata az unió más országaiban működő rendszereknek, hanem illeszkedve a hazai jogszabályi környezethez és munkaerő-piaci sajátosságokhoz, önálló szolgáltatási rendszert jelent.

*Alapelvei:*

- Az álláskeresőket nem passzív kliensként, hanem a munkaügyi kirendeltséggel együttműködő aktív, dinamikus ügyfélként kell kezelni:
- Az ÁFSZ feladata az álláskeresés folyamatának segítése egy modern szolgáltatás-orientált megközelítéssel. El kell érni, hogy a passzív ügyfelek aktív, dinamikus ügyfelekké váljanak. Tudatosítani kell, hogy az egyének saját maguk is felelősek munkaerő-piaci helyzetük megoldásáért, amelyhez az ÁFSZ minden rendelkezésére álló információt nyitottá, elérhetővé tesz számukra.
- A munkáltatók és az ÁFSZ közötti rendszeres kapcsolatot erősíteni kell:

6 A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás ...

- Az ügyfelek másik fontos csoportja a – magán és állami – munkaadók csoportja. Az ÁFSZ nem teremt munkalehetőséget, ezt a munkaadók teszik, ezért a rendszeres, megbízható és profi párbeszéd, az új szolgáltatási modell lényeges előfeltétele. Az ÁFSZ-nek hangsúlyt kell fektetnie a munkaerőpiac valódi igényeire és a támogatott foglalkoztatásról át kell térnie a nem támogatott munkalehetőségekre összpontosító párbeszéd folytatására.

#### *Az ÁFSZ munkaerő-piaci részesedésének növelése:*

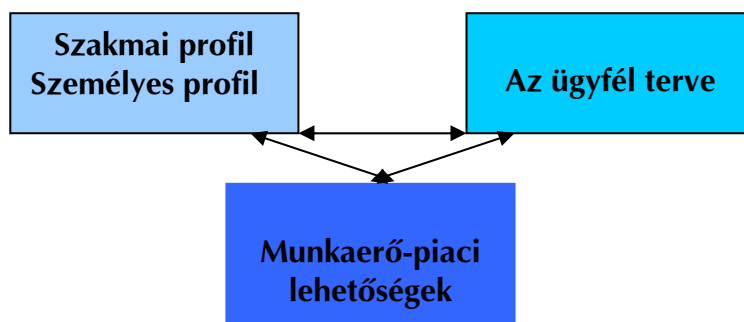
- A több – és sikerebb – munkaerő-közvetítés érdekében lehetőséget kell adni a munkaadóknak, hogy a betöltetlen állásaikat Interneten keresztül bejelenthessék, megjeleníthessék. Ezen túlmenően az ÁFSZ-nek munkáltatói adatbázist kell létrehoznia, amely a munkáltatókra vonatkozó alapinformációkat tartalmazza.
- Az új szolgáltatási modellben a *kategorizálás* az alábbi három lépésből áll:
- A munkanélküli ügyfél adatainak rögzítése, áttekintése. Az ügyféllel elvégzett interjú alapján alakul ki az első benyomás arról, hogy vajon van-e esélye az ügyfélnek támogatás nélkül elhelyezkedni.
- Az első benyomás megállapításai mellett a rendelkezésre álló statisztikai valószínűségi számítást segítő szoftver alkalmazásával, az egyén adatait összehasonlítjuk más, már hosszú ideje állás nélkül levők adataival, a helyi munkaerő-piaci körülmények figyelembe vételével. Ennek a statisztikai valorizációnak kell előre jelezni, hogy fennáll-e annak a veszélye, hogy a munkát kereső személy tartós munkanélkülivé válhat.
- Az előzetes statisztikai számításokat követően sor kerül egy személyes megbeszélésre az ügyfél és a kirendeltségi munkatárs között. Ha a statisztikai eredmény és a személyes interjú egyaránt arra utal, hogy az ügyfélnek nagy esélye van viszonylag rövid időn belül munkát vállalnia, akkor a kirendeltségen rendelkezésre álló önkiszolgáló rendszerhez irányítják. Ha viszont fennáll az ügyfél hosszú távú munkanélküliségének a veszélye, az interjú során szerzett információkra építve, fel kell ajánlani részére a rendelkezésre álló szolgáltatásokat vagy támogatásokat annak érdekében, hogy megelőzzék a tartós munkanélküliség kialakulását.<sup>7</sup>

Összességében tehát a feltárt akadályozó tényezők határozzák meg, hogy az ügyfelet a kirendeltségen milyen kategóriába sorolják, és ezt követően a szervezet mely eszközeinek (támogatások és szolgáltatások) biztosításáról kell gondoskodnia az akadályok leküzdéséhez. E folyamatot nevezhetjük összhangvizsgálatnak is.

A kirendeltségi közvetítő feladata, hogy az ügyfélről rendelkezésre álló információkat összevesse egymással, vagyis a szakmai és személyes profilja, környezeti háttere, valamint ha van terve, elképzelése, akkor ezek mennyire illeszkednek a munkaerő-piac igényeihez.

<sup>7</sup> Új szolgáltatási modell, oktatói kézikönyv (kézirat): Szerk.: Szellő János 2004.

1. ÁBRA  
A PROFILALKOTÁS EGYSZERŰSÍTETT MODELLJE:



## 2. A szolgáltatások támogatása, a segítő (mentor) hálózatok működése

A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet alapján a regionális munkaügyi központ önmaga, vagy szolgáltatást nyújtó természetes személyek, illetve szervezetek támogatásával biztosítja, hogy ellátási területén az álláskeresőkhöz elérhető, személyre szabott szolgáltatásokhoz jussanak. E szolgáltatásokat mindazon személyek vehetik igénybe, akik hozzájárulnak adataik e célból történő nyilvántartásba vételéhez.

Amennyiben a munkaügyi központ kapacitása nem elegendő a felmerülő szolgáltatási igények kielégítésére, akkor a regionális munkaügyi központ központi szervezeti egysége pályázati eljárás eredményeként *támogatást nyújthat*

- a legalább egy éve szolgáltatási tevékenységet végző közhasznú szervezetnek, ha az munkaerő-piaci és foglalkozási információt nyújt térítésmentesen elmaradott térségekben vagy a munkaerőpiacon hátrányos helyzetben lévő rétegek számára, továbbá
- olyan természetes személynek, jogi személynek, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaságnak, aki, illetőleg amely munka-, pálya-, álláskeresőket, rehabilitációs és pszichológiai tanácsadást nyújt azoknak az álláskeresőkhöz, akiknek a munkaügyi központ e szolgáltatások igénybevétele felajánlotta, vagy helyi (térségi) foglalkoztatási tanácsadást végez.<sup>8</sup>

A civil, illetve közhasznú szervezetek is végezhetnek magán-munkaközvetítői tevékenységet, ha megfelelnek a munkaerő-kölcsönzési és a magán-

<sup>8</sup> E támogatás az 1998/2006/EK bizottsági rendelet 2. cikke szerinti csekély összegű (de minimis) támogatásnak minősül. Nem kell alkalmazni az EK-rendeletben foglaltakat, ha a támogatást kérő költségvetési szerv, egyesület, alapítvány, közalapítvány, köztestület, kisebbségi önkormányzat vagy közhasznú társaság, amennyiben az általa végzett támogatott tevékenység nem minősül gazdasági tevékenységnek, illetve a támogatással érintett legalább

munkaközvetítői tevékenység nyilvántartásba vételéről és folytatásának feltételeiről szóló kormányrendelet előírásainak.<sup>9</sup>

E rendelet alkalmazásában a *magán-munkaközvetítés*: „a munkaügyi központ munkaközvetítői tevékenységén kívül végzett olyan tevékenység, amely arra irányul, hogy elősegítse a munkát keresők és a munkát kínálók találkozását, foglalkoztatásra irányuló jogviszony létesítése céljából,”. (...)

## 2.1. A mentori szolgáltatás jellemzői

*A működő szolgálatok általános jellemzői és a tapasztalatok összegezése:*

Az elmúlt évtizedben a munkanélküliek összetételében bekövetkezett változások, a különféle hátrányok kezelésének kényszere miatt a hazai munkaügyi szervezetben és civil szerveződésekben is megkezdődött az elhelyezkedést hatékonyan segítő, személyes igényekre épülő szolgáltatási formák kialakítása. A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszerének kiépítése során pedig az általános és tematikus tanácsadások, a támogatott foglalkozások és képzési lehetőségek szélesítése mellett kialakult és egyre jobban terjed a „munkába segítés” direkt formája. Ez az európai gyakorlattal kompatibilis szolgáltatás a munkáltató és munkavállaló egymásra találását és a rehabilitált dolgozók tartós munkában maradását segíti. Közhasznú szervezetek számára kiírt pályázatok sok megyében tették lehetővé az ún. *mentorok* (foglalkoztatás-szervező menedzserek, munkaasszisztensek) működését, akik személyre szólóan segítenek az állásfelhárásban, az elhelyezkedésben és az utógondozásban.

Az integrációt segítő szolgáltatások megvalósításának formája, mélysége és szabályozottsága igen eltérő az egyes megyék gyakorlatában. A módszertani bizonytalanságok sok esetben hátráltatták a segítő szolgálatok kiépülését, illetve jelentősen visszafogták a munkaügyi szervezet azon szándékát, hogy a tartósan regisztrációban maradó munkanélküliek elhelyezésének segítésére igénybe vegyen ilyen szolgáltatásokat. Mára igen nagy különbségek alakultak ki a szolgáltatások minőségében, eredményességében és hozzáférhetőségében is. Így viszont nem minden esetben valósulnak meg a segítő szolgáltatásokkal szemben támasztandó alapkövetelmények, azaz, hogy:

- mindenki számára hozzáférhető legyen;
- személyre szóló, valós igényeket elégítsen ki;
- az integrált foglalkoztatás elérését célozza;
- ne lépje túl a kompetencia határokat;
- a szolgáltatást végzők megbízható szakmai felkészültséggel rendelkezzenek;
- a segítségnyújtás az elhelyezkedést, a diszkrimináció elleni küzdelmet és a beilleszkedés stabilitását szolgálja.

<sup>9</sup> 118/2001. (VI. 30.)

*A segítő (mentor) szolgálatok számára megfogalmazható alapvető kritériumok:*

- Van-e felhatalmazása, jogi engedélye a szóba jövő szervezetnek arra a tevékenységre, amire partnert keresünk?
- Van-e megfelelő létszámú és ezen belül megfelelő számú szakmai stáb a feladat ellátásához?
- Megfelelő-e a szervezet gazdasági stabilitása?
- Végzett-e hasonló tevékenységet valaha a megbízandó intézmény vagy annak bármely munkatársa?
- Támogatja-e a szervezet ilyen irányú tevékenységét más is? Különösen: befogadó és támogató-e a helyi közösség, a szolgáltatások fogyasztóit képviselő önkormányzat? Ha már eddig is végzett hasonló feladatot az intézmény, szükség volt-e rá ott? Meg voltak-e elégedve vele? Mennyivel lesz több kliens számára utolérhető a szolgáltatás? Mennyivel keletkezik több és jobb szolgáltatás a támogatott intézményben, szervezetben?

### A MUNKAERŐ-PIACI SEGÍTŐK (MENTOROK)

*Elvárások a személyi segítőkkal szemben:*

A professzionális segítő kapcsolatban alapvető jelentősége van a segítő személyiségének, mivel ez az egyik legfontosabb „munkaeszköze”. Ahhoz, hogy munkáját hatékonyan tudja végezni, alapos önismeretre, önreflexióra (önmagára való rálátás) készségekre és mentálhigiénésre (lelki egészséggel kapcsolatos) tudásra van szüksége. Közülük a legfontosabbak:

- *Empátia készség* – a munkaerő-piaci személyi segítő legyen képes beleélni magát ügyfele helyzetébe, megérteni problémáit, hiszen csak jó és elfogadó légkörben lehet hatékony a problémamegoldás folyamata. Ugyanakkor felesleges – és éppen a szükséges objektivitást veszíti el – ha a segítő teljes mértékben azonosulni kíván az adott élethelyzettel.
- *Elfogadás és tisztelet* – a segítő munka kapcsán szem előtt kell tartani azt, hogy közös együttműködés nélkül nem lehet megoldani egyetlen problémát sem. A munkaerő-piaci személyi segítő törekedjen a korrekt munkakapcsolat kialakítására, fogadja el az ügyfelét, és ne törekedjen a mindenáron való megváltoztatására. Figyelemmel, elfogadással és tisztelettel el lehet érni, hogy az ügyfél megnyíljon és együttműködjön.
- *Támogató szemlélet* – minden ember képes változtatni helyzetén, ki több, ki kevesebb támogatással. Ennek érdekében fontos, hogy a munkaerő-piaci segítő a problémamegoldás során folyamatosan bátorítsa, és visszajelzéseket adjon ügyfelének.
- *Figyelem* – a közös munka feltétele, hogy a munkaerő-piaci segítő aktívan figyeljen ügyfelére. Ez ösztönzően hat a tanácskérőre és interakcióra, együttműködésre késztet.
- *Tapintat* – a segítő beszélgetéseknek intim légkörben kell lezajlania ahhoz, hogy őszintén lehessen beszélni az ügyfél gondjairól. Figyelni kell azonban

arra, hogy csak azokat a témákat érintsük, amelyek a probléma megoldása szempontjából relevánsak.

- *Őszinteség, nyitottság* – mindig korrekten kell tájékoztatni az ügyfelet arról, mit miért tesz, illetve szakszerűen kell válaszolni minden kérdésére.
- *Szakszerűség/szakmai felkészültség* – a munkaerő-piaci segítő pontos és mindig az aktuális problémának megfelelő információ átadására törekedjen. Ehhez azonban felkészültnek kell lennie az adott témakörben.
- *Közérthetőség* – a munkaerő-piaci szakember csak akkor tud ügyfelével hatékonyan dolgozni, ha az mindent pontosan megértett. Lényeges, hogy az ügyfelet saját „nyelvén” értsük meg. Kerülni kell a szakszavak és szakkifejezések értelmetlen sorolását, inkább megfelelő magyarázatok, szemléletes példák egészítsék ki a beszélgetést. Ebben segíthet a kellemes, lágy hanghordozás, a hadarás nélküli beszéd.
- *Jó kommunikációs képesség* – a segítő munka során komoly szerepe van a verbális és non verbális eszközök és lehetőségek használatának, a folyamatos odafigyelésnek, a szemkontaktusnak, aktív hallgatásnak a beszélgetés alatt, illetve a folyamatos visszajelzéseknek.
- *Problémamegoldó gondolkodás / ötletesség / kreativitás* – a munkaerő-piaci segítő munkája problémamegoldó folyamat, hiszen az ügyfelek által hozott problémák más-más megoldási lehetőségeket – személyre szabott megoldásokat – kívánnak. A munkaerő-piaci szakember munkája azzal lesz teljes, hogy jó átlátó képességével, ötletességével segíti az ügyfelét az önálló döntésben, az ön maga számára elfogadható megoldás kialakításában.
- *Együttműködési készség* – a segítő tudjon azonosulni partnerei gondolataival, képes legyen saját elképzeléseit a közös céloknak alárendelni.
- *Diplomáciai készség* – jó, ha a segítő személy előre látja egy tárgyalás lényeges pontjait, szükség esetén képes a beszélgetés menetét kézben tartani. Körültekintő tárgyalási stratégiát kell alkalmaznia.
- *Alkalmazkodó készség* – mivel a segítő tevékenység az esetek többségében csapatmunkában lehet sikeres, ezért fontos a közös célok érdekében történő együtt munkálkodás, egymás eredményeinek elismerése, az egyéni sikerek alárendelése magasabb céloknak.
- *Érdekképviselő képesség* – fontos feladat a segítés folyamatában, hogy érdekkellentétek esetén (a törvényesség betartásával), a lehető legjobb helyzetbe tudjuk hozni az ügyfelet.
- *Kudarctűrő képesség* – a munkaerő-piaci segítés – a dolog természetéből fakadóan – nem mentes a kudarcoktól. Fontos, hogy a segítőt ne törjék le a kudarcok, keressen új alternatívákat, lehetőleg pozitív gondolkodás jellemezze.
- *Konfliktuskezelő képesség* – ellentmondások, összeütközések kezelésének képessége.
- *Problémamegoldó képesség* – váratlanul előállt helyzetek kihívásként való értékelése, megoldási alternatívák keresése.



- *Helyzetfelismerő képesség* – megoldási lehetőségek felismerése. Az ügyfelekkel kapcsolatban az a finom egyensúly, határvonal megtartása/kijelölése, ahol még nem sértjük az ügyfél autonómiáját (függetlenségét).

#### *A mentorok feladatai:*<sup>10</sup>

- a rehabilitációs járadékban részesülőnek a rehabilitációs szolgáltatások igénybevétele során történő információnyújtást, az önálló munkába álláshoz szükséges személyes tanácsadást, személyes közreműködést, szükség esetén együttműködést a rehabilitációs szolgáltatást nyújtó szolgáltatókkal, szervezetekkel és személyekkel,
- a rehabilitációs megállapodásban foglaltak szerint rendszeres kapcsolattartást a rehabilitációs járadékban részesülővel, amely során figyelemmel kell kísérni a rehabilitációs járadékban részesülő mentális, fizikai és egészségi állapotát, a rehabilitációs tervben foglaltak megvalósulását és közre kell működni az akadályok elhárításában,
- tájékoztatási kötelezettség teljesítését a kirendeltség felé, ha a rehabilitációs tervben foglaltak megvalósulását ellehetetlenítő körülmény merült fel, vagy a rehabilitációs megállapodásban foglaltak módosítása, illetve a rehabilitációs járadék időtartamának meghosszabbítása vált szükségessé,
- közreműködést a rehabilitációs megállapodás módosításában.
- A mentori szolgáltatást nyújtó megtett intézkedésekről rehabilitációs naplót vezet.

#### **A SEGÍTŐ MUNKA ETIKAI KÉRDÉSEI.**<sup>11</sup>

A munkaerő-piaci segítő tevékenység és a szociális munka tartalmában jelentős azonosságok vannak ezért a *Szociális Munka Etikai Kódexe* jól adaptálható, felhasználható e tevékenység folyamatában. A kódex egyrészt a szociális munka folyamatában résztvevők értékeinek és emberi méltóságának megőrzését (helyreállítását) és kiteljesítését szolgálja, másrészt a szociális munkát és/vagy szociális munkát végző szakmai felelősségét meghatározó etikai elveken alapul. A *szociális munka célja* megelőzni, enyhíteni és megakadályozni az egyének, családok, csoportok és közösségek nélkülözését és szenvedését. A *szociális munkát végző felelőssége*, hogy megfelelő szolgáltatásokat nyújtson, a szociális problémákat megelőzze és kezelje, valamint hozzájáruljon a társadalmi tervezéshez, fejlesztéshez és cselekvéshez, támogatva a fentebb már említett célokat.

A kódex elvei közül tíz lényeges alapelvet adaptálhatunk a szolgálat, illetve a segítő munkájának megalapozásához:

- A segítő *tiszteletben tartja* minden ember értékét, méltóságát, egyediségét. Esetünkben azt az értéket, hogy a munkavállalási nehézségekkel küzdő em-

<sup>10</sup> A komplex rehabilitációról szóló kormányrendelet tervezete

<sup>11</sup> Munkaerő-piaci segítő ...



berek is tudnak, illetve akarnak dolgozni és lehetnek hasznos tagjai a társadalomnak.

- Munkája során *megkülönböztetés nélkül* működik együtt a hozzá fordulókkal, az őt alkalmazó szervezet feladatkörébe tartozókkal.
- Az ügyfél és a segítő kapcsolata a *bizalmon alapul*. A segítő munkája során tájékoztatja kliensét a segítségnyújtás előre látható menetéről, formájáról, várható következményeiről annak érdekében, hogy a kliens autonóm döntést hozhasson. E mellett fontos az önkéntesség; a segítség elfogadása nem kötelező.
- A segítő munkát végző tájékoztatja az ügyfelet az általa igénybe vett szolgáltatás feltételeiről. Az ügyfél számára biztosított *juttatásokból nem részesülhet*.
- A segítő munkát végző biztosítja az ügyfél jogát a *bizalmon, titoktartáson* alapuló kapcsolathoz. Információt nem ad ki az ő tudomása és beleegyezése nélkül, kivéve ha ez súlyosan veszélyeztet bárkit. Erről a döntésről azonban a körülményeknek megfelelően tájékoztatnia kell az ügyfelet (Lehetőség szerint a döntési folyamatba vonja be a kompetens kollégákat). A titoktartás minden szóbeli, írásbeli, hang- és képanyagra rögzített és belőlük kikövetkeztethető információra vonatkozik.
- A segítő, munkája során az *ügyfél érdekeit tartja elsődlegesnek*. Ez azonban nem sértheti egyéni, állampolgári, magánéleti érdekeit, jogait.
- A segítő munkában alapvető érték az *együttműködés*. Ezen belül elsősorban a munkaügyi szolgálattal, de mindazon egyéb szervezettel is, amely segíthet a célcsoportok foglalkozási gondjainak enyhítésében.
- A segítő, illetve a *szolgálat felelőssége*, ha másokat is bevon ügyfele problémáinak megoldásába, ügyeinek vitelébe.
- A segítő munkát végző elsősorban a segítő folyamat *minőségéért tartozik felelősséggel!* Nem vállalhat el olyan esetet:
  - amelyben tevékenységét visszaélésre vagy emberellenes célokra használhatják fel,
  - amellyel túllépi képzettsége, kompetenciája határát,
  - amellyel összeférhetlenséget teremt.
- A segítő munkát végző *beszámolóssal tartozik* megbízójának (szakmai felelősségének).
- Az alapelvek közül a legfontosabb a bizalom, a titoktartáson alapuló kapcsolat, a *személyes adatok védelme*. (...)

### 3. A foglalkozási rehabilitáció folyamata

#### 3.1. A megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációjának módszertani lépései – egy kutatás tapasztalatai

A munkaerő-piaci rehabilitáció végső célja az egyén munkába állítása, azonban ennek a célnak a megvalósítása komplex és többlépcsős folyamat.

Ebből a definícióból levezethetők a *rehabilitáció alapelvei*:

- A rehabilitáció *csapat munka*, nem köthető egyetlen szakterülethez sem, több szakember együttes és összehangolt működését igényli.
- Fontos hangsúlyozni, hogy a rehabilitáció egy *folyamat*, lépések sorozatából áll. A kívánt cél a foglalkoztatás csak fokozatosan, az eredmények elemzésével és értékelésével valósítható meg.
- A rehabilitáció mindig *egyénnre szabott*. Az ügyféllel (a klienssel) közösen kell kialakítani a célokat és a hozzájuk vezető utat és eszközöket.
- Az egyénre szabott rehabilitációs terv kialakítása elengedhetetlen ahhoz, hogy az ügyfél kellő *motiváltsággal* vegyen részt a folyamatban, hiszen akarat nélkül senkit sem lehet rehabilitálni. Az aktív szerepvállalást elősegítő programokat, támogatásokat kell erősíteni.
- A rehabilitációs folyamat során mindig szem előtt kell tartanunk az *autonómia* tiszteletben tartását, vagyis amit tud, amire képes az ügyfél, azt ne akarjuk tőle elvenni, csak a hiányok pótlására vagy a meglévő, de még fel nem ismert lehetőségekre fókuszáljunk.

Ezen alapelveket szem előtt tartva, két fontos cél összehangolását, illesztését kell megvalósítanunk ahhoz, hogy egy megváltozott munkaképességű személy munkaerő-piaci reintegrációja megvalósuljon:

Ismernünk kell a megváltozott munkaképességű emberek szoci-kulturális, demográfiai jellemzőit, a munkavállaláshoz szükséges képességeket, készségeket, pszichológiai állapotukat. Mindezek ismeretében olyan módszereket, és eljárásokat kell kidolgoznunk, melyek elősegítik a „munkára kész” állapot kialakulását.

Információkat kell gyűjtenünk a munkáltatókról, hogy milyen attitűdökkel, elvárásokkal, lehetőségekkel rendelkeznek, mit kell tenniük abban az esetben, ha megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztatnak.

A *célcsoport szocio-kulturális helyzetéről* a vizsgálatok egyértelműen azt támasztják alá, hogy többszörösen hátrányos helyzetű rétegről van szó. A Hajdú-Bihar Megyei Munkaügyi Központ és a Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézet, Szociál-és Munkapszichológiai Tanszékének 2006-ban készült felmérése során 300 megváltozott munkaképességű embert kérdeztünk meg szociális helyzetéről. Az általunk szerkesztett 40 kérdésből álló kérdőívben az alábbi témakörök szerepeltek:

- Betegség/sérülés milyensége, időtartama
- Családi állapot
- Anyagi helyzet, szociális támogatások
- Életviteli sajátosságok
- Képzettség
- Munkatapasztalat
- Munkavállalási szándék
- Egészségügyi és orvosi ellátás
- Közlekedési és utazási sajátosságok
- Továbbképzés lehetőségei
- Rehabilitációs tapasztalatok
- A pályázati programmal kapcsolatos további együttműködés esetén elérhető adatai

Többségük (33%-uk) aluliskolázott, általános iskolai végzettséggel rendelkezik, 39%-uk szakmunkás képzőt végzett, az egy főre jutó nettó havi jövedelmük kevesebb, mint 30 ezer forint. Orvosukat általában havonta keresik fel ellátás vagy ellenőrzés céljából, mely a gyógyszer ára mellett utazási költséget is jelent. A megbetegedés típusát tekintve, a legtöbben mozgásszervi problémák miatt váltak megváltozott munkaképességűvé. A második helyen a szív- és érrendszeri megbetegedések állnak.

A megkérdezettek majdnem 60%-a egyedül álló, így társas támasz nélkül kell megoldaniuk nehéz élethelyzetüket.

A kérdőív eredményeinek elemzése azt a várt eredményt hozta, miszerint az érintetteknek komoly problémát jelent a munkaerőpiacra történő visszatérés, és nemcsak eredeti munkahelyüket nem tudják megtartani, hanem új foglalkozás választására, pályamódosításra is kényszerülnek. A megkérdezettek döntő többsége arról számolt be, hogy munkaerő-piaci integrációjukhoz nem kapnak kellő segítséget és önállóan nem képesek az új helyzetükből fakadó problémáikkal megküzdeni, hiszen újra kell definiálniuk magukat.

Felmérésünk azt igazolta, hogy ezen célcsoport rehabilitációja csak rendkívül átgondolt, szisztematikusan egymásra épülő támogató rendszer kidolgozásával és alkalmazásával valósítható meg.

### A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEK REHABILITÁCIÓJÁNAK LÉPÉSEI:

#### ***Első interjú, ismerkedés:***

Az első találkozás akár személyesen akár számítógépes segítséggel történik is, mindenképpen az ügyfelek alapos megismerését kell hogy szolgálja. Az alapadatok felvétele után meg kell ismernünk a személy eddigi munkaerő-piaci életútját, milyen munkahelyeken és milyen munkakörökben dolgozott, milyen területen volt sikeres, mely feladatok jelentettek nehézséget számára. A betegségről, sérülésről, csak ezek után célszerű beszélgetni, hiszen ez a legtöbb em-

ber számára /főleg a nem veleszületett rendellenességek esetén/ fájdalmas, lehetséges, hogy még fel nem dolgozott probléma.

Azonban erről mindenképpen beszélnünk kell nem csak a végső cél a megfelelő munkakör kiválasztása miatt, hanem azért is, mert saját egészségügyi problémájáról történő beszámolás módja sok mindent elárul lelki erőnlétéről, továbblépésének realitásáról.

Az interjút készítőnek ismernie kell az alapvető interjú technikákat. Itt most a teljesség igénye nélkül két interjú technikát említenénk meg.

Az egyik az úgynevezett *cselekvéses interjú*, melynek lényege, hogy arról kapjunk információt, hogy az interjú alany bizonyos szituációkat hogyan oldott meg eddigi életében. „Elmondana nekem egy olyan esetet, amikor a főnöke hibát talált a munkájában?”, ekkor egy megélt szituációt kell elmondania, így a kérdezett valódi viselkedésének megismeréséhez közelebb kerülünk. Ha viszont a kérdést úgy tesszük föl: „Mit tenne Ön, ha a főnöke hibát találna a munkájában?”, ekkor a *szituációs* interjútechnikát alkalmazzuk, mely esetben általában az elvárt, a jó feleletet fogjuk kapni.

### **Munkaérdeklődés és munkaértékek megismerése:**

A rehabilitációs folyamat e szakaszában arra keressük a választ, hogy az ügyfél milyen munkaterületek iránt érdeklődik és mi az ami értéket képvisel számára, amit szívesen végez.

Ennek vizsgálatára John Holland (1997 Self-Directed-Search) által kidolgozott kérdőívet használhatjuk. *Holland hat érdeklődési típust különített el:*

- A *gyakorlatias* érdeklődésű az az ember aki szeret tárgyakkal, eszközökkel dolgozni, szereti ha munkájának közvetlen, kézzel fogható eredményét látja. Szeret megjavítani dolgokat, a különböző anyagok megmunkálása jelent számára kihívást.
- A *kutatói* érdeklődésű ember szeret problémákat tanulmányozni, ok-okozati összefüggéseket elemezni, általában az innovatív megoldásokat keresi.
- A *művészi* beállítottságú emberek olyan tevékenységeket szeretnek végezni, melyek segítségével önmagukat kifejezhetik. Fantáziájukat, gondolataikat gyakran művészi produktumokban mutatják meg. A monoton, egyhangú, rutin feladatokat nem kedvelik
- A *társas* típusú emberek szeretnek emberekkel foglalkozni, segíteni problémáik megoldásában. Általában jó kommunikációs készséggel rendelkeznek, könnyen teremtenek kapcsolatokat, tudnak teamben dolgozni.
- A *vállalkozó* érdeklődésű emberek szeretnek másokat irányítani, mások számára feladatokat kijelölni, ellenőrizni. A döntéshozatal nem jelent problémát számukra. A feladatokat szeretik megszervezni, parancsokat, utasításokat adnak. Általában törekvők és energikusak.
- A *hagyományos* típusú emberek nem kedvelik a hirtelen változásokat maguk körül, a jól bevált, szervezett munkatevékenységeket részesítik előnyben. Igénylik hogy az általuk végzendő munkafolyamat pontosan körülhatárolt legyen, szeretik tudni a pontos határidőket.

A típusok jellemzőiből jól látszik, hogy az egyes munkatevékenységekhez személyiség vonások társulnak, azaz a habituális jellemzők nagyban meghatározzák, hogy milyen munkafolyamatot végzünk kellő motivációval, nyilvánvaló, hogy az ilyen munkavégzés eredményezi a legjobb teljesítményt.

Ezek a típusok természetesen nem önállóan léteznek, valaki nemcsak gyakorlatias, vagy társas munkaérdeklődésű, hanem ezen kategóriák kombinációja lényeges számukra. A kérdőív kitöltése után egy egyénre jellemző profilt kapunk, melynek elemzéséből megtudhatjuk, hogy melyek a domináns, vagy éppen kevésbé hangsúlyos kategóriák.

A munkaérdeklődés kérdőív eredménye általában nem okoz különösebb meglepetést a kitöltő számára, hiszen az a tudás, hogy például a kihívást jelentő feladatok érdekelnek leginkább, és a monoton helyhez kötött feladatokat nem kedvelem, általában tudat közeli információk. Azonban egy ilyen objektív profil sokat segít a megfelelő foglalkozás(ok) kiválasztásában.

### ***Személyes tanácsadás és igényfeltárás:***

A rehabilitáció e szakaszában szükséges a tanácskérővel egy személyes találkozó, hiszen most már az életút adatok és preferenciák ismeretében, közös konszenzusra kell jutni, hogy mely foglalkozások jöhetnek szóba a pályamódosítás során. A tanácsadónak ezen ismeretek birtokában meg kell fogalmaznia javaslatait, hogy milyen képzés, vagy képesség felmérés szükséges ahhoz, hogy az ügyfél céljai megvalósuljanak.

A sikeres szakma választás érdekében fontos a képességek és készségek, kompetenciák mérése, vizsgálata. A megváltozott munkaképességű ügyfélről a rehabilitáció ezen szintjén már sok adat, ismeret van a birtokunkban: ismerjük a személy munkaerő-piaci életútját, végzettségeit, a betegség, sérülés mértékét és tudjuk, milyen típusú munkaköröket részesít előnyben.

Feladatunk most az, hogy megvizsgáljuk, hogy milyen, talán eddig még nem is ismert képességekkel, készségekkel, vagyis kompetenciákkal rendelkezik.

A kompetencia gyűjtőfogalom, magában foglal minden olyan készséget, képességet, ismeretet, személyiségjellemzőt és egyéb személyes tulajdonságot- a társas készségektől a szakmai ismereteken keresztül a nyelvtudásig, amelyek szükségesek a hatékony teljesítmény eléréséhez, azaz bejósolják a későbbi beválást.

A kompetenciák ismerete segíti elő, hogy a legmegfelelőbb embert találjuk meg az adott munkakörre, tehát a toborzáshoz, kiválasztáshoz elengedhetetlenül fontos. Természetesen egyedül a kompetenciák ismerete még nem eredményez kiváló munkateljesítményt, ehhez még szükséges az is hogy a személy akarja végezni az adott munkafeladatot, azaz motivált legyen, és szükséges még az is, hogy a munkaadó rendelkezzen a megfelelő lehetőségekkel.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> A Hajdú-Bihar Megyei Munkaügyi Központ és a Debreceni Egyetem Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék által kidolgozott projektben az Amerikai Egyesült Államok Munkaügyi Minisztériumának megbízásából kifejlesztett O\*NET (Occupational Information Network) rendszert használtuk a kompetencia rendszer kidolgozásához.

### Kompetencia csoportok:

- *Motivációs tényezők:* Korábban említettük, hogy igen fontos szerepet játszik a motiváltság abban, hogy az elvégzendő feladat mennyire lesz eredményes. Ismeretes, hogy vannak úgynevezett külső /extrinsic/ és belső /intrinsic/ motivációk, külső tényező lehet a dicséret, vagy pénzjutalom elérése, belső tényező lehet az érdeklődés, a kíváncsiság, vagy éppen a lelkiismeretesség.
- *Kognitív stílus* tulajdonképpen annak leírása, hogy hogyan is gondolkodik az illető. Például lehet zárt, vagy nyitott a kognitív stílusa. Akit a nyílt gondolkodás jellemez, az kíváncsi és hajlandó más nézőpontokat is megvizsgálni, elfogadni. Ugyanakkor a zárt gondolkodású ember nem kedveli, ha egy problémának több megoldása is van, hajlamos a jól bevált, megszokott információkat előnyben részesíteni.
- *Kognitív képességek* segítenek számunkra a külvilágból érkező ingerek és információk feldolgozásában, elemzésében, strukturálásában, rendszerezésében, tárolásában, előhívásában, és ezek segítségével az eseményekre való adekvát gondolati reakciók megvalósításában. Például a kognitív képességek körébe tartozik a logikus gondolkodás, akinek ez a képessége magas szintű, könnyen talál szabályszerűségeket a jelenségek között, látja az ok okozati összefüggéseket. Ez a képesség fontos olyan munkakörök esetében, ahol törvények, szabályok szövevényét kell átlátni, ahol fontos a problémamegoldás. Kognitív képesség a kreatív gondolkodás is, mely segítségével szokatlan, újszerű eredményekre jutunk. E képesség fontos lehet olyan munkakörök betöltésénél, ahol ötleteket, innovatív megoldásokat várnak tőlünk. Például reklám szakmák, művészeti tevékenységek.
- *Figyelmi képességek* esetében vizsgálhatjuk annak gyorsaságát, vagyis pl. milyen gyorsan vagyunk képesek ingerek sokaságából bizonyos szabályszerűség szerint kiválasztani a nem oda illőt /szám párokból melyek a különbözőek/. Természetesen a jó eredmény eléréséhez gyorsaság mellett a figyelem pontossága is lényeges, tehát a gyorsaság és a pontosság együttes mérése fontos kíváncsi adott tesztől.
- *Szenzoros képességek* esetén érzékszerveink – látás, hallás, szaglás tapintás – működését vizsgáljuk. Célunk és feladatunk nem az, hogy az egészség és betegség kategóriájában vizsgálódjunk, ez az egészségügyi ellátó rendszer dolga. Azonban az, hogy egy szemüveggel, vagy a nélkül jól látó embernek milyen mértékű a perifériás látása, mely pl. egy hivatásos gépkocsivezetőnél fontos követelmény, vagy mennyire megbízhatóan tud hallási és látási ingereket összekapcsolni, mely képesség megbízható működése pl. egy repülőtérről irányító toronyban dolgozó ember számára fontos, a munkalelektani műszerezés vizsgálatok feladata.
- *Motoros képességek* a szenzoros képességekhez hasonlóan, vannak olyan szakmák, amelyek betöltéséhez az átlagnál jobb finommotoros képesség szükséges (pl.: chip összeszerelő, vagy gyöngyhímző).
- *Fizikai képességek*, hirtelen, vagy éppen hosszú távon nagy erő kifejtést igénylő munkák esetében is vizsgálhatjuk az erre való képességet.



- *Társas készségek* körébe tartozik a verbális kommunikáció, hogy mennyire vagyunk képesek domináns vagy éppen alárendelt szerepet felvállalni, vagy tudunk-e másokkal együtt működni.

Egy munkakör betöltéséhez természetesen legtöbbször több képesség együttes megléte szükséges. A munkakör elemzések során azt állapítjuk meg, hogy az adott foglalkozás ellátásához, melyek a legfontosabb képességek, melyek nélkül a sikeres munkavégzés nem lehetséges.

*Személyes konzultáció, készségfejlesztő programok, tréningek, illetve képzések kiválasztása.*

A rehabilitációs folyamat e pontján ismét szükség van arra, hogy az ügyfél és a tanácsadó közösen összegezze *az eddigi eredményeket*, melynek alapján munkaterületeket, foglalkozásokat ajánlunk. Tisztáznunk kell, hogy a szóba jöhető foglalkozásokhoz kell-e valamilyen speciális képzés, esetleg milyen képességfejlesztő tréning segíthetné a biztosabb és sikeresebb elhelyezkedést. Speciális tréning tematikákat dolgoztunk ki a projekt keretében (pl.: munkahe-lyi beilleszkedést, egészségmegőrzést segítő tréning, mobbing (a pszichoterror kezelése), a kommunikáció fejlesztése.

*Munkára kész állapot, álláskeresés önállóan, vagy intézményesen.* Optimális esetben a vizsgálatok és konzultációk eredményeként ügyfelünk kész a munkavállalásra, önismerete gazdagabb és megalapozottabb, tisztában van használható képességeivel. Igény szerint álláskeresői tréningen való részvételt is ajánlhatunk. Természetesen ahhoz, hogy a végső cél a tényleges munkaerő-piaci integráció megvalósuljon, a munkaadók elfogadó-befogadó hozzáállására is szükség van.

## 4. A foglalkozási rehabilitáció elvi és gyakorlati lépései

### Az ügyfél útja a foglalkozási rehabilitáció során:

A munkaügyi központok rehabilitációs eljárásában a megváltozott munkaképességű álláskereső dönthetett a rehabilitációs eljárásban való részvételről, így a szolgáltatások, támogatások igénybe vételéről. Nemleges nyilatkozata esetén azonban joghátrány nem érhetette az álláskeresőt.

*A rehabilitációs eljárás menete:*<sup>13</sup> A megváltozott munkaképességű munkavállaló regisztrációja után a közvetítő kezdeményezi a már nyilvántartott személy foglalkozás-egészségügyi vizsgálatát. E vizsgálatot követően dönt arról, hogy tovább irányítja-e rehabilitációs tanácsadásra, vagy más, az elhelyezkedéséhez szükséges munkaerő-piaci szolgáltatásokra. Az átirányítást követően a rehabilitációs tanácsadónak több esetben más szakértő bevonását is kell kezdeményeznie (közvetítőn keresztül), vagy szükséges konzultálnia a foglalkozás-

<sup>13</sup> A képességek alapján történő diagnosztikai...



egészségügyi szakellátó helyek orvosaival és amennyiben ismételt vizsgálat szükséges a közvetítő elvégzi az ismételt beutalást.

*A rehabilitációs járadékosokkal való együttműködés folyamata:* A rehabilitációs járadékos személy köteles együttműködni a lakóhelye, tartózkodási helye szerint illetékes kirendeltséggel. A járadékban részesülő egészségi állapotával összefüggő, elhelyezkedést gátló körülményeket a regionális munkaügyi központ illetékes kirendeltsége a komplex szakvélemény alapulvételével a vele való konzultáció során tárja fel.

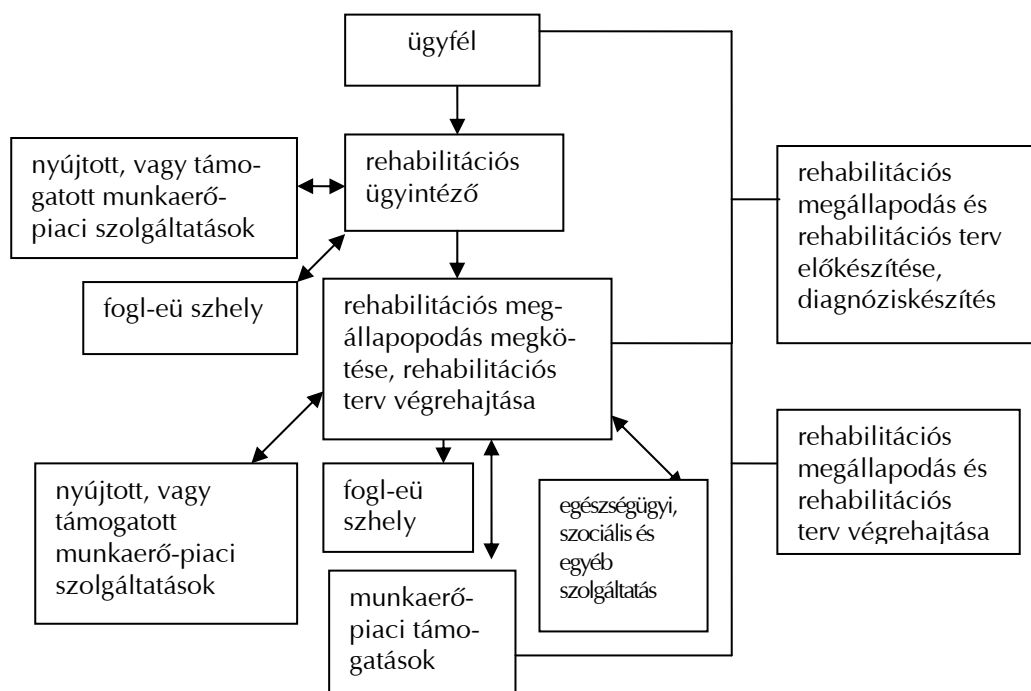
A kirendeltség a rehabilitációs megállapodás, a rehabilitációs terv tervezetének előkészítésénél figyelembe veszi a rehabilitációs járadékos szakmai gyakorlatát, iskolai végzettségét és életkorát, továbbá az *adott térség munkaerő-piaci feltételeit*.

Amennyiben együttműködési kötelezettség teljesítéséhez és a rehabilitációs megállapodás megkötéséhez további információk szükségesek, az *ügyfél, illetve az ügyintéző kezdeményezésére* az illetékes kirendeltség megkeresi a regionális munkaügyi központ központi szervezetét, illetve kirendeltség és szolgáltató központját, hogy az általa nyújtott vagy támogatott munkaerő-piaci szolgáltatások (munkaerő-piaci és foglalkozási információ nyújtása, rehabilitációs tanácsadás stb.) keretében nyújtson tájékoztatást a rehabilitációs járadékban részesülőnek.

A rehabilitációs járadékban részesülő köteles részt venni és együttműködni a rehabilitációs megállapodás elkészítésében, és a rehabilitáció konkrét irányának meghatározásához szükséges foglalkozás-egészségügyi vizsgálatokban és a megállapodás megkötését elősegítő rehabilitációs szolgáltatásokban.

A kirendeltség a fent említett szolgáltatók javaslatának, szakvéleményének figyelembevételével, a rehabilitációs járadékos együttműködésével véglegesíti a rehabilitációs megállapodást, illetve a rehabilitációs tervet úgy, hogy a szakértői bizottság szakvéleményében foglaltaktól csak indokolt esetben térhet el.

2. ÁBRA  
AZ ÜGYFÉL ÚTJA A REHABILITÁCIÓS ELJÁRÁSBAN



A véglegesített és elfogadott rehabilitációs megállapodás és rehabilitációs terv megvalósítása során a rehabilitációs ügyintézőnek elő kell segíteni egyéb szolgáltatásokhoz (egészségügyi, szociális stb.) és támogatásokhoz való hozzáférést a komplex rehabilitáció megvalósulása érdekében.

### Rehabilitációs eljárás a kereső tevékenységet folytató járadékosokkal:

A kereső tevékenységet folytató rehabilitációs járadékos rehabilitációját a munkahelyén kell megkísérelni. Ennek érdekében a kirendeltség megkeresi a foglalkoztatót a szükséges rehabilitációs intézkedések megtétele érdekében. Amennyiben a foglalkoztató vállalja az intézkedések megtételét, a rehabilitációs megállapodás és a rehabilitációs terv kidolgozásába a munkáltató képviselőjét is be kell vonni. A további eljárás a fentiekkel megegyező.

**Bujtor István:**

## **Felnőttképzés és a foglalkozási rehabilitáció**

## Tartalom

A képzések módszertani jellegzetességei a rehabilitációs témakörben	122
A képzésekkel kapcsolatos jogszabályi háttér	123
Adaptálható uniós és hazai gyakorlatok	124
A felnőttképzés és a foglalkozási rehabilitáció elvárható (ideális) működése, a képzés általi nyílt foglalkoztatás elősegítése érdekében	126
A munkaerő-közvetítés folyamata hét lépésben	126
Az egyéni fejlesztési terv	128
Képzési terv	129
Stratégiai célok	131
Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) – Nemzeti Stratégiai Referenciakeret	131
A fogyatékos emberek életminőségét javító intézkedések az ÚMFT-ben	132

A hátrányos helyzet leküzdése, a munkavállalói kompetenciák csökkentésének egyik legfontosabb eszköze a képzés. A foglalkoztatáspolitikai aktív eszköznek célja, hogy a felnőttképzés eszközrendszerével olyan képzési programot nyújtson a célcsoport számára, amellyel hátrányaik ellenére a munkaerőpiac aktív résztvevőivé válhatnak.

Ma már a felnőttképzéssel szemben elvárt a nyitott, rugalmas képzési rendszer, a modularitás lehetőséget ad az egyéni fejlesztésre. A tanulási motiváció, a tanulási, mentális képességek és kommunikációs készségek fejlesztése, a személyiség formálása, a hiányzó alapismeretek pótlása segíti a résztvevőket identitástudatuk, érdekérvényesítő képességük fejlesztésében, biztonságérzetük és jövőképük kialakításában. Az egyéni fejlesztések célja, hogy a hátrányos helyzet miatti egyenlőtlenségek kiküszöbölésével a célcsoport társadalmi integrációját is elősegítsük.

## A képzések módszertani jellegzetességei a rehabilitációs témakörben

A képzéseket a *kompetenciára alapozott modulrendszerű oktatás* jellemzi, melynek során *figyelembe* kell venni, hogy az egyén az általa kiválasztott szakmai tudás megszerzéséhez milyen kompetenciák és ismeretek megtanulása útján juthat el. A munkavállalók élettapasztalattal szerzett mindennemű tudását, szakértelmét felmérve és figyelembe véve kell kialakítani a képzési modulokat.

Igény esetén az egyéni sajátosságokat figyelembe vevő, *személyre szabott szakmai képzés* felkínálása is lehetséges.

A *gyakorlatorientáltság*, mint jellemző a képzés során az elméleti tudás megszerzése mellett a választott szakma gyakorlati tevékenységeinek erőteljes tanítását helyezi előtérbe.

Az adott célcsoportnak megfelelően kialakított *rövid, vázlatszerű tananyag* alkalmazása a fogyatékkal élőkénél hangsúlyosabban alkalmazott módszer. Például a vakok és gyengénlátók esetében hangos tankönyvek alkalmazása, a siketek és nagyothallók esetében a kommunikáció akadályainak leküzdése érdekében jelnyelvi tolmács biztosítása a képzés, valamint a vizsga idejére.

A *kis létszámú csoportok* tervezése, a *megnövelt óraszámú való oktatás*, a lehetőség biztosítása a *gyakori ismétlésre, összefoglalásra, visszacsatolásra* az egyéni tanulási folyamat hatékonyságát nagymértékben növelő, alaposabb tudás megszerzését elősegítő tényező.

A célcsoport és az egyéni képességeket figyelembe véve szükség szerint alkalmazni kell a *kettős vezetésű oktatást*, melynek során a képzésen résztvevők munkáját egyszerre két instruktor segíti.

Képzésekhez kapcsolódhatnak–mint *kiegészítő modulok*–a következő ismeretek: tanulástechnikai, személyiségfejlesztő, kommunikációs és életvezetési tréningek, elhelyezkedési tanácsadás.

Szakmai képzések esetben olyan modulokat is tartalmazhatnak, amelyek az életvitel formálásához, munkahelyi beilleszkedéséhez adnak segítséget.

## A képzésekkel kapcsolatos jogszabályi háttér

A megváltozott munkaképességű/fogyatékkal élő személyek képzési támogatásainak jogszabályi háttere:

- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
- 1993. évi LXXVI. törvény a szakképzésről
- 2003. évi LXXXVI. Törvény a szakképzési hozzájárulásról és a képzés fejlesztésének támogatásáról
- 2001. évi CI. törvény a felnőttképzésről
- 2003. évi LXXXVI. törvény a szakképzési hozzájárulásról és a képzés fejlesztésének támogatásáról
- 27/2001. (VII. 27.) OM-rendelet az Országos Képzési Jegyzékről szóló 7/1993. (XII. 30.) MüM-rendelet módosításáról
- 48/2001. (XII. 29.) OM-rendelet a felnőttképzést folytató intézmények nyilvántartásba vételének részletes szabályairól
- 123/2007 (V.31.) Kormányrendelet a felnőttképzési normatív támogatás részletes szabályairól
- 22/2004. (II. 16.) kormányrendelet a felnőttképzést folytató intézmények és a felnőttképzési programok akkreditációjának szabályairól
- 24/2004. (VI. 22.) FMM-rendelet az akkreditációs eljárás és követelményrendszer részletes szabályairól
- 23/2005. (XII. 26.) FMM-rendelet a regionális képző központok feladatairól, irányításáról, a Munkaerőpiaci Alap foglalkoztatási aprészén belül elkülönített képzési keret felhasználásáról, valamint a regionális képző központok és a megyei (fővárosi) munkaügyi központok együttműködéséről
- 6/1996. (VII. 16.) MüM-rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerőpiaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról
- 15/2007. (IV. 13.) SZMM-rendelet a Munkaerőpiaci Alap képzési aprészből felnőttképzési célra nyújtható támogatások részletes szabályairól
- (...)

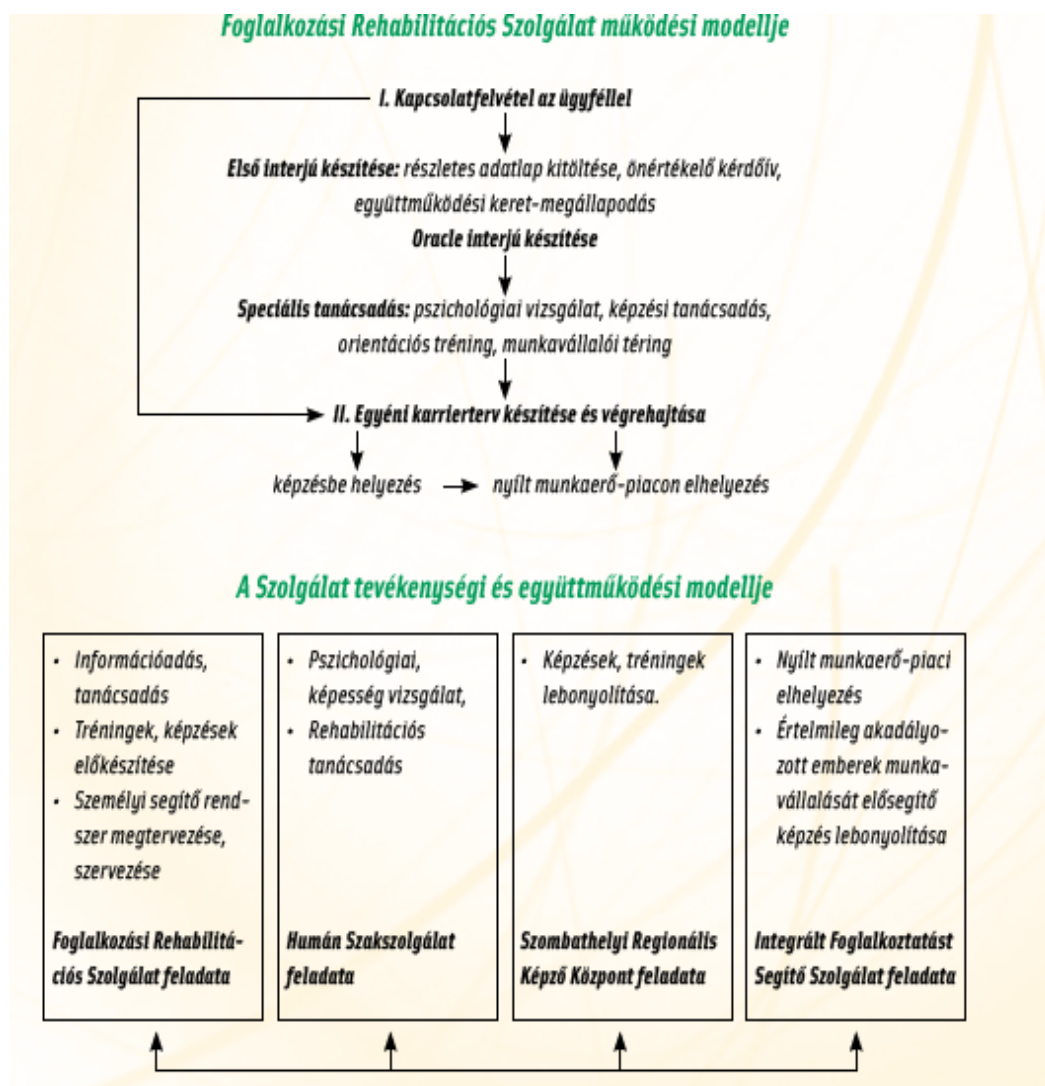
## Adaptálható uniós és hazai gyakorlatok

A sok változat közül kettőt emelek ki, a lehetőségek előtérbe helyezése miatt.

- E/032, ECDB: HU-19: Foglalkozási rehabilitációs szolgálat működtetése EQUAL projekt szakmai anyaga alapján

### 1. ÁBRA

#### A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓS SZOLGÁLAT MŰKÖDÉSI, TEVÉKENYSÉGI ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉSI MODELLJE



- A második szintén EQUER nemzetközi kapcsolaton keresztül lett ismert

### Kutxa Zeharo (spanyol szervezet) példája

A Kutxa Zeharo által nyújtott szolgáltatások:

- Foglalkoztatási tájékoztatás
- Szakképzés



- Foglalkoztatási lehetőségek aktív keresése
- Képzés a munkahelyen
- A rehabilitáció hosszú távú nyomon követése

A szolgáltatásokat Gipuzkoában 5 Kutxa Zeharo iroda nyújtja. A célcsoport tagjai egyrészt a hivatalos szervezetektől (önkormányzatok), másrészt szájreklám útján szereznek tudomást a szervezetről és szolgáltatásairól.

A Kutxa Zeharo irodái azonos felépítésűek a különböző helyszíneken. Lényeges, hogy mindenhol több interjú szoba található.

A részletes interjú célja a munkavállaló kompetenciáinak és igényeinek felmérése: munkakapacitása (megváltozott munkaképességű és fogyatékkal élők esetében rendkívül fontos), szakmai képzettsége, illetve tudása. A Kutxa Zeharo nem kér biztosítékot, illetve bizonyítékot az ügyféltől az interjú során. A rendszer a bizalomra épül, illetve a jól képzett és gyakorlott szakember tapasztalatain. Ebből a szempontból nagy a Kutxa Zeharo munkatársainak felelőssége. A felmérés során a Kutxa Zeharo szakembere fel tudja mérni, hogy az ügyfélnek védett munkahely vagy elsődleges munkaerőpiacon van lehetősége elhelyezkedni, szükséges-e a képzése, hiszen a filozófiájuk egyik pillére az emberek fejlesztése.

Az interjúk alapján lehet dönteni arról, hogy a meghirdetett vagy felkutatott állás/munkakör megfelel-e a munkavállalónak, vagy a munkavállaló fejlesztést igényel.

A munkavállalókat nem tesztelik (a tesztek nem mindig adnak jó eredményt), helyette munkába helyezik az ügyfelet és határozott időn belül majd kiderül, hogy mindkét fél (munkáltató és munkavállaló) számára megfelel-e a munkaviszony. Ha nem, akkor lehetőség van más felkutatott vagy meghirdetett munkakörbe áthelyezni az illetőt.

A munkavállalók a fogyatékoságuk megállapításához 4 lépcsős folyamaton mennek keresztül: orvosi vizsgálat, majd következik az önkormányzat szociális felmérése, a „DFG” dokumentum kiállítása a szociális jogokkal kapcsolatban, végül kiállítják a fogyatékosági fokról a dokumentumot. Ha min. 33%-os fogyatékoságot állapítanak meg, akkor válik a munkavállaló a Gureak és a Kutxa Zeharo célcsoportjának tagjává.

#### *A Kutxa Zeharo munkatársai:*

- Orientációs szakemberek: feladatuk a leendő munkavállaló és a munkáltató között tartani a kapcsolatot és közvetíteni. 1 hét áll a rendelkezésére, hogy felmérje és elemezze a munkavállaló profilját, illetve 1 hét, hogy felkutassa az álláslehetőségeket és egyeztessen a lehetséges munkáltatókkal.
- Job coach: a munkahelyen segít a beilleszkedésbe és utógondozási, nyomon követési feladatokat lát el.

#### *A munkáltató motiválásának módszerei és eszközei:*

- A munkavállaló képességeinek objektív bemutatása
- A támogatási rendszer bemutatása, milyen támogatásban részesülhet, ha megváltozott munkaképességűt vagy fogyatékkal élő alkalmaz.
- A Kutxa Zeharo utógondozási és nyomon követési tevékenységének bemutatása, mely garancia jellegű a munkáltató számára.

#### *Támogatási rendszer:*

Határozatlan idejű munkaszerződés esetén:

- 4500–6300 Euro/év TB bonus, mely függ a munkavállaló hátrányos helyzetének mértékétől (megváltozott munkaképességű, nő stb.),
- 901 Euro foglalkoztatási adaptációs költségek fedezésére egyszeri támogatás az államtól
- 6611 Euro társadalmi adókedvezmény.

Határozott idejű munkaszerződés esetén:

- 3500–5300 Euro/év TB bonus, mely függ a munkavállaló hátrányos helyzetének mértékétől (megváltozott munkaképességű, nő stb.),
- max. 18 hónapos, a minimálbér 55%-nak megfelelő bértámogatás.

A Kutxa Zeharo saját adatbázissal rendelkezik mind a munkavállalói, mind a munkáltatói adatokat tekintve. Az alapadatokon kívül szerepelnek benne a nyújtott szolgáltatások is.

### ***A felnőttképzés és a foglalkozási rehabilitáció elvárható (ideális) működése, a képzés általi nyílt foglalkoztatás elősegítése érdekében***

#### **A MUNKAERŐ-KÖZVETÍTÉS FOLYAMATA HÉT LÉPÉSBEN**

Az alábbiakban részletezésre kerül a munkaerő-közvetítés hét lépéses folyamata, amely lépéseivel és eszközrendszerével biztosítani kívánja a munkaerő-piaci esélyegyenlőség megvalósulását.

#### **1. Munkaerőigény megjelenése**

A munkaerő-közvetítés folyamatának első lépése a munkaerőigény megjelenése. Ennek két leggyakoribb formája az álláslehetőségek felkutatása vállalati kapcsolattartáson keresztül, illetve munkáltatók részéről bejelentett munkaerőigény.

#### **2. Munkakörelemzés**

Annak érdekében, hogy a megjelent munkaerőigényre a megfelelő álláskeresőt küldhesse a munkaügyi szervezet a munkakör alapos megismerése szük-

séges. Ezt szolgálja a tanácsadók által végzett munkakörelemzési tevékenység. A munkakörelemzés során a tanácsadók személyesen felkeresik a munkáltatót és munkakör-elemzési kérdőív segítségével a munkáltatóval együtt, ha lehetőség van rá, a közvetlen felettes bevonásával munkakörelemzést végeznek. A munkakörelemző kérdőív célja a munkaköri feladatok, a munkakör összefüggéseinek, az ismereteknek (szakképzettség, gyakorlat) pszichés és fizikai terhelésnek stb. azonosítása.

A munkakörelemzés mellett természetesen kitérnek a munkavégzéshez szükséges további információkra is pl. fizetés, pozíció betöltésének várható időpontja, valamint abban is megállapodnak, hogy a munkaerő-közvetítésnek a bemutatási szakaszában hány jelöltet szeretne meghallgatni a munkáltató.

### 3. Kompetenciaprofil, interjúkérdések

Az elkészült munkakörelemzés alapján meghatározható a munkakör betöltéséhez szükséges lényeges tulajdonságok, amelyek a munkakör kompetenciaprofiljában összegződnek. A kompetenciaprofil szempontrendszer nyújt a kiválasztási folyamatba bevont jelöltek megismeréséhez. Ez további segítséget nyújt a kiválasztási folyamatban a jelöltek megismeréséhez (interjúkérdések összeállítása és információ a kompetencia alapú teszteléshez)

### 4. Jelöltek felkutatása, interjú

Ebben a szakaszban a tanácsadó felkutatja a rendelkezésére álló adatbázisból azon álláskeresőket, akik az elvárásoknak előzetesen megfelelnek (pl. iskolai végzettség, szakképesítés stb.), és feltehetően érdekli őket a felkínált munkalehetőség. A felkutatott személyekkel a tanácsadó személyesen találkozik, és a konkrét munkakörre vonatkozóan interjút készít vele. Az interjúban kitér az elvárások ismertetésére, valamint igyekszik a munkavállaló szándékait is megismerni.

### 5. Kompetencia-alapú tesztek

A munkaerő-közvetítés ezen szakaszában egy kompetencia alapú, moduláris felépítésű tesztet tölt ki a munkavállaló, amely a munkakörelemző kérdőív alapján feltárt lényeges kompetenciák vizsgálatára szolgál. Az egyén szempontjából lényeges kompetenciákat vizsgálja. A teszt, mint pszichológiai mérőeszköz biztosítja a feltárt információk (személyiségjellemzők) megbízhatóságát, és az objektivitást. Előnye, hogy a munkaügyi szervezeten belül intranetes elérhetőségű (de papír-ceruza alapon is kitölthető), így lehetővé teszi, hogy egy adott kód felhasználásával, a pszichológus jelenléte nélkül, a munkaügyi szervezet minden kirendeltségén elérhető és kitölthető a teszt. Az eredményekről, a vizsgált kompetenciák szintjéről a tanácsadó visszajelzést kap.

## 6. Jelöltek rangsora

Az interjú és a kompetencia-tesztek alapján a tanácsadónak rangsorolnia kell jelölteket. Ezen rangsor alapján fogja a tanácsadó ajánlani és bemutatni a munkáltatónak a legjobb jelölteket.

## 7. Bemutatás a munkáltatónak, döntés-támogatás

A 2. pontban leírtak szerint egyeztetett létszámú (pl. a legjobb három) jelölt bemutatására kerül sor a munkáltatónál, a tanácsadó jelenlétében. A munkaerő-kiválasztásban a végső döntés a munkáltató joga. De a tanácsadó személyes jelenlétével, diszkrimináció mentes szemléletével, illetve a rendelkezésre álló információi segítségével támogathatja a munkahelyi vezető döntését, annak érdekében, hogy a munkakör betöltése szempontjából legmegfelelőbb jelölt kerüljön kiválasztásra.

A kompetenciairányítás közismert módszer a humán erőforrás menedzsment (HRM), konkrétabban a humán erőforrás fejlesztés (HEF) ágazatban. A módszer különféle eszközökre épít. Használatuk fő irányvonala kapcsolódik a következő, egymásra épülő tevékenységekhez:

- Kompetencia modellezés
- Kompetenciaértékelés
- Személyes fejlődés tervezése
- Oktatás és képzés
- Tréning

### AZ EGYÉNI FEJLESZTÉSI TERV

Az egyéni fejlesztési terv 5 részből tevődik össze:

- Bemeneti adatok
- Felmérési adatok, kompetencia profil
- Fejlesztési folyamat
- Cselekvési terv
- Nyomon követés, monitoring

Bemeneti adatok tartalmazzák egyrészt a személyes adatokat (név, cím), a jelenlegi munkaerő-piaci helyzetéről szóló adatokat, képzettségi adatait, munkatapasztalatát, egyéb tapasztalatait. Ezek az információk gyakorlatilag a (szakmai) önéletrajz elkészítésével egyenértékűek.

A terv következő részében a munkavállaló pszichikai profilját kell felvázolni. A tervben szerepeltetni kell az egyén személyes jellemzőit, munkavállalói elképzeléseit, motivációs képét, a befolyásoló külső tényezőket, kompetenciáit és korlátait (fizikai, kognitív és pszichikai korlátokat). A kiválasztási eljárás eredményei itt jól felhasználhatóak.

A fejlesztési folyamat lényege, hogy perspektívát adjunk a munkavállalónak. A fejlesztési folyamat céljai lehetnek:

- Munkába helyezés a normál munkaerőpiacon vagy védett munkahelyen
- Szociális aktivitás
- Képzés
- Visszatérés a nyílt munkaerőpiacra

A cselekvési tervben határozzuk meg az egyén által elérendő a fő célokat, az elvégzendő tevékenységeket, feladatokat, valamint a megállapodásokat. A cselekvési terv másrészt ütemterv is, melyben rögzítésre kerülnek a terv végrehajtásakor betartandó határidők.

A terv végrehajtását folyamatosan kell ellenőrizni és értékelni. Egyrészt csak így kaphatunk pontos képet az egyén fejlődéséről, másrészt az esetleges és szükséges módosításokra csak a folyamatos értékelések eredményei mutatnak rá.

A különböző szakmai csoportok feltáró munkájának eredményeként az egyik lehetséges kimenetele a programnak a megváltozott munkaképességűek/fogyatékkal élők képzésbe való integrálása.

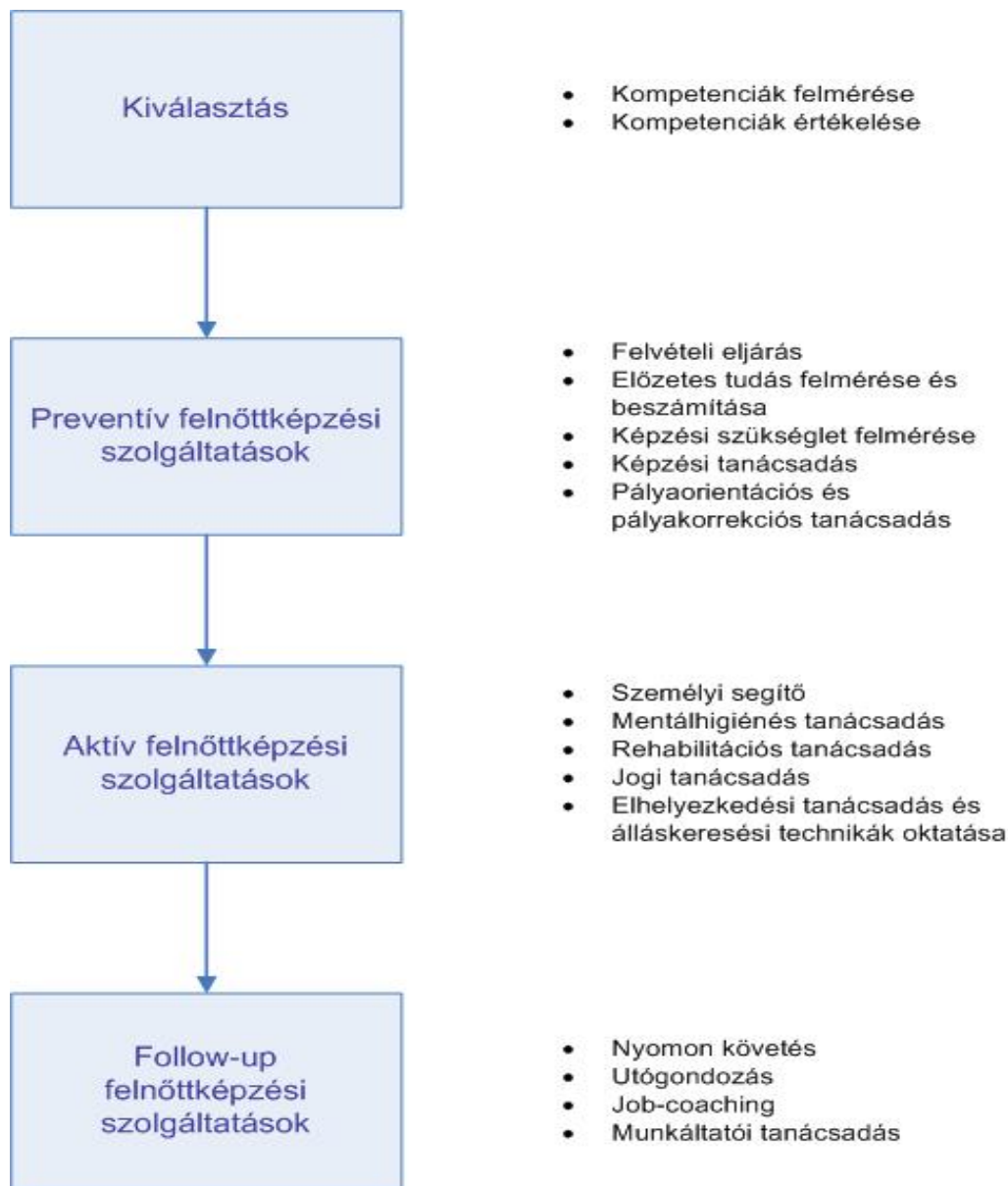
### KÉPZÉSI TERV

Sokszor az egyéni fejlesztési terv részének tekintik, de önállóan is megállja a helyét. A képzési terv is tartalmazza a személyes adatokat, a kompetenciákat, ugyanakkor fontos szempontként jelenik meg a képzés elvégzésével betölthető munkaköröknek való megfelelés is.

A képzési terv részei:

- Bemeneti adatok
- Felmérési adatok, kompetencia profil
- Felnőttképzési szolgáltatások
- Képzési programok, tananyagok, modulok
- Nyomon követés, monitoring

2. ÁBRA  
KÉPZÉSBE KERÜLÉS ÉS KÉPZÉSI FOLYAMAT



A felnőttképzéshez kapcsolódó szolgáltatások célja, hogy támogassa a felnőtt egyént foglalkozást elősegítő képzésben való részvételét a sikeres munkavállalás érdekében, illetve segítse bekapcsolódni a képzési folyamatba, továbbá felkészítse a munkaerő-piacon való sikeres szereplésre.

A cél az önismeret, az új készségek, új szakmai és magatartásbeli, viselkedésbeli tulajdonságok, új munkavállalói attitűdök elsajátítása, amelyek birtokában képesek lesznek alkalmazkodni a gazdasági környezet változó igényeihez.

Példaként a Regionális Képző Központok a szolgáltatások szűkebb értelmű rendeltetését a következőképpen határozták meg:

- segíteni a jelentkezőt azonosítani, dokumentálni és bemutatni azt a tudást, tapasztalatot és képességeket, amelyeket a munkavégzése során élettapasztalatként szerzett;
- segítséget nyújtani a számára a felnőttképzési programok megválasztásához, döntése megalapozásához, vagyis saját általános és szakmai ismeretének felméréséhez, tehát az élettapasztalattal szerzett szakmai tudása beszámításához a szakmai képző programokban;
- segíteni tájékozódni a foglalkozások világában, a munkaerő-piaci karriercéljának megfogalmazásában, valamint elősegíteni mielőbbi visszatérését a munkaerőpiacra;
- tájékoztatni a képzések adatai felől, továbbá támogatási, finanszírozási, továbblépési lehetőségek felől;
- alternatívákat kínálni a sikeres elhelyezkedés érdekében, naprakész munkaerő-piaci helyzetre építve, az egyéni adottságokat figyelembe véve, ezzel az álláskeresési esélyeinek javítása;
- feldolgozni azon problémáit, melyek személyiségéből erednek a munkanélküliség átélésének következményeként, és amelyek munkavállalását akadályozzák, megelőzni a tartós munkanélküliség és az ezt kísérő pszichésmentális hatások kialakulását;
- segíteni ügyfeleinket a mindennapi életben felmerülő jogi problémák intézésében, különösen a munkaviszonnyal és munkanélküliséggel összefüggő gondjai megoldásában

A szolgáltatási tevékenység tehát szorosan kapcsolódik a felnőttképzési tevékenységhez, támogatja az egyén tanfolyamon történő részvételét, elősegíti a későbbi munkavállalást. Ugyanakkor a felnőttképzéshez kapcsolódó szolgáltatások különálló rendszerként is működnek, a felnőttképzési tevékenységtől függetlenül.

## Stratégiai célok

### ÚJ MAGYARORSZÁG FEJLESZTÉSI TERV (ÚMFT) – NEMZETI STRATÉGIAI REFERENCIAKERET

Magyarország 2007-2013 évekre szóló legfontosabb stratégiai dokumentuma.

Összesen mintegy 8 ezer milliárd forintnyi fejlesztési forrás prognosztizálható a dokumentum alapján, amely 15 operatív programot tartalmaz.

Átfogó cél: a foglalkoztatás bővítése és a tartós növekedés elősegítése – felzárkózás az EU foglalkoztatási mutatóihoz.



A Foglalkoztathatóság, mint átfogó cél:

- a használható tudáshoz való hozzáférés feltételeinek javulása az iskolarendszerben és az egész életen át tartó tanulás rendszerében.
- a minőségi oktatás és hozzáférés biztosítása mindenkinek
- életviteli készségek fejlesztése,
- komplex pedagógiai fejlesztési programok bevezetésének és alkalmazásának támogatása, hátrányos helyzetű tanulók integrált oktatásának támogatása

#### A FOGYATÉKOS EMBEREK ÉLETMINŐSÉGÉT JAVÍTÓ INTÉZKEDÉSEK AZ ÚMFT-BEN

1. TIOP 3.3 és ROP-ok Egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása a közszolgáltatást nyújtó intézményekben
2. TÁMOP 1.1 Komplex rehabilitációs szolgáltatás rendszerbe lépők részére szolgáltatások nyújtása
3. TÁMOP 1.2 Megváltozott munkaképességű munkavállalók részére foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások nyújtása
4. TÁMOP 1.3 ÁFSZ szervezetrendszerének fejlesztése
5. TÁMOP 1.4 Munkaerő-piaci szolgáltatások fejlesztése
6. TÁMOP 5.4 Elemi rehabilitációs szolgáltatások kiépítése
7. TÁMOP 2.6 Civil szolgáltatók akkreditációs rendszerének kialakítása

**Dr. Pulay Gyula:**

## **A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének konceptiója<sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ**  
**A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének konceptiója**

---

<sup>1</sup> Készült a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Fogyatékosági és Rehabilitációs Főosztály és az ÁSZ Fejlesztési és Módszertani Intézet között létrejött 14249-0/2008. számú szerződés alapján 31–48, 92–110.

## Tartalom

1. A fogyatékkal éli személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere	135
1.1. A szociális intézményben ellátott fogyatékos személyek intézményen belüli foglalkoztatása	135
1.2. Akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás	137
1.3. Védett szervezeti szerződéssel folytatott foglalkoztatás	141
1.4. Nem akkreditált munkáltatóknál történő integrált foglalkoztatás	142
2. Az integrált foglalkoztatás gazdasági és foglalkoztatáspolitikai szempontjai	143
2.1. Az integrált foglalkoztatás mellett szóló foglalkoztatáspolitikai, gazdasági érvek	143
2.2. Az integrált foglalkoztatás vállalat-gazdaságtani szempontjai	144
2.3. Az integrált foglalkoztatás támogatási rendszereinek ellentmondásai	147
Mellékletek	150
1. melléklet	150
A foglalkozási rehabilitációt elősegítő szolgáltatások	150
2. melléklet	153
Magyarországi civil szervezetek programjai a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának elősegítésére	153
4M Alapítvány: 4M Program	153
Salva Vita Alapítvány: Támogatott Foglalkoztatás	154
Kézenfogva Alapítvány. A Lantegi módszer magyarországi adaptálása	156
Napra Forgó Rehabilitációs Kht.: a Napra Forgó munkacsoport modell	158

(...)

## 1. A fogyatékkal éli személyek foglalkoztatásának jelenlegi hazai rendszere

Magyarországon a fogyatékos emberek foglalkoztatása több formában is megvalósulhat. Ezeknek dönti többsége nem tekintheti integrált foglalkoztatásnak. Ez utóbbi elősegítése szempontjából ezért kulcskérdés, hogy a jelenlegi szegregált foglalkoztatási rendszerek alkalmassá tehetik-e arra, hogy a fogyatékos emberek egy részét ténylegesen felkészítsék az integrált foglalkoztatásra. E kérdés megválaszolása előtt érdemes röviden áttekinteni az egyes foglalkoztatási formák főbb jellemzőit.

### 1.1. A szociális intézményben ellátott fogyatékos személyek intézményen belüli foglalkoztatása

Az intézményi jogviszonyban álló fogyatékos személy intézményen belüli foglalkoztatását (a továbbiakban: szociális foglalkoztatás) a szociális törvény<sup>2</sup> és végrehajtási rendeletei<sup>3</sup> szabályozzák. A szociális foglalkoztatásban foglalkoztatónak az a személy, illetve szervezet vehet részt, aki az ehhez szükséges külön jogszabályban<sup>4</sup> megjelölt személyi és tárgyi feltételekkel rendelkezik, és ennek alapján a szociális foglalkoztatásra szociális hatóságtól engedélyt kapott. A foglalkoztatásra az intézmény szakmai programja alapján, az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint kerülhet sor. A szociális foglalkoztatásnak két formája létezik a *munka-rehabilitáció* és a *fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás*. Elsősorban a fogyatékos személy meglévő képességei, kora, fizikai és mentális állapota dönti el, hogy számára melyik foglalkoztatási forma az alkalmas.

A *munka-rehabilitáció* célja a szociális intézményben ellátott fogyatékos személy munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés. A munka-rehabilitáció az intézményi jogviszony keretében történik.

A munka-rehabilitációs tevékenység megválasztásánál a szociális intézmény vezetője figyelembe veszi az ellátott testi és szellemi képességeit, és speciális szükségleteinek megfelelően biztosítja az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés feltételeit. A munka-rehabilitáció időbeosztását az ellátott állapotának, képességeinek figyelembevételével egyénileg kell meg-

<sup>2</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásról szóló 1993. évi III. törvény 99/B-99/E. §-ok

<sup>3</sup> Elsősorban a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatás támogatásáról szóló 112/2006.(V. 12.) kormányrendelet.

<sup>4</sup> A szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatás támogatásáról szóló 112/2006.(V. 12.) kormányrendelet.

határozni az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben úgy, hogy a foglalkoztatás időtartama nem haladhatja meg a napi 6 és a heti 30 órát, és el kell érnie a napi 4 és a heti 20 órát. Munka-rehabilitáció esetén a szociális intézmény vezetője az ellátottat munka-rehabilitációs díjban részesíti. A munka-rehabilitációs díj havi összege nem lehet kevesebb a mindenkori kötelező legkisebb munkabér 30%-ánál.

A *fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás* célja a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint a fogyatékos személy felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történi önálló munkavégzésre. A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás a fogyatékos személy és az intézmény (vagy az intézménnyel az ellátottak foglalkoztatására megállapodást kötött szervezet) között legfeljebb egy évre kötött munkaszerződés alapján határozott idejű munkaviszony keretében folytatható. A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében a 16. életévét betöltött személy foglalkoztatható.

A szociális intézmény a szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatott után támogatást igényelhet. A támogatás a központi költségvetésből a szociális intézmény részére – a fenntartón keresztül – nyújtott támogatás, amely a szociális foglalkoztatás működtetéséhez, ezen belül

- a foglalkoztatottak munka-rehabilitációs díjához, illetve munkabéréhez és ezek járulékaihoz,
- a külön jogszabályban előírt segítő munkabéréhez és ennek járulékaihoz,
- az anyagköltséghez,
- a közüzemi költséghez,
- az adminisztrációs költséghez,
- az eszközbeszerzéshez használható fel.

2007. II. félévében 7364 fő vett részt szociális foglalkoztatásban, ezen belül 3442 fő munka-rehabilitációs foglalkozásokon, 3992 fő pedig fejlesztő-felkészítő foglalkozásokon tevékenykedett<sup>5</sup>.

A szabályozás áttekintéséből az a következtetés vonható le, hogy a fejlesztő-felkészítő foglalkozás elvileg az integrált foglalkoztatásra való felkészítést is szolgálja. A szabályozásban azonban semmi más olyan elem sincs, amely a szociális intézeteket fogyatékos ellátottjaiknak az integrált foglalkoztatásra való felkészítésében tenné érdekeltté.

5 Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

## 1.2. Akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás

Magyarországon 2005 novemberétől bevezetésre került a munkáltatók akkreditálásának rendszere<sup>6</sup>. Ennek lényege az, hogy a fogyatékos, illetve – a vonatkozó jogszabályok szóhasználata szerint – a megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztató gazdálkodó szervezetek, civil szervezetek, egyéni vállalkozók csak akkor kaphatnak e foglalkoztatáshoz költségvetési támogatást, ha akkreditáltatják magukat. A munkáltatók akkreditációjának célja annak tanúsítása, hogy – az akkreditációs tanúsítványban meghatározott székhelyen, telephelyen, illetőleg fióktelepen – a munkáltató

- rendelkezik azokkal a személyi és tárgyi feltételekkel, amelyek biztosítják az egészségkárosodással élő és fogyatékos személyek egészségi állapotának és fogyatékoságának megfelelő munkahelyi környezetben megvalósuló foglalkoztatását, és
- tevékenységével elősegíti a munkavállalók képességeivel elérheti legmagasabb szintű foglalkoztatás megvalósítását.

Az akkreditációs eljárás alapján kiadott akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkezi gazdálkodó szervezet, civil szervezet, egyéni vállalkozó minősül akkreditált munkáltatónak. Ugyanakkor az akkreditációs eljárás arra is alkalmas, hogy megkülönböztesse a fogyatékos emberek védett (félig védett) foglalkoztatására alkalmas munkáltatókat, azoktól, akik a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának a feltételeit teremtették meg. E megkülönböztetés a különböző típusú akkreditációs tanúsítványok révén történik.

Az akkreditációs tanúsítvány típusai:

- alaptanúsítvány,
- rehabilitációs tanúsítvány,
- kiemelt tanúsítvány,
- feltételes tanúsítvány.

Az akkreditációs eljárás alapján kiadott alaptanúsítvány igazolja, hogy a munkáltató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására irányadó alapvető akkreditációs követelményeknek megfelel, azaz *akkreditált foglalkoztató*. A rehabilitációs tanúsítvány a munkáltatót *rehabilitációs foglalkoztató* nyilvánítja. A kiemelt tanúsítvány a munkáltatót *védett foglalkoztató* minősíti. A feltételes tanúsítvány a kiemelt tanúsítvány megszerzésére való felkészülést segíti elő. A továbbiakban az akkreditációs tanúsítványok kiadásának a legfontosabb szakmai feltételeit mutatjuk csak be, eltekintve a

---

<sup>6</sup> A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályiról szóló 176/2005. (IX. 2.) kormányrendelet A rehabilitációs akkreditációs eljárás és követelményrendszer szabályairól szóló 14/2005. (IX. 2.) FMM-rendelet.

jogszabállyal való visszaélés akadályozására hivatott számos részletszabály ismertetésétől.

Akkreditációs tanúsítvány akkor adható, ha a munkáltató megváltozott munkaképességű munkavállalót munkaviszonyban saját maga foglalkoztat, vagy foglalkoztatni kíván, és *a foglalkoztatást a munkavállaló meglévő képességeinek megfelelő rehabilitációs célú munkavégzés keretében biztosítja*. További feltétel, hogy a munkavégzés helyének környezete, építészeti megoldásai tegyék lehetővé a foglalkoztatott munkavállalók egészségkárosodását, illetőleg fogyatékoságát figyelembe vevő akadálymentes közlekedését, és a munkáltató munkaeszközeit, berendezéseit, technológiáját, tárgyi környezetét a megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapotának és fogyatékoságának megfelelő foglalkoztatásához alakítsa.

A kormányrendelet a *rehabilitációs célú munkavégzésnek* két formáját különbözteti meg.

- Községi munkavégzésnek minősül a foglalkoztatás, ha célja a meglévő képességekkel elérheti tevékenység folytatásához szükséges munkatapasztalat biztosítása, gyakorlat, ismeret megszerzése,
- Rehabilitációs célú foglalkoztatás valósul meg, ha a munkaképességváltozás mértékét figyelembe vevő munkaköri feladatok ellátásával, értéket teremt, a munkáltató tényleges – piac által elismert – termeli, szolgáltató tevékenységének elősegítésére irányul (rehabilitációs célú foglalkoztatás).

*Rehabilitációs foglalkoztatónak* nyilvánítható a legalább 20 főt foglalkoztató munkáltató, ha

- a megváltozott munkaképességű munkavállalóinak több mint fele rehabilitációs célú foglalkoztatásnak megfelelő tevékenységet végez,
- esélyegyenlőségi tervvel rendelkezik,
- segíti szolgáltatások igénybevételének lehetőségét biztosítja,
- személyre szóló rehabilitációs tervet készít,
- foglalkozási rehabilitációs szakmai programmal rendelkezik,
- rehabilitációs megbízottat alkalmaz, illetőleg rehabilitációs munkatársat foglalkoztat.

*Védett foglalkoztatóvá* minősítés feltétele, hogy a munkáltató

- megváltozott munkaképességű munkavállalókat – a kérelem benyújtását megelőzően legalább egy éve – a kötelező foglalkoztatási szintet meghaladó létszámban foglalkoztat,
- munkavállalóinak létszáma eléri az 50 főt,
- a megváltozott munkaképességű munkavállalók eltérő képességeinek megfelelő foglalkoztatás biztosítása érdekében a rehabilitációs célú foglalkoztatás mellett a közösségi munkavégzés lehetőségét is biztosítja,



- a betanított- és segédmunka végzésének lehetősége mellett a képesítéshez, illetőleg képzettséghez kötött munkakörök betöltését is lehetővé teszi,
- az eredményes rehabilitációhoz szükséges képzési lehetőségeket – saját maga vagy felnőttképzést folytató intézmény bevonásával – biztosítja, továbbá az érintett munkavállaló képzésben történő részvételét elősegíti,
- a foglalkozási rehabilitáció sikeres megvalósítása érdekében a külön jogszabályban meghatározott, legalább három tagból álló rehabilitációs bizottságot működtet,
- a munkába járáshoz, illetőleg a munkavégzéshez munkahelyi segítő személy közreműködését biztosítja, feltéve, ha a általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű munkavállalók egészségi állapota, illetőleg fogyatékosága ezt indokolja, és
- a kérelemben megnevezett székhelyen, illetőleg telephelyen, fióktelepen ténylegesen foglalkoztatott megváltozott munkaképességű munkavállalók átlagos statisztikai állományi létszáma a kérelem benyújtását megelőző hat hónap átlagában eléri az 50%-ot.

A fenti felsorolásból látható, hogy *a hazai jogszabályok már az alaptanúsítvány megszerzéséhez is komoly követelményeket állítanak, a rehabilitációs és a kiemelt is befektetéseket, illetve folyamatos többletkiadásokat tesz szükségessé.*

*Az akkreditált munkáltatók közül csak az alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltatóknál történő munkavégzés minősíthető integrált foglalkoztatásnak. A rehabilitációs foglalkoztatók ún. félig védett foglalkoztatóknak tekinthetők. Ilyeneket azonban az európai közösségi szabályozás nem ismer. Ebből következően kiemelt támogatásukra sincs lehetőség. Itt egy olyan „hungarikummal” állunk szemben, ami nem valósít meg integrált foglalkoztatást, nem részesítheti kiemelt támogatásban, a jogszabályi előírások miatt azonban*

*a fogyatékos emberek foglalkoztatása drágább, mintha erre integrált foglalkoztatás keretében került volna sor. Ugyanakkor a rehabilitációs foglalkoztatók viszonylag nagy létszámban, jelentős bértámogatással foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű dolgozókat, ezért a jogalkotó szükségesnek látta többletkövetelmények megfogalmazását. Emellett a rehabilitációs foglalkoztatói tanúsítvány egyfajta felkészülést jelent a majdani védett foglalkoztatói minősítés eléréséhez.*

Ennek ismeretében érdemes bemutatni, hogy napjainkra hány munkáltató és milyen szintű akkreditációs tanúsítványt szerzett, valamint, hogy ezek a munkáltatók milyen szervezeti formában működnek (lásd a 1. és 2. táblázatokat).

### 1. TÁBLÁZAT

#### AZ AKKREDITÁLT MUNKAADÓK SZÁMA SZERVEZETI FORMÁNKÉNT ÉS AZ AKKREDITÁCIÓS SZINTEK SZERINT (2008. JÚLIUS 9-I ÁLLAPOT)

Szervezeti forma	Egyéni	Bt.	Kft., Kkt.	Kht.	Rt.	Szövet- kezet	Alapít- vány	Egye- sület	Össze- sen
Tanúsítvány szintje									
Alap	157	102	414	17	42	11	67	103	913
Rehabilitációs	2	15	104	10	7	1	5	5	149
Kiemelt		2	74	16	1	1	1	2	97
Feltételes				1					1
Összesen	159	119	592	44	50	13	73	110	1160

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

### 2. TÁBLÁZAT

#### AZ AKKREDITÁLTAK MEGOSZLÁSA AKKREDITÁCIÓS SZINTENKÉNT ÉS SZERVEZETI FORMÁNKÉNT (2008. JÚLIUS 9-I ÁLLAPOT)

Szervezeti forma	Egyéni	Bt.	Kft., Kkt.	Kht.	Rt.	Szövet- kezet	Alapít- vány	Egye- sület	Össze- sen
Tanúsítvány szintje									
Alap	16,6	10,8	43,8	1,8	4,4	1,2	7,1	10,9	100,0
Rehabilitációs	1,3	12,6	68,9	6,6	4,6	0,6	3,3	3,3	100,0
Kiemelt		2,1	76,3	16,5	1,0	1,0	1,0	2,0	100,0
Feltételes				100,					100,0

Forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

Az 1. táblázatból látható, hogy a rehabilitációs foglalkoztatók és a védett foglalkoztatók száma viszonylag magas. Összességében majdnem 250 szervezet valósít meg védett, illetve félig védett foglalkoztatást. Ezzel szemben az akkreditált és integrált foglalkoztatást folytató munkáltatók száma alacsony: még négyszerese sincs a nem integrált foglalkoztatást biztosító munkáltatók számának. Ráadásul az alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltatók között viszonylag sok az olyan alapítvány, egyesület, amely fogyatékos emberek érdekében működik, és érdekvédelmi, szolgáltatói tevékenységére alkalmaz egy-egy sorstársat. E törekvés mindenképpen pozitív, de nem tekinthető a hagyományos értelemben vett nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásnak.

Az akkreditáció rendszerének bemutatása és az akkreditált szervezetek összetételének alakulása alapján az a következtetés adódik, hogy az akkreditáció jelenlegi rendszere csak kevésbé alkalmas az integrált foglalkoztatás elősegítésére. Az akkreditációs tanúsítvány megszerzésének és megőrzésének feltételei szigorúak (sokszor életszerűtlenek) és bürokratikusak, ezért a nyílt munkaerő-piaci munkáltatók kevésbé érdekeltek az akkreditációs tanúsítvány megszerzésében.

A védett foglalkoztatásnak vannak olyan elemei (munkatapasztalat-szerzés), amelyek elvileg az integrált foglalkoztatásra való felkészítést is szolgálják. Ennek ellenére a rehabilitációs és a kiemelt tanúsítvánnyal rendelkező munkálta-

tókat semmi sem ösztönzi arra, hogy munkavállalóikat az integrált foglalkoztatásra készítsék fel, sőt a létszám-feltételek teljesítése abban teszi őket érdekeltté, hogy minél tovább maguk foglalkoztassák azokat a dolgozókat, akik után támogatásban részesülnek.

### 1.3. Védett szervezeti szerződéssel folytatott foglalkoztatás

Magyarországnak az Európai Unióhoz való csatlakozását megelőzően a megváltozott munkaképességű dolgozókat nagy létszámban foglalkoztató célszervezetek, amelyek zömében szociális intézményben éli, súlyos vagy halmozottan fogyatékos személyeket alkalmaztak az ilyen munkavállalók foglalkoztatása után a bérek 360 százalékának megfelelő dotációt kaptak.<sup>7</sup> EU-taggá válásukat követően azonban Magyarországnak is alkalmaznia kellett az Európai Községet létrehozó Szerződés 87. és 88. cikkének a foglalkoztatásra nyújtott, állami támogatásra történő alkalmazásáról szóló 2204/2002/EK bizottsági rendeletet. E jogszabály csak nagyságrenddel kisebb támogatási intenzitást tett lehetővé: a támogatás mértéke nem haladhatta meg a munkabér és járulékaik 100 százalékát. Ilyen feltétel mellett 2005-ben lehetetlen lett volna megőrizni a megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásának színvonalát a több ezer főt foglalkoztató célszervezeteknél. Erre tekintettel született az a döntés, hogy be kell vezetni egy olyan támogatási formát, amely a túlnyomóan szociális elemekkel jellemezhető foglalkoztatáshoz kapcsolódik, és így módon nem tartozik a közösségi norma hatálya alá. A Római Szerződés alapján ugyanis nem kell alkalmazni a versenykorlátozás tilalma érdekében született közösségi normákat, ha a támogatás szociális jellegű intézkedés. A Pénzügyminisztérium Támogatásokat Vizsgáló Irodájának akkor kiadott előzetes véleménye szerint ennek feltételei a következők:

A rehabilitációs foglalkoztatás során

- a piac által elismert áruk termelése, szolgáltatások nyújtása gyakorlatilag nem valósul meg. A foglalkoztató tehát nem válik a verseny részesévé, és tevékenysége piacszavaró hatást nem vált ki;
- az integrált körülmények között nem foglalkoztatható, egészségkárosodással élő, illetőleg fogyatékos személyek meghatározott feltételek közötti foglalkoztatására kerül sor;
- a piacgazdaság körülményei közötti működés biztosítása – a szociális jellegű feladat ellátása mellett – nem várható el a foglalkoztatótól;
- a foglalkoztatáshoz kapcsolódó költségek átvállalása nem jelent „piaci előnyt” a foglalkoztató részére;
- a támogatás, illetőleg a támogatással érintett tevékenység nem torzítja a versenyt, illetőleg a versenytorzító hatás kiváltásának nincs reális esélye.

<sup>7</sup> A dotáció csak a legsúlyosabban megváltozott munkaképességű dolgozók után volt ilyen magas, és egyéb korlátozó szabályok is érvényesültek

A fentiekre tekintettel került be a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatást szabályozó magyar kormányrendeletbe<sup>8</sup> a rehabilitációs költségtámogatás szabályozása. Erre a támogatásra azok a közhasznú szervezetek jogosultak, amelyek pályázati eljárás alapján védett szervezeti szerződést kötnek az egészségi állapotuk, illetve fogyatékoságuk jellege miatt a nyílt munkaerőpiacon nem foglalkoztatható személyek foglalkoztatására. A hivatkozott kormányrendelet, a részletszabályokat tartalmazó miniszteri rendelet<sup>9</sup> és a védett szervezeti szerződés még néhány olyan szabályt tartalmaz, amelyek e foglalkoztatás szociális jellegét erősítik. Ennek alapján az volt a jogalkotói vélelem, hogy ez a támogatás szociális jellegére tekintettel nem tartozik a közösségi jog hatálya alá.

A fent felsorolt elvek és a kialakult gyakorlat összevetése alapján azonban megállapítható, hogy az elfogadott szabályok a védett szervezeti foglalkoztatás versenytorzító hatását nem küszöbölték ki teljesen. *A védett szervezeti szerződés keretében történő foglalkoztatás valahol a szociális foglalkoztatás és a védett foglalkoztatás határterületén helyezkedik el.*

Ezt mutatja, hogy e szervezetek igen jelentős arányban szociális intézetben ellátott fogyatékos embereket foglalkoztatnak. Ugyanakkor a rehabilitációs munkavégzés révén előállított termékeiket piaci körülmények között értékesítik. Nyilvánvalónak látszik, hogy ezt a foglalkoztatási formát felül kell vizsgálni, egyes részeit a szociális foglalkoztatáshoz, más (piacképesebb) részeit a védett foglalkoztatáshoz kell közelíteni. Nem tartható fenn az a helyzet sem, hogy ezek a szervezetek nem kötelesek kiemelt akkreditációs tanúsítványt szerezni.

#### **1.4. Nem akkreditált munkáltatóknál történő integrált foglalkoztatás**

Az 1. táblázat adataiból nyilvánvaló, hogy a magyar munkáltatók döntő többsége nincs akkreditálva fogyatékos emberek foglalkoztatására. *Ezért ők fogyatékos emberek foglalkoztatása után nem részesülhetnek támogatásban.* A munkáltatók egy része, például a költségvetési szervek eleve ki vannak zárva az akkreditáció és a költségvetési támogatás lehetőségéből. A nem akkreditált munkáltatók a Munkaerőpiaci Alapból részesülhetnek bértámogatásban, ha megváltozott munkaképességű álláskereső, vagy rehabilitációs járadékban részesülő személy foglalkoztatását vállalják. Befogadó munkahelyek létesítéséhez, munkahelyek rehabilitációs célú adaptálásához pályázati úton minden a Munka Törvénykönyve alá tartozó munkáltató kaphat a Munkaerőpiaci Alap Rehabilitációs alaprészéből támogatást. Az integrált foglalkoztatás bővítését

<sup>8</sup> A megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 177/2005. (IX. 2.) kormányrendelet

<sup>9</sup> A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatás megállapításának részletes szabályairól” szóló 15/2005. (IX. 2.) FMM-rendelet

szolgálja az az előírás<sup>10</sup> is, miszerint a legalább 20 főt foglalkoztató munkáltatók létszámuk 5 százalékáig kötelesek megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatni, ellenkezi esetben rehabilitációja hozzájárulást kell fizetniük a Munkaerőpiaci Alapba. Esetükben tehát *egyfajta negatív ösztönzés érvényesül*.(...)

## 2. Az integrált foglalkoztatás gazdasági és foglalkoztatáspolitikai szempontjai

### 2.1. Az integrált foglalkoztatás mellett szóló foglalkoztatáspolitikai, gazdasági érvek

A fogyatékoságügy emberjogi megközelítéséből egyenesen következik a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának előnyben részesítése a védett foglalkoztatással szemben. Ugyanakkor *az integrált foglalkoztatás mellett nagyon és komoly foglalkoztatáspolitikai és gazdasági érvek is szólnak*. Vizsgáljuk meg melyek ezek!

- A védett foglalkoztatás révén még jó esetben is legfeljebb néhány száz munkakört lehet a fogyatékos emberek számára felkínálni, míg az integrált foglalkoztatás elvileg a létező munkakörök teljes választékát nyújtja. Következésképpen az egyes fogyatékos emberek számára a teljes értékű munka lehetőségét nyújtó munkaköröket sokkal könnyebb megtalálni, illetve kialakítani a nyílt munkaerőpiacon, mint a védett foglalkoztatást biztosító szervezetekben.
- Egy-egy földrajzi területen egyáltalán nincsenek védett foglalkoztatók, másutt egy-két védett foglalkoztató működik, korlátozott kapacitással és munkakör-kínálattal. Következésképpen a fogyatékos emberek széles köre számára a védett foglalkoztatás nem, vagy csak jelentős többletköltséggel érhető el.
- A védett foglalkoztatás egy fogyatékos munkavállalóra jutó (fajlagos) költsége lényegesen magasabb az integrált foglalkoztatásé. Sok fogyatékos ember egyidejű foglalkoztatása jelentős többletfeladatot és többletköltséget okoz az irányításban, az adminisztrációban, a fogyatékos dolgozók szállításában és a fogyatékos munkavállalóknak nyújtandó szolgáltatásokban.<sup>11</sup> Nem véletlen, hogy a hivatkozott bizottsági rendelet e költségek (egy részének) kompenzálását a védett foglalkoztatók esetében teszi lehetővé.

10 A foglalkoztatás elisegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 41/A. § (1)–(2) bekezdés

11 Az akkreditációs követelmények ismertetése után már utaltunk arra, hogy ezek teljesítése jelentős többletkiadásokat okoz az akkreditációra vállalkozó gazdálkodó szervezeteknek

A „Research&Practice for Persons with Severe Disabilities” című amerikai folyóiratban a közelmúltban közölt kutatás<sup>12</sup> összehasonlítja a védett foglalkoztatás és a támogatott foglalkoztatás szolgáltatások<sup>13</sup> költséghatékonyságát. (Más vizsgálatokkal ellentétben ez a kutatás az egyéneknek nyújtott szolgáltatás teljes időtartamára vonatkozó valamennyi költséget számításba veszi. Ez azért fontos, mert a támogatott foglalkoztatás szolgáltatásnak jellemzően magasabbak az előzetes költségei a pályatervezés és a munkára való felkészítés szakaszaiban, majd a költségek csökkennek, amint az idő múlásával a támogatás csökken.) A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a támogatott foglalkoztatás szolgáltatás összesített költségei (6619 USD) kb. 2/3 résszel alacsonyabbak a védett foglalkoztatásétól (19 338 USD). Másképpen fogalmazva: minden egyes személy esetében, akinek finanszírozták a védett foglalkoztatását, 2,82 támogatott foglalkoztatás által segített személy költségeit fedezhették volna. A vizsgálat ráadásul nem vette számításba a személyek fizetéseit, és a támogatott foglalkoztatás további költséghatékony előnyeit, melyet más kutatások kimutattak.

- A védett foglalkoztatás megvalósító szervezetek gyakran korszerűtlen technológiával, alacsony árfekvésű termékeket állítanak elő. Ez egyfelől annak a következménye, hogy tökeszegények. Másfelől viszont eleve kézimunka-igényes termékeket kell munkaigényes technológiával előállítaniuk, hiszen így tudnak minél több fogyatékos ember számára munkahelyet biztosítani. E termékszerkezet és technológia révén viszont az alacsony bérszínvonalú távol-keleti országok termékeivel kell versenyezniük. Az így elérhető nyomott árak mellett csak nagyon jelentős állami támogatás mellett képesek gazdaságosan üzemelni.<sup>14</sup> Ezzel szemben a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás esetén a fogyatékos embereket nyereségesen gazdálkodó munkáltatók alkalmazzák, amelyek napi gazdasági tevékenységükhöz nem szorulnak folyamatos állami támogatásra.

## 2.2. Az integrált foglalkoztatás vállalat-gazdaságtani szempontjai

Az előző alfejezetben kifejtett érvek alapján egyértelműnek látszik, hogy a fogyatékos személyek rehabilitációjának, rehabilitációjának (a továbbiakban együtt: rehabilitáció) a legcélravezetőbb megoldása az integrált foglalkoztatás. Mielőtt azonban rátérnénk az integrált foglalkoztatás elősegítésének módjaira-

12 Cimer, R. Research&Practice for Persons with Severe Disabilities, Vol. 22, No. 4. p. 247.

13 A támogatott foglalkoztatás leírását lásd a 3. mellékletben

14 Ezt a problémát részletesen bemutatja a Védett Szervezetek Országos Szövetsége által készített kutatási jelentés. Lásd VSZOSZ [2007.]



ira, azt szükséges tisztáznunk, mikor éri meg egy vállalatnak fogyatékos embert foglalkoztatni. Ennek során eltekintünk a fogyatékos emberek foglalkoztatása ellen ható előítéletektől, diszkriminációtól és a kérdésnek csak a vállalatgazdaságtani aspektusait vizsgáljuk. Ebből a nézőpontból nyilvánvaló, hogy *a fogyatékos embert két esetben éri meg a munkáltatónak alkalmaznia*. Az első eset az, amikor a fogyatékos ember a foglalkozási rehabilitációját (képzés, felkészítés, begyakorlás) követően az ép munkavállalókkal azonos értékű munkát tud végezni, anélkül, hogy ez a munkáltatónak többletköltséget okozna. A második esetben ez a feltétel nem teljesül, de a fogyatékos ember foglalkoztatása miatti kisebb termelékenységet, magasabb költséget az állami támogatás kompenzálja.

A két eset megkülönböztetése azért fontos, mert az állam részéről eltérő kezelést igényelnek. Az első esetben elegendő magát a rehabilitációs folyamatot segíteni, támogatni. Annak sikeres befejeződése után azonban nincsen szükség további állami szerepvállalásra, sőt az még hátráltathatja is a fogyatékos munkavállaló foglalkozási integrációját, mivel a munkáltató a támogatás megszerzésében és nem a minél teljesebb rehabilitációban lesz érdekelt. A második esetben a sikeres rehabilitációt követően is csak folyamatos állami támogatás révén tartható fenn az integrált foglalkoztatás. Fontos hangsúlyoznunk, hogy a rehabilitáció mindkét esetben befejeződött. A második esetben is lényegesen lehetett javítani a fogyatékos személy foglalkoztathatóságát, munkateljesítményét, de fogyatékoságának, egészségkárosodásának súlyossága és a szóba jöhető munkakörök behatároltsága következtében rehabilitációs munkakörében sem lesz képes az ép munkavállalókkal teljesen azonos hatékonyságú munkára. Fel kell ezért tennünk a kérdést, *mi a célja a foglalkozási rehabilitációnak, azaz mit tekinthetünk sikeres rehabilitációnak?*

Úgy ítéljük meg, hogy a fogyatékoság jellegétől függően a rehabilitáció *többféle szintjének elérését is célul lehet kitűzni*. Az elérendő rehabilitációs szinteket két dimenzió a mentén célszerű megkülönböztetni. Az első dimenzió a munka termelékenysége, azaz annak eldöntése, hogy a fogyatékos személy a megfelelő felkészítés és begyakorlás után képes-e az adott munkakörben az ép munkavállalókkal azonos termelékenységgel dolgozni, vagy azok termelékenységétől kisebb, vagy nagyobb mértékben elmarad. A másik dimenzió a munkavégzés önállósága, az, hogy a fogyatékos személy külön segítség nélkül képes-e munkáját végezni, vagy pedig a munkavégzéséhez rendszeres, illetve rendszeres és nagymértékű segítségre szorul. Mindezt egy táblázatba rendezhetjük (lásd a 3. táblázatot). E két dimenzió kiválasztása azért is célszerű, mivel az Európai Bizottság is e két dimenzió mentén teszi lehetővé a fogyatékos személyek integrált foglalkoztatásának folyamatos támogatását (az egyik az alacsonyabb termelékenységet kompenzáló bértámogatás, a másik a munkahelyi segítő személy foglalkoztatási költségeinek megtérítése).



### 3. TÁBLÁZAT

#### A SIKERES REHABILITÁCIÓ LEHETSÉGES SZINTJEI

Termelékenység szintje	A fogyatékos dolgozó termelékenysége az épekhez képest		
	Egyenértékű	Kissé elmarad	Jelentősen elmarad
Munkavégzés önállósága			
Önálló munkavégzésre képes	<b>Teljes</b>	Részleges, kompenzálható	Részleges, kompenzálandó
Rendszeres, de kismértékű segítséget igényel	Részleges, kompenzálható	Részleges, kompenzálandó	Részleges, kompenzálandó
Rendszeres és nagymértékű segítséget igényel	Részleges, kompenzálandó	Részleges, kompenzálandó	Részleges, kompenzálandó

A 3. táblázatban foglaltak alapján az integrált foglalkoztatás támogatása szempontjából a *sikeress rehabilitáció két alapesetét* célszerű megkülönböztetni:

A teljes rehabilitációt, amikor a fogyatékos személy a rehabilitáció sikeres befejezése után további segítség nélkül az egészségesekkel azonos termelékenységű munkát tud végezni. Ez azt jelenti, hogy *a teljes rehabilitáció esetén e személy további foglalkoztatása rendszeres támogatást nem igényel.*

A részleges rehabilitációt, amikor a fogyatékos személy a rehabilitáció sikeres befejezése után is rendszeres segítséget igényel a munkavégzéshez és csak az egészségeseknél alacsonyabb termelékenységű munkát képes végezni. Ez azt jelenti, hogy *a sikeres rehabilitáció ellenére e személy további foglalkoztatásához rendszeres támogatásra van szükség.*

A teljes és a részleges rehabilitációnak a megkülönböztetése, és támogatási következményeinek az egyértelművé tétele aláhúzza a rehabilitáció minőségének a fontosságát. Ebben az összefüggésben *kulcskérdéssé válik annak a munkakörnek a megtalálása, illetve kialakítása, amelyben a fogyatékos személy teljes értékű munkára képes.* (Munkájának termelékenysége eléri az egészséges munkavállalók átlagos termelékenységi szintjét.) A korábban elmondottak alapján nyilvánvaló, hogy erre a munkakörök bőségét kínáló integrált foglalkoztatás esetén sokkal nagyobb az esély, mint a szűk munkakör választékot kínáló védett foglalkoztatásnál. Az esetek egy részében azonban a fogyatékos személy (megmaradt) képességei és a szóba jöhető munkakörök követelményei nem egyeznek teljesen. Ezért fontos feladat *a munkakörök illesztése a fogyatékos emberek képességeihez.* Erre a feladatra a későbbiekben még visszatérünk.

A 3. táblázatból az is látható, hogy a rehabilitáció részlegességének a foka igen különböző lehet, ami az integrált foglalkoztatás támogatásának különböző módzatait és mértékeit igényli. Ezért a táblázat egy-egy négyzetébe a „*részleges, kompenzálható*” szöveget írtuk. E két négyzet azt az esetet reprezentálja, amikor fogyatékos munkavállaló termelékenysége csak kis mértékben marad el az ép munkavállaló teljesítményétől, illetve amikor a fogyatékos munkavállaló a munkavégzéshez csak kismértékű segítséget igényel. Megítélésünk szerint egy jól működő, a fogyatékos emberekre odafigyelő integrált foglalkoztatást megvalósító munkáltató ezt a termelékenységi elmaradást még tolerálni, ezt a se-

gítséget pedig még – kollegiális alapon – nyújtani tudja. (Más a helyzet a védett foglalkoztatók esetében, ahol a kis termelékenységi elmaradások összeadódnak, és nincs elég ép munkavállaló ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő emberek dolgozóknak segítséget adjon. Erre tehát külön segítőket kell alkalmazni.)

A táblázat más négyzeteibe a „*részleges kompenzálendő*” szöveget írtuk. E négyzetek ugyanis olyan eseteket reprezentálnak, amikor a termelékenységekiesés, illetve a rendszeres segítség szükségessége a munkáltató számára olyan veszteséget okoz, ami csak ezt kompenzáló állami támogatás esetén teszi kifizetődővé fogyatékos személy foglalkoztatását.

A fenti vállalat-gazdaságtani megközelítésből a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának támogatására nézve az alábbi következtetések adódnak:

- A munkáltatóknak technikai segítségre (szakmai szolgáltatásra) lenne szükségük ahhoz, hogy munkahelyeiket, illetve munkaköreiket az alkalmazni kívánt fogyatékos személy munkaképességéhez, személyes igényeihez alakítsák, illetve igazítsák.
- A rehabilitációs szakaszban (felkészítés, begyakorlás), ameddig a fogyatékos munkavállaló teljesítménye nem éri el a tőle elvárható szintet, a munkáltatót jelentős támogatásban szükséges részesíteni.
- A rehabilitációs szakasz végén értékelni kellene a rehabilitációt az alábbi szempontok szerint:
  - Szakmailag sikeres volt-e a rehabilitáció?
  - Teljes, vagy részleges rehabilitáció valósult-e meg?
  - A fogyatékos munkavállaló foglalkoztatása milyen további támogatást igényel?
- A fenti értékelés alapján lehetne dönteni arról, hogy a munkáltató a fogyatékos munka-vállaló további foglalkoztatásához milyen támogatásokat, szolgáltatásokat vehet igénybe.

## 2.3 Az integrált foglalkoztatás támogatási rendszereinek ellentmondásai

Felmerül a kérdés, hogy az integrált foglalkoztatás hazai rendszere mennyiben felel meg az előző alfejezet végén felvázolt követelményeknek. A fogyatékos (megváltozott munkaképesség) személyek foglalkoztatása magyarországi támogatási rendszerének az integrált foglalkoztatás esetén is igénybe vehető elemeit az 1. mellékletben ismertetjük. Ha összevetjük az integrált foglalkoztatás támogatásával kapcsolatban megfogalmazott követelményeket a jelenleg elérhető támogatásokkal, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy *a magyar támogatási rendszer sokelemű, de rendkívül ellentmondásos: esetenként túlságosan bőkezű, fontos támogatások azonban hiányoznak a rendszerből.*

Viszonylag megoldottnak látszik a rehabilitáció első szakaszának támogatása: megváltozott munkaképességű személy felvétele esetén az akkreditált munkáltatók három évig, a nem akkreditált munkáltatók egy évig jelentős mértékű bértámogatásban részesülhetnek. Lehetőség van a munkahelyek rehabilitációs

célú átalakításának támogatására, de a pályázati rendszer túl bürokratikus az igények rugalmas kielégítéséhez. (A munkahely átalakításának támogatására akkor lenne szükség, amikor a fogyatékos embert fel akarja venni a munkáltató, és nem akkor, amikor a pályázatot kiírják.) A munkahelyi segítő személy foglalkoztatásához csak az akkreditált munkáltatók részére nyújtható támogatás, de közülük kevesen élnek vele, ami az igénylés és elszámolás bürokratizmusával is összefügghet. A volt célszervezetek között a közelmúltban végzett felmérés azt az eredményt hozta, hogy a megkérdezett közel 200 szervezet több mint 60 százaléka nem alkalmaz munkahelyi segítőt.<sup>15</sup> A másik lehetséges ok az, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók között viszonylag alacsony a súlyosan fogyatékos személyek aránya.

A rendszer leg súlyosabb ellentmondása az, hogy a szabályozás sem a fogyatékos személy felvételekor, sem a rehabilitációs szakaszának lezárultakor nem követeli meg a rehabilitációs intézkedés értékelését, és ehhez nem ad érdemi segítséget a munkáltatóknak. Ez lényegesen mérsékli a valószínűségét annak, hogy a fogyatékos személy olyan munkakörbe kerül, és olyan rehabilitációs lépcsősoron megy végig, amelyek teljes rehabilitációját eredményezik.

Ezen a ponton szembesülünk a támogatási rendszer másik nagy ellentmondásával, azzal hogy az nem különbözteti meg a teljes rehabilitációt a részleges rehabilitációtól. Ráadásul ebből a szempontból a Munkaerőpiaci Alapból nyújtott támogatás és a költségvetési támogatás gyökeresen ellentétes logikát követ. A Munkaerőpiaci Alapból nyújtott támogatás maximum 12 hónapra adható, tehát azt feltételezi, hogy a 12 hónap alatt a megváltozott munkaképességű dolgozó rehabilitációja teljes lesz, azaz a munkáltatónak megéri támogatás nélkül is továbbfoglalkoztatni a rehabilitált dolgozót. Az esetek egy jelentős részében, különösen a súlyosan fogyatékos emberek esetében ez a feltétel nem teljesül, azaz a munkáltató számára csak folyamatos támogatás mellett lenne gazdaságos a megváltozott munkaképességű dolgozó foglalkoztatása. Ez is az egyik oka annak, hogy a Munkaerőpiaci Alapból támogatott megváltozott munkaképességű dolgozó között alacsony a súlyosan fogyatékos emberek részaránya. (A másik fő ok az, hogy a súlyosan fogyatékos személyek általában nem is regisztráltatják álláskeresőként magukat. Gyakran nem is felelnek meg az ehhez szükséges összes feltételnek.)

Ezzel szemben a költségvetési támogatási rendszer egyik eleme, a foglalkozási rehabilitációhoz nyújtott bértámogatás *alapfeltételezése az, hogy a megváltozott munkaképességű, illetve fogyatékos munkavállaló rehabilitációja csak részleges, és folyamatos támogatásra van szükség.* A jogszabály vonatkozó rendelkezései szerint a 3 évre megítélt támogatást újra és újra meg lehet ismételni, azzal a feltétellel, hogy az érintett személy egészségkárosodása (munkaképesség-csökkenése) továbbra is fenn áll. *A jogszabály tehát még a támogatás meghosszabbításánál sem írja elő a rehabilitáció eredményességének megvizsgálását. Sőt a jogszabály még hatékonysági követelményt sem állít a rehabilitáció elé,* hiszen ugyanolyan mértékű támogatás illeti meg a munkáltatót a rehabili-

<sup>15</sup> 31 Balogh Z.—Czeglédi G. [2008.]

táció kezdetén, mint több éves foglalkoztatás után. Különösen elgondolkoztató ez annak ismeretében, hogy a költségvetési támogatással foglalkoztatott munkavállalók között igen alacsony a súlyosan fogyatékos személyek részaránya. (A korábbi célszervezetek körében végzett – az előzőekben hivatkozott felmérés szerint – az összes megváltozott munkaképességű dolgozónak 4-4 százaléka volt értelmi és hallássérült, 6 százaléka látássérült és 35 százaléka mozgássérült.)

A költségvetési támogatási rendszer másik eleme, a munkába helyezéshez, a munkahely megtartásához nyújtható bértámogatás szintén azt feltételezi, hogy a rehabilitáció teljes értékű lesz, mivel a támogatás maximum 36 hónapi folyósítás után megszűnik. E feltételezés azért tűnik reálisabbnak, mivel az e támogatásban részesíthető személyek egészségkárosodása vagy viszonylag alacsony mértékű, vagy magasabb mértékű egészségkárosodás esetén a komplex minősítést végző bizottság rehabilitálhatónak ítélte őket, (ami azonban nem jelent feltétlenül teljes értékű rehabilitációt). Felmerül azonban az a kérdés, hogy ilyen esetekben *nem túlzott-e 36 hónapon keresztül azonosan magas (...) támogatást adni a foglalkoztatáshoz.* (...)

A fentiek alapján meg merjük kockáztatni azt a kijelentést, hogy az *akkreditált foglalkoztatóknak a költségvetésből nyújtott bértámogatási rendszer meglehetősen bőkezű.* Tekintettel arra, hogy a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása támogatásának alapvető szabályait európai bizottsági rendelet állapítja meg, az EU egyes tagállamaiban nagyon hasonló támogatási rendszerek működnek. Nem meglepő módon *nálunk gazdagabb országok sokkal takarékosabb támogatási rendszert alakítottak ki.* Ezekben a támogatás sokkal személyre szabottabb. Az állami munkaügyi szervek az adott személy rehabilitációs szükségleteiből kiindulva állapítják meg a támogatás mértékét és időtartamát, (ez utóbbi általában lényegesen alatta marad a 36 hónapnak), majd a rehabilitációs időszak lejártát követően értékelik a rehabilitáció eredményességét, és ennek alapján döntenek a további támogatásról.

Természetesen felvethető az az érv, hogy a bőkezű magyar rendszerben a munkáltató érdekelt a fogyatékos személy minél teljesebb rehabilitációjában: a támogatást nem vonják el tőle, tehát minél teljesebb a rehabilitáció, annál nagyobb a haszna a munkáltatónak. A gond csak az, hogy egy ilyen rendszer működtetéséhez nem vagyunk elég gazdagok. A 2. táblázatból látható volt, hogy kevesebb, mint ezer akkreditációs alaptanúsítvánnyal rendelkező munkáltató élvezi a bőkezű támogatást, amely ebben az évben már így is meghaladja a költségvetési törvényben előírtanyszott összeget. *A költségvetési támogatási rendszer tehát ésszerűsítésre szorul. Ennek célja azonban nem a támogatások csökkentése, hanem azoknak az újraosztása a munkáltatók egy szélesebb köre között, a tényleges szükségletekhez igazodóan, több fogyatékos személy foglalkoztatása érdekében.* (...)

## Mellékletek

### 1. MELLÉKLET

#### *A foglalkozási rehabilitációt elősegítő szolgáltatások*

A kirendeltségek a munkahelykeresést, a munkához, valamint megfelelő munkaerőhöz jutást, továbbá a munkahely megtartását foglalkozási rehabilitációs, azaz munkaerő-piaci szolgáltatások nyújtásával segítik elő.

#### **Munkaerő-piaci szolgáltatások**

A munkaerő-piaci szolgáltatások<sup>16</sup> 64 a következő csoportba sorolhatók:

- - munkaerő-piaci és foglalkozási információ nyújtása,
- - munkaerő-piaci tanácsadás,
- - munkaközvetítés.

Az *információ nyújtás* a foglalkozásokra, a térségben elérhető képzésekre, a régió, a megye, valamint kistérség munkaerő-piaci helyzetére, a munkaerő kereslet és kínálat helyi jellemzőire vonatkozó információk nyújtását, a foglalkoztatást elősegítő támogatások és a munkanélküli ellátásokra vonatkozó lehetőségek ismertetését, továbbá a foglalkoztatással összefüggő jogszabályokkal kapcsolatos tájékoztatást és az azokról szóló ismertetők átadását tartalmazza. A szolgáltatás célja a munkaerőpiac szereplőinek tájékoztatása az elhelyezkedés és az üres álláshelyek betöltésének elősegítése érdekében.

A munkaerő-piaci tanácsadáskeretében az alábbi szolgáltatások támogathatók:

- munkatanácsadás,
- pályatanácsadás,
- álláskeresési tanácsadás,
- rehabilitációs tanácsadás,
- a munkaerő-piaci szolgáltatásokhoz, valamint képzéshez nyújtható pszichológiai tanácsadás.

A *munkatanácsadás* célja az azt igénybe vevő személy elhelyezkedését gátló körülmények feltárásával, valamint azok megszüntetésére, a sikeres elhelyezkedés megvalósítására irányuló terv kidolgozása.

A *pályatanácsadás* célja az azt igénybe vevő személy pályaválasztásának, pályamódosításának elősegítése, és számára érdeklődésének, képességének, személyiségének és a munkaerő-piaci igényeknek megfelelő pályaterv kialakítása. A pályaválasztási tanácsadás elősegíti a pályaválasztási döntés meghozatalát, az e döntésnek, valamint a munkaerő-piaci keresletnek megfelelő képzési

<sup>16</sup> A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet



lehetőség kiválasztását. A pályamódosítási tanácsadás segítséget nyújt új képzési irány vagy foglalkozás megtalálásához olyan személy számára, akiknek a szakmai képzettsége a személyiségének, képességének, valamint a munkaerőpiaci keresletnek nem felel meg.

Az *álláskereső tanácsadás* arra irányul, hogy megkönnyítse azon személyek elhelyezkedését, akik munkát akarnak vállalni, de nem rendelkeznek az álláskereséshez szükséges ismeretekkel. Az álláskeresés formái: egyéni álláskereső tanácsadás, valamint álláskereső technikák oktatása, továbbá álláskereső személyek részvételével rendszeresen tartott csoportos foglalkozás (álláskereső klub).

A *rehabilitációs tanácsadás* – a munkatanácsadás, a pályatanácsadás, valamint az álláskereső tanácsadás hatásfokának növelése érdekében – elsősorban akkor ajánlható, ha az ügyfél egészségi állapotának megfelelő szakmát kíván választani, illetőleg elhelyezkedési nehézségei adódnak egészségi állapotára tekintettel, vagy társadalombiztosítási ellátás mellett munkát vállalna, azonban nincs tisztában a kereső tevékenység ellátás melletti folytatásának szabályaival.

A munka-, pálya-, álláskereső és rehabilitációs tanácsadáshoz, továbbá a munkaerőpiaci képzéshez kapcsolódóan – amennyiben arra a szolgáltatás céljának elérése érdekében szükség van – pszichológiai tanácsadás is nyújtható. A pszichológiai tanácsadás az életvezetésből, a személyiségi problémákból eredő, elhelyezkedést akadályozó körülményeket segíti feltárni olyan személyek esetében, akik részére a munkaközvetítés hosszabb időn át eredménytelen volt.

A munkaerőpiaci tanácsadás az alábbi formában valósítható meg:

- egyéni tanácsadói beszélgetés,
- csoportos tanácsadás,
- strukturált csoportfoglalkozás,
- álláskereső klub,
- álláskereső módszerek átadása,
- érdeklődés, érték, képesség, valamint személyiség-vizsgálat,
- pályaismeret bővítése,
- információnyújtás.

### **A mentori szolgáltatás**

A mentor (munkaerőpiaci segítő) a hátrányos helyzetű, illetve megváltozott munkaképességű személy munkaerőpiaci esélyeinek növelése, munkába helyezése, illetőleg munkahelyének megtartása érdekében személyre szabott segítséget nyújt az álláskereső megállapodásban, illetve az együttműködési megállapodásban és annak mellékletét képező rehabilitációs tervben foglalt teljesítéséhez szükséges időtartam alatt. A rehabilitációs járadékban részesülők esetében a tevékenység – szükség esetén – magában foglalja az orvosi és szociális rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés elősegítését is.

A rehabilitációs mentor<sup>17</sup> alapvető feladata az, hogy a rehabilitációs járadékban részesülő személyt segítse a rehabilitációs tervben foglaltak teljesítésében. Információnyújtással, szükség esetén személyes kíséret biztosításával támogatja az ügyfelet abban, hogy az esetében szükséges orvosi, szociális és foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásokat igénybe tudja venni, illetve a felajánlott munkahelyeket felkeresse, valamint foglalkoztatás esetén a munkahelyére beilleszkedjen. A mentor rendszeres kapcsolatot tart az ügyféllel és ennek során közreműködik a rehabilitáció akadályainak elhárításában. Jelzi a kirendeltségnek, ha a rehabilitációs megállapodásban foglaltak végrehajtását ellehetetlenítő körülmény merül fel. Szükség esetén közreműködik a rehabilitációs megállapodás módosításában.

A kirendeltség a rehabilitációs mentort a rehabilitációs megállapodás megkötésével egyidejűleg kijelölheti. Kötelező a mentor kijelölése, ha a rehabilitációs járadékban részesülő azt kéri és a rehabilitációs terv alapvető rehabilitációs szükségletet kielégítő orvosi, illetve szociális szolgáltatást is megjelöl, vagy rehabilitációs tanácsadás keretében ennek indokoltsága megállapításra került.

---

<sup>17</sup> A komplex rehabilitációról szóló 321/2007. (XII. 5.) kormányrendelet 12. §



## 2. MELLÉKLET

### *Magyarországi civil szervezetek programjai a fogyatékos emberek integrált foglalkoztatásának elősegítésére<sup>18</sup>*

#### 4M ALAPÍTVÁNY: 4M PROGRAM

**A 4M program jelentése:** Megoldás, Munkáltatóknak és Megváltozott munkaképességű Munkavállalóknak

#### **A 4M program célja**

A 4M program célja a fogyatékkal élő, illetve megváltozott munkaképességű, inaktív személyek megmaradt képességeikre épülő, személyre szabott foglalkoztathatóságának elősegítése a nyílt munkaerőpiacon, valamint ezt elfogadó, befogató jellegű társadalmi környezet és szemlélet kialakítása.

#### **Misszió**

A 4M program társadalmi szemléletváltás elérése érdekében a munkaerő-piaci szereplők igényeinek, elvárásainak egyeztetésével, a fogyatékkal élő, megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási esélyeinek elősegítésére, a munkára való felkészítésükre, a munkaerő-közvetítésükre, illetve a tartós elhelyezkedésük támogatására törekszik.

A 4M program a célcsoportoknak nyújtott szolgáltatást egységes standardok mentén, egységes munkafolyamatokkal, képzett tanácsadók segítségével, országos szinten folyamatosan bővülő hálózat formájában végzi.

#### **A program célcsoportja**

- a legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű aktív korú, gazdaságilag inaktív munkavállalók,
- elsődleges munkaerőpiacon működő munkáltatók,
- valamint partnerszervezetek.

#### **A 4M szolgáltatási folyamata**

Kapcsolatteremtés a megváltozott munkaképességű célcsoporttal és külső segítő szervezetekkel, illetve munkáltatókkal való személyes kapcsolatfelvétel és a kapcsolatok ápolása. A megváltozott munkaképességű emberek motivációjának felkeltése, ébrentartása.

**Szükségletek felmérése** – a célcsoport egyéni képességeinek, szükségleteinek foglalkoztatási nehézségeinek felmérése.

<sup>18</sup> Készült az egyes alapítványok honlapjain és nyilvános kiadványaiban található ismertetik felhasználásával

**Akcióterv készítés, rehabilitációs tanácsadás** – egyéni rehabilitációs akcióterv készítése és megvalósítása a résztvevőkkel.

**Tájékoztatás, jogi tanácsadás** – naprakész információ, jogszabályi tájékoztatás biztosítása.

**Munkahelyfeltárás** – a munkáltatókkal való rendszeres kapcsolattartás üres álláshelyek felderítésére a rehabilitációban érintett személyek foglalkoztatásának érdekében.

**Munkaközvetítés** – az érintett munkavállalók foglalkoztatásába vonása, elhelyezése a nyílt munkaerőpiacon.

**Egyéb szolgáltatások** – képzésre irányítás, információs csatornák kialakítása, elérhetőségének biztosítása. Rehabilitációs eszközök és támogatások bevonása a foglalkoztatásba.

### Tapasztalatok

A megváltozott munkaképességű munkavállalókkal történt foglalkozás igazolta, hogy

- megmaradt munkaképességükkel jól gazdálkodnak, hatékonyan használják,
- kompenzációképpen egyes készségeik (pl.: monotónia-törés, kitartás, precizitás) megerősödtek,
- megbízható munkaerők,
- összességében nem hiányoznak többet egészséges társaiknál,
- fontos szerepet játszik életükben hasznosságuk bizonyítása, erős a közösséghez való tartózkodás igénye.

### SALVA VITA ALAPÍTVÁNY: TÁMOGATOTT FOGLALKOZTATÁS

A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás legfontosabb jellemzői:

#### Személyre szabott támogatás

A támogatás minden olyan segítséget magában foglal, amely szükséges a munkába álláshoz és a tartós munkában maradáshoz. Ezért fontos, hogy a felkínált támogatás személyre szabott legyen. A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás segítséget nyújt a munkavállaló és a munkáltató felkészítéséhez, munkahelykereséshez, munkakör kialakításához – esetleg annak átalakításához-, a munkafeladatok megoldásának elsajátításához és a munkahelyen fellépő problémák megoldásához.

### **Választási lehetőségek kidolgozása és az önrendelkezés segítése**

A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás feladata továbbá, hogy kibővítse a fogyatékos emberek beszűkült választási lehetőségeit. A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás különféle munkalehetőségek feltárásával igyekszik megadni azt a lehetőséget, hogy még a sérült emberek is választhassanak képességeiknek megfelelően a nyílt munkaerő-piaci munkahelyek között is.

### **Felkészítés, elhelyezés, munkahelyi betanítás**

A fogyatékkal élő emberek nehezen általánosítják az elméletben tanultakat, és könnyebben tanulnak valóságos helyzetekben. Ezt felismerve, a Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás – szemben a hagyományos rehabilitációs programmal – az ügyfél betanítását a képzés és elhelyezés után a munkahelyen is folytatja.

### **Integráció**

A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás egyik legfontosabb ismérve, hogy a fogyatékos emberek képességeiknek és képzettségüknek megfelelően normál munkahelyen, nem fogyatékkal élő kollégákkal dolgoznak. A cél a munkahelyi közösségbe való minél szélesebb körű integráció elősegítése. A munkahelyen elért integráció foka és a fogyatékkal élő emberek élethelyzetének javulása mutatja a Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás eredményességét. A cél ugyanis nemcsak a munka világába történő betagolás, hanem a közösségi integráció, vagyis a társadalom életében való aktív részvétel.

### **Fizetett, rendszeres munka**

A TF olyan fizetett tevékenységek ellátásához nyújt támogatást, amelyet egyébként nem fogyatékos emberek látnának el. A fogyatékos emberek értékteremtő módon hozzá tudnak járulni a társadalom szükségleteinek kielégítéséhez és ehhez meg kell kapniuk a lehetőséget. Az „igazi munka” – korrekt fizetéssel és munkafeltételekkel – az önálló életvitel és a közösségben való részvétel egyik alapfeltétele.

### **Tartós utókövetés**

A Támogatott Foglalkoztatás szolgáltatás megadja mindazt a segítséget mind a munkavállalónak, mind a munkáltatónak, amely szükséges a tartós munkavégzéshez.

### **Salva Vita Alapítvány: Intézményi Munkahelyi Gyakorlat program**

A Salva Vita Alapítvány konzorciumi együttműködés keretében együtt három bentlakást biztosító szociális intézménnyel együtt dolgozta ki az Intézményi Munkahelyi Gyakorlat (IMHGY) programot. Az új módszer lehetővé teszi a felnőtt, tanulásban és értelmileg akadályozott emberek számára az integrált munkavégzésre történő felkészülést a nyílt munkaerőpiacon történő gyakorlatszerzéssel. Az intézmények lakói a program révén olyan praktikus ismertekre tettek

szert, amely nélkülözhetetlen munkavégzésükhöz, felnőtt életvezetésükhöz, javítja életminőségüket és fejleszti szocializációjukat.

Az IMHGY keretében a bentlakásos intézmények programra kiválasztott lakói hat hónapon keresztül heti egy alkalommal jártak a programmal együttműködést vállaló munkahelyekre dolgozni. Egy-egy gyakorlati napon átlagosan 4 órát töltöttek a munkahelyeken. A gyakornokok kéthavonta gyakorlati helyet váltottak, így mindhárom településen 3-3 munkahelyet ismerhettek meg. A megismert munkatípusok között szerepelt kertészeti, udvarosi, raktárosi, takarítói, csomagolói munka, konyhai kisegítés, előkészítés, címkézés, árazás. A gyakornokok a munkahelyre jutás során gyakorolhatták a közlekedési szabályokat, kapcsolatot alakítottak ki munkahelyi kollegáikkal, megtapasztalhatták a munkáltató munkavállaló viszony mibenlétét.

Az IMHGY program új elemei az elméleti foglalkozások voltak, melyen a gyakorlatra járó lakók vettek részt. A foglalkozásokon, a programra való felkészülés időszakában, a gyakornokoknak sűrűbben, majd a gyakorlat beindulását követően heti egy alkalommal kellett megjelenniük. Az elméleti felkészülés többek között olyan témák feldolgozását foglalta magába, mint például a felnőtt és munkahelyi viselkedési szabályok, munkahelyi balesetvédelmi szabályok, közlekedési ismeretek, ügyintézással, megjelenéssel kapcsolatos tudnivalók. A foglalkozásokon a gyakornokok szituációs játékokon és kommunikációs gyakorlatokon keresztül is bővíthették ismereteiket, konfliktuskezelési stratégiákat tanulhattak, és ötleteket kaptak ahhoz is, mit tegyenek váratlan helyzetekben, vagy ha segítségre van szükségük.

### KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY. A LANTEGI MÓDSZER MAGYARORSZÁGI ADAPTÁLÁSA

A Lantegi Batuk Alapítvány által használt felmérés nem egyszerűen egy fogyatékos munkavállalók esetében használható munkaképesség-felmérési eljárás. Ennél jóval többről van szó. Az alkalmazott eljárás hatékony eszköze a fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók munkaerő-piaci integrációjának, azáltal, hogy egyrésztől lehetőséget nyújt a fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállaló állapotának -képességeinek, készségeinek és támogatási szükségleteinek – széleskörű feltérképezésére, a munkavállaló adott munkakörben való vizsgálatára, a munka szempontjából fontos fejlesztendő területek kijelölésére, fejlesztési terv, sőt mi több: karrier-stratégia kidolgozására. Másrésztől segítséget nyújt a munkáltatóknak nyújtott szolgáltatások kialakításához. Összességében a Lantegi módszerrel megvalósulhat a fogyatékos emberek munkaerő-piaci integrációjának alapgondolata: „Megfelelő embert a megfelelő helyre”, azaz, ezzel a módszerrel biztosítható, hogy a fogyatékos munkavállaló a képességeinek, készségeinek, támogatási szükségleteinek – de ne feledkezzünk meg a vágyairól sem – megfelelő munkát találjon, ugyanakkor a munkáltató olyan munkavállalót kapjon, aki a munkakör követelményeit messzemenően teljesíti, s aki a szükséges munkát a megfelelő szinten tudja elvégezni.

A Lantegi módszer egy spanyol munkaképesség- és munkakör-vizsgáló eszköz, mely a megváltozott munkaképességű munkavállalók – ezen belül is elősorban az értelmi sérült emberek – munkába állását segíti elő.

A módszer kétféle profilt tartalmaz; egyrészt a személy, másrészt a munkakör profilját. Ezek a profilok egyenként értékelik a személy képességeit és a munkakövetelményeket. A profilok a különböző szempontok alapján megszerzett pontok alapján állíthatók fel. Minden változót 1-től 5-ig értékelünk. Összesen 31 változó adott a személy és 26 a munkakör esetén, ebből 22 változó a két profinnál megegyezik.

A módszer egyéb eljárásokat is tartalmaz, mint a kapott eredmények analízisének módját a munkakör kockázati tényezőinek felmérését, a munkavállaló különböző kategóriák szerinti besorolását. A két profil grafikájának egymásra illesztésével láthatóvá válik, mely pontokban van eltérés. Ha a különböző változóknál a személyi pontszám számos területen, vagy nagymértékben kisebb a munkakör adott pontszámától, a munkavállaló nem töltheti be a munkakört. Amennyiben az eltérés kevés területet érint, vagy az eltérés mértéke nem nagy, a következő lehetőségek adóttak:

- a munkára jelentkező specifikus, az eltérést mutató területekre irányuló fejlesztése
- a munkakörnek a munkavállaló képességeihez történő igazítása.
- A Lantegi módszer előnye, hogy:
- könnyen alkalmazható,
- túlnyomórészt azonos szempontrendszer szerint méri fel a munkavállaló képességeit, és a betölteni kívánt munkakör elvárásait,
- a felmérések egy része objektív eszközökkel végezhető el,
- a kapott eredmények grafikusán ábrázolhatók,
- ezáltal könnyen összehasonlíthatóak lesznek, és a további lépéseket rövid időn belül meghatározhatjuk.

Az eredeti jogtulajdonos, a spanyol Lantegi Batuk keretein belül jelenleg 2000 megváltozott munkaképességű ember dolgozik a Lantegi módszer segítségével, ebből mintegy 150 fő a nyílt munkapiacra. Az itthoni, 1 éves adaptációs projekt során 396 jelenlegi és jövőbeli munkavállalót, és 50 munkakört mértünk fel. Ennek eredményeként igazítottuk a spanyol módszert a magyar viszonyokhoz. A személyek felmérése során kiderült, hogy a különböző foglalkoztatási formákban dolgozó munkavállalók túlnyomó része magasabb kategóriában is foglalkoztatható lenne. Például a jelenleg munka-rehabilitációban foglalkoztatott munkavállalók mindössze 7%-a van megfelelő helyen, a Lantegi módszer alapján kijött pontszám szerint, 80%-uk fejlesztő- felkészítő foglalkoztatásra, 13%-uk pedig egyenesen a nyílt munkaerő- piaci foglalkoztatásra javasolható! A többi formában dolgozók többsége is magasabb kategóriában vállalhatna munkát.

## NAPRA FORGÓ REHABILITÁCIÓS KHT.: A NAPRA FORGÓ MUNKACSOPORT MODELL

**Cégforma:** magánalapítású, közhasznú státussal rendelkező non-profit gazdasági társaság, kht.

**Alapítói cél:** a Társaság valós piaci feltételek között, a piacgazdaságban, árbevételéből (munkából) éljen. Ezzel biztosítson valósághű szervezeti keretet a foglalkozási rehabilitációhoz, azaz marginalizálódott embereknek a társadalomba való visszakíséréséhez a foglalkoztatás eszköztárával, egyénre szabottan, meglévő képességeik és kompetenciáik sokoldalú fejlesztése útján.

### Sajátos megközelítés: MUNKACSOPORT, mint rehabilitáló közösség.

Az integrált foglalkozási rehabilitáció érdekében összekapcsolja az elméleti munkaerő-piaci tanácsadásokat, képzéseket a gyakorlati munkatapasztalat-szerzéssel.

- **Alkalmazottként munkacsoportokba** vonják be a rehabilitálandó ügyfeleket. A munkacsoportok tagjai együtt szolgáltatási tevékenységeket végeznek (csomagolás, takarítás, felügyelet, adatrögzítés, bármi leszerződhető és csoportosan elvégezhető munkafeladat, melynek szaktudásigénye alapján munkacsoport szervezhető) piaci cégeknél, szerződéssel, térítés ellenében. A megbízásokat a munkacsoportok a megrendelők telephelyein önállóan teljesítik. Átlag munkavállalók között dolgoznak, de rehabilitációjukat elősegítő közösségi és munkaköri csoport-normák szerint. Munka közben folyamatosan szembesülnek a valós munka-elvárásokkal, sokrétű, érdemi kommunikációra, együttműködésre motiváltak.
- **A munkacsoport kompenzál.** Kiegyenlíti az egyéni (esetleg „aznapi”) hiányosságokat, gyengeségeket, az önsegítő csoport működési elve szerinti tapasztalatokkal fejleszti tagjait. A munkacsoport a feladat- és a munkatárs iránti felelősségre nevel. A megrendelő felé egységesen jó (csoport-szintű) átlagteljesítményt nyújt, ezzel annak anyagi kockázatát csökkenti. A Megrendelővel felismertetjük, hogy az egyéni teljesítmény helyett csoport teljesítményben számoljon, ezzel az egyénileg gyengébben teljesítő hátrányos helyzetű emberek esélyegyenlőségét növeljük, miközben a Megrendelő üzleti kockázatai csökkennek, és motivációja nő az együttműködésre.
- **A piacgazdaság cégei** közvetlenül találkoznak a megváltozott munkaképességű emberek értékteremtő munkájával, előítéleteik csökkennek. Módszerünk a piacgazdaság cégeit társadalmi felelősségvállalásra, a sérült munkavállalót aktivitásra ösztönzi.

### A rehabilitáció folyamatának konkrét lépései

1. **Ügyfelek (megváltozott munkaképességű munkavállalók) megtalálása:** Helyi újságokban, rádióban, televízióban adnak fel hirdetéseket, honlapot működtetnek. Élőbeszéd útján is terjed a Napra Forgó Kht. nyújtotta lehetőség híre. Különböző partnerszervezetek (munkaügyi központok, családsegítő szolgál-



latok) is irányítanak ügyfeleket hozzájuk. Ügyfeleik többsége térségben lakó rokkantnyugdíjas, vannak köztük fogyatékkal élők, testi egészségkárosodással (például szív és érrendszeri betegségek, cukorbetegség) és lelki egészségkárosodással (depresszió, személyiségzavarok) rendelkező munkanélküliek egyaránt. A munkaügyi központtal foglalkoztatási tanácsadói szerződést kötöttek, így a regisztrált munkanélküliek minden egyéb csoportja is eljut hozzájuk.

2. **Az ügyfelek munkavégzési lehetőségeinek felmérése:** A Napra Forgónál jelentkező ügyfelek előre megbeszélt időpontban interjún vesznek részt. Ebben a beszélgetésben feltárják, hogy az ügyfél milyen munkát szeretne és tud végezni, milyen végzettséggel és tapasztalattal rendelkezik, milyen jellegű az egészségkárosodása és ez hogyan korlátozza munkavégzését. Orvosi vizsgálatot nem végeznek, hanem az orvos-szakértői diagnózist kérik el a jelentkezőtől. Közös szándék esetén együttműködési megállapodást kötnek.
3. **A felmérés eredménye alapján rehabilitációs akciórvet készítenek.** Kidolgozták Egyéni Fejlődési Terv” modelljüket a rehabilitációs folyamatban résztvevő személy célzott támogatása érdekében. Az Egyéni Fejlődési Terv egy olyan eszköz, amely az egyén számára is érthető és szemléletes módon értelmezi az egyén saját helyzetét és nyújt segítséget álláskeresése kapcsán célkitűzéseikhez.

Az egyéni fejlődési terv céljai:

- ügyfél számára helyzet-felismerés elősegítése (mint a térképen: „Ön itt áll!” s ehhez képest választ célokat, irányokat),
  - munkavállalási célok és stratégia tisztázása,
  - munkaerőpiacon való elhelyezkedés,
  - munkahely megtartása,
4. **Munkáltatói ügyfelek toborzása:** A munkáltatókat jellemzően a vállalkozás keresi meg ajánlatával, igyekeznek a meglévő kapcsolati háló felhasználására építeni, de a hideg hívás technikájától, vagyis az új (ismeretlen) ügyféllel való első kapcsolatfelvételtől se riadnak vissza. Régebbi ügyfelek esetében előfordul, hogy a munkáltatók keresik meg konkrét igényükkel a vállalkozást.
  5. **Munkafeladatok feltárása:** A Napra Forgó munkatársai minden esetben kitapasztalják, hogy az adott munkahelyen pontosan milyen jellegű feladatot és milyen munkakörülmények mellett kell elvégezni.
  6. **A munkáltatók felkészítése:** A Napra Forgó célja, hogy ügyfelei részére olyan munkahelyeket és munkafeladatokat találjon, ahol ők 100%-os teljesítményt tudnak nyújtani. A munkáltatókat felkészítik arra is, hogy a munkát végzőt hogyan befolyásolja megváltozott munkaképessége. (Például tájékoztatják arról, hogy a cukorbeteg munkavállalónak három óránként kell étkezni, de ettől ő még teljes értékű munkát tud végezni.). Módszerük alapelve, hogy közvetlen tapasztalatot szerezzenek a munkaadók a munkacsoportok és a bennük dolgozó munkatársak pontos és hatékony munkavégzéséről. Ez a tapasztalatnyújtást a munkaadói előítéletek feloldásának legjobb módja.



7. **Az ügyfelek felkészítése a munkavégzés támogatása:** A munkavégzés megkezdésekor az egyéni szükségleteknek megfelelően differenciáltan támogatják az ügyfeleket. Vannak ügyfelek, akik az első naptól fogva egyénileg végzik munkájukat. Ugyanakkor létrehoznak olyan munkacsoportokat is, amelyek közösségformáló erőként segítik a munkába való visszailleszkedést, a munkáltató számára is nagyobb megbízhatóságot képviselnek, és együttesen úgy tudnak fellépni, hogy fogyatékoságuk a külső szemlélő számára nem riasztó, munkateljesítményük pedig azonos az átlag munkavállalókéval.
8. **Utókövetés:** A Napra Forgó rendelkezik saját vállalkozási területtel, az itt dolgozók (belőlük kerülnek ki a munkacsoportok tagjai) munkáltatójaként vállal külső megbízásokat. Munkáltatóként napi kapcsolatban áll a megváltozott munkaképességű munkatársakkal. A külső vállalatoknál elhelyezkedett munkavállalók utókövetése havi rendszerességgel történik.
9. **A folyamat eredményei:** A rehabilitációs folyamat időtartama és eredménye egyénenként nagyon különböző. Vannak olyan munkavállalók, akik csak egy évig veszik igénybe a Napra Forgó nyújtotta segítséget és utána visszatérnek az elsődleges munkaerőpiacra. Sokan vannak olyanok is, akik több évig maradnak munkavállalóként a Napra Forgó keretein belül, ez egy számukra megfelelő, biztonságot adó közösség, ami nem kizárólag megváltozott munkaképességű munkatársakból áll, és jellemzően a normál munkahe-lyeken, vagy azokkal közvetlen kapcsolatban dolgoznak.

**Dr. Frey Mária:**

## **A szociális gazdaság szervezetei a magyar munkaerőpiacon<sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ**  
**A szociális gazdaság szervezetei a magyar munkaerőpiacon**

---

<sup>1</sup> Új utakon a foglalkozási rehabilitáció című konferencia összefoglaló kiadványa 2007. Magyar Vöröskereszt Somogy Megyei Szervezete és a Dél-dunántúli Regionális Munkaügyi Központ:31–37.

## Tartalom

A szociális gazdaság fogalma és létrejöttének okai	163
A szociális gazdaság keretében végzett tevékenységek	164
A nonprofit szektor, mint foglalkoztató	165
A szociális gazdaság előnyei a piaci szektorral és a közszférával szemben	166
Hogyan tipizálhatók a szociális gazdaság típusú nonprofit szervezetek?	167
Milyen problémák akadályozzák a szociális gazdaság kibontakozását?	168
Javaslatok a szociális gazdaság feltételeinek korszerűsítéséhez	169
Támogatások összefoglalása	170
Direkt támogatások	170
Kiegészítő szolgáltatások támogatása (Operatív Programokon belül)	170
Regionális Consulting	170
Indirekt támogatások	170

## A szociális gazdaság fogalma és létrejöttének okai

A szociális gazdaság szervezetei olyan szociális-közösségi vállalkozások, amelyek helyi szinten összekapcsolják a kielégítetlen szükségleteket a kihasználatlan munkaerőforrásokkal, mégpedig úgy, hogy:

- köztes helyet foglalnak el az állam és a piac között,
- gazdasági és szociális küldetést egyaránt teljesítenek,
- közérdeket szolgálnak,
- céljuk nem a profit felosztása, hanem újrahasznosítása, szociális küldetésüknek alárendelten.

A szociális gazdaság térhódítása két problémával függ össze: a szociális, személyi és közösségi szolgáltatások iránti növekvő szükséglettel, valamint olyan utak keresésével, amelyek lehetővé teszik, hogy a költségvetési korlátok és adócsökkentések közepette olcsón lehessen kielégíteni ezeket az igényeket. További fontos érv volt a szociális gazdaság növekedése mellett a kilencvenes évek második felére jellemző *nagy munkanélküliség Nyugat Európában, és a formális gazdaság képtelensége arra, hogy ennek felszívásához kellő számú munkahelyet teremtsen, különösen a hátrányos helyzetű emberek elhelyezésére.*

Ezzel a problémával a rendszerváltozást követően Magyarország is szembe találta magát. A foglalkoztatottak számának drasztikus visszaesése elsődlegesen az alacsony képzettségű, idősödő, kevésbé alkalmazkodóképes embereket szorította a munkaerőpiacon kívülre, és többségét be sem fogadta újra, hasonlóan a munkatapasztalat nélküli pályakezdő fiatalok és a gyermekgondozás miatt a munkaerőpiacot hosszabb időre elhagyó kisgyermekes anyák nagy részéhez. *A kihasználatlan munkaerő* ugyanakkor – szerencsére – *együtt van jelen számos kielégítetlen szükséglettel*, ami reményt adhat a foglalkoztatási célú helyi kezdeményezések sikerére.

A szociális-közösségi vállalkozások is nonprofit szervezetek, mégsem azonosíthatók annak hagyományos változataival. Az utóbbiakkal szemben a szociális gazdaság szervezetei:

- magatartását a vállalkozó jelleg dominálja,
- kifejezetten ambicionálják a munkahelyteremtést, főleg a hátrányos helyzetű emberek számára – úgy is lehet fogalmazni, hogy foglalkoztatási elem nélkül nincs szociális vállalkozás!
- Autonómabbak, a fogyasztók sokszínűségére alapozva jutnak olyan forrásokhoz, amelyek biztosítják önfenntartóvá válásukat.
- Olyan tulajdonosi struktúrával rendelkeznek, amely képes garantálni az összes érdekelt bevonását és az öngazgatást.
- A településekre fókuszálnak, együttműködnek a helyi közösséggel a szükségletek meghatározásában és kielégítésében.
- Bár nem osztják szét a profitjukat, nem a profitkorlát lesz mindörökké a megkülönböztető jegyük. Sokkal inkább: a szociális küldetésük teljesítése, az alapítók megfelelő képviselése, a demokratikus kontroll és ellenőrzés.

## A szociális gazdaság keretében végzett tevékenységek

A szociális gazdaság szervezetei helyi szinten hiányzó szolgáltatásokat nyújtanak, és innovatív termékeket állítanak elő. Hogy konkrétan milyen tevékenységekről van szó, az mindenkor attól függ, miből tevődik össze egy adott ország szolgáltatási struktúrája, mi jellemzi a lakosság életmódját és az adórendszert. Az EU fehér könyve a növekedésről, versenyképességről és foglalkoztatásról példaszerűen a következőket említi:

### a) Személyi szolgáltatások

- otthoni segítség idős és testileg vagy szellemileg fogyatékos embereknek
- háztartási alkalmazotti munkák: főzés, mosás, vasalás, takarítás
- gyermekfelügyelet
- tanulási nehézségekkel küszködő fiatalok korrepetálása, a problémás fiatalok szabadidő- és sportprogramjainak szervezése
- lakóházak őrzése, portaszolgálat
- vidéki, vagy a város-központoktól távol eső körzetekben boltok üzemeltetése
- főzött étel, vásárolt áruk házhoz szállítása

### b) Audiovizuális szolgáltatások, új információs és kommunikációs technikák bevezetése

### c) Szabadidős és kulturális programok szervezése, hagyományőrzés

### d) A környezet gondozása

- elöregedett épületek felújítása, komfortosítása, őrzése
- helyi közlekedés megszervezése, kényelmesebbé, gyakoribbá, elérhetőbbé tétele (pl. mozgás-korlátozottak számára is)
- céltaxi-járatok üzemeltetése vidéki településeken belül és között
- szelektív hulladék-gyűjtés, újrahasznosítás

### e) Környezet-védelem

- természetvédelmi területek gondozása
- csatornázás, csatornatisztítás
- minőségi standardok betartásának monitorozása
- energia-megtakarító eljárások elterjesztése, különösen a háztartások körében.

Ezeknek a szolgáltatásoknak a fejlesztése mindenesetre két szempontból ígéretes:

- egyfelől jobb életfeltételeket kínál a háztartásoknak,
- másfelől ösztönzi és bővíti a foglalkoztatási lehetőségeket, mert olyan fogyasztó-közele, helyhez és időhöz kötött tevékenységekről van itt szó, amelyek a nemzetközi piacba nem integrálhatók, s így védettek a – nemzeti munkahelyeket veszélyeztető nemzetközi – konkurenciától.

## A nonprofit szektor, mint foglalkoztató

Becslések szerint mintegy 8880 ezer teljes munkaidőre átszámított állás található az EU harmadik szektornak nevezett szociális gazdaságában, ami a foglalkoztatottak 7,9%-ának felel meg. Ez a létszám:

- az EU összes munkanélküli létszámának a 39%-át teszi ki,
- több, mint ahányan a mezőgazdasági ágazatban dolgoznak,
- és egyharmada az EU-ban élő önfoglalkoztatottak számának.

A szociális gazdaság foglalkoztatási szerepe országonként változó. Az itt dolgozók a foglalkoztatottak 1–2,5%-a között mozognak Görögországban és Portugáliában, 4-8% között Olaszországban, Svédországban, Németországban, Belgiumban, Franciaországban, Ausztriában, Finnországban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban, továbbá 12,5–14,3% között Dániában, Írországban és Hollandiában.

Az EU területén a szociális gazdaság munkahelyeinek 71%-át egyesületek adják, 25,7%-át szövetkezetek, a többit pedig egyebek. Ezek aránya is eltér az egyes országokban. A hagyományos és új típusú szövetkezetek például gyorsan terjednek Olaszországban, Spanyolországban, Finnországban és Svédországban, ahol az itt dolgozók aránya eléri a szociális gazdaságban foglalkoztatottak 45–55%-át. Az élénk munkaerőpiac ezekben az országokban a munkaszövetkezetek, ill. a szociális szövetkezetek gyors szaporodásának köszönhető. A foglalkoztatottak tevékenységi struktúrája az általános trendeknek megfelelően változik: a mezőgazdaságtól és ipartól eltolódik a szolgáltatások irányába, a standard szolgáltatásoktól pedig a személyi szolgáltatások felé.

A szociális gazdaság sokkal gyorsabb ütemben fejlődik, mint a gazdaság egésze.

*Magyarországon* 1993-ban 50 ezer teljes munkaidős foglalkoztatottnak adott munkát a nonprofit szektor, 2005-ben pedig 74 ezernek. Teljes munkaidős létszámban a növekedés másfélszeres volt. Ugyanakkor még így is *csak a foglalkoztatottak 2,1%-a dolgozik ebben a szektorban*, ami nagymértékben elmarad az EU-tagállamok átlagától.

A nonprofit szektor nagyon kis létszámmal látja el a feladatát.

- 1993-ban 53 ezer szervezetre jutott 50 ezer számított főállású alkalmazott,
- 2003-ban 53 ezer szervezetre 63 ezer,
- 2005-ben pedig 57 ezer szervezetre 81,5 ezer.

Ráadásul ennek a létszámnak a területi eloszlásában nagyok az egyenlőtlenségek.

- A fizetett alkalmazottak 2/3-a dolgozik a fővárosban és a megyeszékhelyeken működő szervezeteknél.
- Községi szervezeteknél csak egytizedük található.

- A szektor bevételében jelentősen nőtt az állami támogatások aránya. 2000-ben ez még csak 28%-t tette ki az összes bevételnek, 2005-ben viszont már 40%-át.
- 2003-ban 400 ezer önkéntes segítő vett részt a feladatok ellátásában, ami 16 ezer főállású alkalmazott munkájának felelt meg. 2005-ben az önkéntes segítők száma ugyan 370 ezerre csökkent, de az általuk kifejtett munkamenyiség 36 ezer főállású dolgozó munkakapacitását érte el.

Ezek az adatok a nonprofit szektor egészére jellemzők. Egy 2005-ben végzett kutatás lehetővé teszi a helyzetkép finomítását a szociális gazdaság oldaláról. Ennek eredményei azt mutatják, hogy a szociális gazdaság szereplői a nonprofit szervezetek összességéhez képest:

- 17,1 ezer főt foglalkoztattak átlagosan 2005-ben,
- a szervezetek csupán 7%-a nem rendelkezik alkalmazottal,
- 11%-uk egy főt foglalkoztat, de 70%-uk több mint 10 főt,
- bevételi forrásaik között a pályázati bevételek dominálnak.

## A szociális gazdaság előnyei a piaci szektorral és a közszférával szemben

Tapasztalatból tudjuk, hogy az Európai Szociális Alap forrásainak felhasználása nélkülözhetetlenné teszi és egyben meg is erősíti a nonprofit szektort. Miért? Mert van néhány terület, ahol a nonprofit szervezetek alkalmasabbak a feladat ellátására, mint a forprofitok. Ilyenek a szociális gazdaság körébe tartozó tevékenységek: a házkörüli és személyi, a szociális és környezetvédelmi szolgáltatások, valamint a kultúra, sport és média területe.

Miből származnak a nonprofit szervezetek különleges előnyei alkalmazottak és a fogyasztók közötti bizalmi viszony létrejötté, a rugalmas munkaerő-felhasználás, továbbá az ingyenesen, vagy alacsony ráfordítással megszerezhető források tekintetében?

- Az érintettek részvételére épülő döntéshozatali struktúrából és demokratikus vezetésből, ami nemcsak a bizalmi viszonyt alapozza meg, hanem a szervezet küldetésével való azonosulást is.
- A többes tulajdonosi struktúrából, ami a fogyasztók, alkalmazottak és gyakran a helyi önkormányzat részvételét garantálja a szervezet irányításában.
- Önkéntes munkások jelenlétéből.
- Szoros kapcsolat meglétéből a helyi önkormányzattal mind a szükségletek beazonosítása, mind pedig a források rendelkezésre bocsátása tekintetében.
- A nonprofit szervezetek közötti együttműködésből, ami gyakran vezet ún. második szintű kooperációk (ernyőszervezetek) létrehozásához, ellensúlyozandó a kis méretstruktúrából adódó hátrányokat.
- Az innováció és a kísérletezés melletti elkötelezettségből, mind a szolgáltatások választékát, mind pedig azok nyújtásának módját illetően.



E jellemzők kihasználásával a nonprofit szervezetek – még azok is, amelyek közfinanszírozásban nem részesülnek – képesek arra, hogy:

1. zéró profit mellett is nyújtsanak szolgáltatásokat,
2. serkentsék a lakossági igények fizetőképes keresletté válását, továbbá – alacsony költségeiknek köszönhetően – növeljék fogyasztóik számát és ezáltal nettó foglalkoztatás-bővülést produkáljanak,
3. a kínálat differenciálásával és a költségek csökkentésével felszínre hozzák és formalizálják a rejtett szükségletek egy részét, amelyek enélkül az informális gazdaságban, vagy a családi keretek között végzett nem-fizetett munkák révén találnák meg fedezetüket.

Számos nonprofit szervezetre jellemző manapság, hogy *kettős funkciót* tölt be: *egyfelől szociális és házkörűli szolgáltatásokat nyújt, másfelől a tartós munkanélküliek és más hátrányos helyzetű emberek munkaerő-piaci integrációjával foglalkozik.* Ez alól a szervezetek többsége nem igen tud kibújni, főleg ha szorosan kötődik egy helyi közösséghez, amely egyik oldalon szenved bizonyos szolgáltatások hiányától, másik oldalon pedig a kihasználatlan munkaerő-kapacitásoktól. Erre a kettős szerepvállalásra gyakran rájátszanak a közpolitikák is, mivel a tartós munkanélküliek foglalkoztatásához nyújtott támogatások többnyire az egyetlen lehetőséget kínálják a nonprofit szervezetek számára egy újfajta tevékenység beindításához.

## Hogyan tipizálhatók a szociális gazdaság típusú nonprofit szervezetek?

A támogatások eredményeként kifejlődött a hazai nonprofit szektor munkaerő-piaci programjainak három alaptípusa:

- a *tranzitfoglalkoztatást nyújtó projektek*; ide sorolhatók a termelőiskolák és a foglalkoztatási társaságok,
- a *védett foglalkoztatást biztosító projektek*, ill. a *célszervezetek*,
- és szociális vállalkozások, amelyek lehetnek *szociál-önökómiai üzemek* ill. *termelő-szolgáltató vállalkozások*.

A *tranzitfoglalkoztatást* nyújtó projektek *híd szerepet* töltenek be, mégpedig többféle formában. A *termelőiskolák* ezt a kapcsolatot teremtik meg:

- az iskolarendszerű képzés és a felnőttképzés között,
- a képzés és a termelés között, és
- a hagyományos ipari képzés, valamint a kézműves képzés között.

A *foglalkoztatási társaságok* ugyanakkor a munkanélküliség és a munkaerő-piac között alkotnak hidat, ahol a munkanélkülivé vált emberek munkavégző kapacitásának fejlesztése valósul meg, az első munkaerőpiacon való elhelyezés

elősegítésének a szándékával. A tranzitfoglalkoztatási projekteknel egyik esetben sem lehet cél az önfenntartás.

A *védett foglalkoztatást* vállaló nonprofit szervezetek a megváltozott munkaképességű embereket vonják be a *foglalkozási rehabilitációba*.

A nonprofit szervezetek által megvalósított *tartós foglalkoztatási projektek* (szociál-ökonómiai üzemek, termelő-szolgáltató vállalkozások) az alábbi fő elemekre épülnek:

- humán erőforrás-fejlesztés, munkára való alkalmassá tétel,
- foglalkoztatás üzemi körülmények között és
- a munkában maradáshoz (szociális integrációt) segítő támogatás, szolgáltatás.

*Háromféle módon teremtenek új munkahelyet:*

- létszámbővítéssel a már létező szervezeteknél, a szükségletek növekedéséhez, vagy új szolgáltatások bevezetéséhez kapcsolódva,
- új munkahelyek létrehozásával, új szolgáltató egységek beindításával,
- új foglalkoztatási lehetőségek feltárásával a munkahely-teremtés számára.

E projektek távlatos célja, hogy a közpénzen elindított szociális vállalkozások idővel *önfenntartóvá* váljanak és így biztosítsák a résztvevőknek a visszatérést a nem támogatott munkák világába. Ezeket a vállalkozásokat az különbözteti meg a piaci szereplőktől, hogy céljuk nem a haszon maximalizálása, hanem a profit újrahaznosítása, a célcsoport, ill. a küldetésben megfogalmazott közösségi célok érdekében.

A szociális gazdasági típusú projektekre követésre méltó példákat mutat be az OFA-ROP Hálózat Jó gyakorlat gyűjteménye, amely 2007-ben jelent meg az Országos Foglalkoztatási Alapítvány kiadásában.

## Milyen problémák akadályozzák a szociális gazdaság kibontakozását?

Örömteli dolog, hogy Magyarországon is jelen vannak azok a munkaerő-piaci orientációjú nonprofit szervezetek, amelyek egyfelől kibővítik az Állami Foglalkoztatási Szolgálat szolgáltatási kapacitását, másfelől teremtve ezzel az egyéni problémák sokszínűségéhez igazodó, személyre szabott, s emiatt munkaigényes szolgáltatások biztosításához. Másfelől helyi szinten összekapcsolják a ki-elégítetlen szükségleteket a kihasználatlan munkaerő-forrásokkal. A továbbfejlődés útjában azonban vannak még akadályok. Ezek a következők:

- A szociális gazdaság, mint helyi foglalkoztatás-fejlesztési koncepció megvalósítása csak akkor teremthet önfenntartó munkahelyeket, ha fizetőképességet is rendelődik hozzá. Ezek pénzügyi konstrukciói (pl. adókedvezmény a szolgáltatás igénybevevőinek munkahely-teremtés címén; szolgáltatási utalvány kedvezményes kibocsátása azon vállalatok számára, amelyek az ennek útján igénybe vehető szolgáltatásokkal tehermentesítenék munkatársaikat otthoni kötelezettségeik alól) egyelőre hiányoznak.

- Egyidejűleg határozott és ösztönző intézkedéseket kell hozni mind a szolgáltatást nyújtók, mind pedig az igénybevevők felé a szociális gazdaság keretében végzett szolgáltatások burjánzó feketepiacának legalizálására.
- A munkaerő-piaci szolgáltatásokat nyújtó és helyi foglalkoztatás-fejlesztő nonprofit szervezetek kiépültsége területileg rendkívül egyenetlen; a nagyobb városokban elegendő van belőlük, de a kis településeken alig egy pár létezik.
- A nonprofit szektor szakmai felkészültsége, erőforrásokkal, infrastrukturális feltételekkel való ellátottsága nem éri el a kiegyensúlyozott működéshez szükséges szintet. Kevés a stabil, felkészült menedzsmenttel bíró szervezet; sok a túlélési problémával küszködő.
- A szociális vállalkozásokkal szemben általános az értetlenség és bizalmatlanság; erős a szektorban a politikától való függőség.
- A Foglalkoztatási Törvény nem ismeri a projektfinanszírozást; a munkaerő-piaci programok támogatása nem más, mint többféle egyedi aktív eszközök kombinálása.
- A civil szervezeteknek történő normatíva átadás gyerekcipőben jár. Sőt! A kistépülések önkormányzatai a civil szervezeteket esetenként versenytársnak tekintik, s igyekeznek ellehetetleníteni munkájukat.
- A támogatási összegek nem a szerződésben meghatározott és a projekt tervezése során rögzített határidőn belül érkeznek. Nincs likvid tőke az elmaradt kifizetések pótlására.
- Növekvő ellentmondás áll fenn az alapítványi működés és a gazdasági tevékenység folytatása között. A nonprofit jelleg ugyanis kizárja az alapítványt a bankhitel megszerzésének lehetőségéből, ugyanakkor a piaci vállalkozásoknak kiírt pályázati forrásokból sem részesülhetnek.

## Javaslatok

### a szociális gazdaság feltételeinek korszerűsítéséhez

A szociális gazdaság szervezeteinek fennmaradásához a *több lábon állás* feltételeinek megteremtése nélkülözhetetlen.

- A stabil finanszírozás egyik forrása lehet a közfeladat ellátásban való részvétel, az Állami Foglalkoztatási Szolgálaton keresztül. Hamarosan megkezdődnek a feladat-kiszervezés, szolgáltatás-vásárlás és program-kivitelezés előkészületei. Ehhez:
- szakmai, finanszírozási standardok, módszertan és monitorozás, valamint minőségbiztosítás kidolgozása szükséges,
- meg kell teremteni a szociális gazdaság intézményi akkreditációjának a feltételeit,
- a menedzsment felkészítésére központi képzési programok kellenek.
- A piaci bevételek megszerzéséhez az szükséges, hogy a szociális gazdaság szereplőinek érje meg foglalkoztatni! Ennek érdekében engedélyezni kell,

hogy a gazdasági tevékenységeket ne csak kiegészítő jelleggel végezhessek a nonprofit szervezetek. Ehhez szükség van a Gazdasági társaságokról és a Közhasznú szervezetekről szóló törvények módosítására.

- Helyi piacbővítés: a fizetőképes kereslet élénkítéséhez élni kell a fogyasztók támogatásának olyan eszközeivel, mint a szolgáltatási csekk és utalvány.
- Multinacionális vállalkozások CST (társadalmi felelősségvállalás) tevékenységének államilag elismert formája legyen a közösségi vállalkozásoktól való vásárlás!
- A szociális gazdaság típusú projekteket a TÁMOP keretében, más operatív programokhoz (pl. AVOP) is kapcsolódást keresve, de az átfedéseket kerülve kívánatos működtetni.
- A forráskoordináció során az Európai Unió szabályait szem előtt tartva, a fenntarthatóság és a csökkenő támogatások elvét érvényesítve kell eljárni.
- Érdemes az eddiginél jobban ösztönözni a helyi szereplők finanszírozói közreműködését (pl. helyiségbérlet, a helyi adó elengedése, szállítási kapacitások felajánlása stb.).
- A szociális gazdasággal kapcsolatos szektorközi koordinációs tevékenység támogatása továbbra is szükséges, az OFA-ROP Hálózat bázisán.

## Támogatások összefoglalása

### DIREKT TÁMOGATÁSOK

- A foglalkoztatási törvényben rögzített eszközök
- Infrastrukturális beruházási támogatások, hotelek (Operatív Programok szerint)
- Egyéb, speciális támogatások, kedvezmények

### KIEGÉSZÍTŐ SZOLGÁLTATÁSOK TÁMOGATÁSA (OPERATÍV PROGRAMOKON BELÜL)

- A szervezet részére: szervezetfejlesztés, humán menedzsment megerősítése,
- A foglalkoztatottak részére: képzés, mentori, mentális és egyéb munkaerőpiaci szolgáltatás

### Regionális Consulting

- Tanácsadó, szervezetfejlesztő, monitoring rendszer fejlesztése, támogatáshoz való hozzáférés javítása stb.

### INDIREKT TÁMOGATÁSOK

- Fogyasztói támogatások, például: szolgáltatási csekk és utalvány.

**Dr. Horesnyi Julianna—Dr. Vincze Imre:**

## **A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása<sup>1</sup>**

**REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ**  
**A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása**

---

<sup>1</sup> Szellő J.(szerk): Foglalkozási Rehabilitáció jegyzet 2007, illetve Módszertani kézikönyve 2008. alapján  
FSZK

## Tartalom

Megváltozott munkaképességű, egészségkárosodott személyek foglalkoztatása	173
Munka törvénykönyve	173
1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről és végrehajtási rendelete	173
Speciális munkajogi szabályok	173
Speciális munkavédelmi rendelkezések	175
Melléklet	176
Jogszabályok elérhetősége	176
További hasznos honlapok, portálok, információs fórumok	178

## Megváltozott munkaképességű, egészségkárosodott személyek foglalkoztatása

A foglalkoztatás munkajogi- és munkavédelmi szabályozásának alapkódexeként a Munka Törvénykönyvét és a Munkavédelmi törvényt tekinthetjük, melyek funkciói – valamennyi munkavállalóra vonatkozóan – az alábbiakban foglalhatóak össze.

### MUNKA TÖRVÉNYKÖNYVE

A Munka törvénykönyve a munkáltató és a munkavállaló közötti munkaviszonyra vonatkozó sokszínű szabályokat tartalmazza<sup>2</sup>.

Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy számos egyéb jogviszony keretei között is végezhető ellenérték fejében munka, mint például közalkalmazotti-, köztisztviselői jogviszonyban, bedolgozóként, illetve polgári jogi szerződések – megbízási, vállalkozási – alapján is. Az előbbiekre speciális jogszabályok, az utóbbiakra a Polgári Törvénykönyv rendelkezései vonatkoznak.

### 1993. ÉVI XCIII. TÖRVÉNY A MUNKAVÉDELEMRŐL ÉS VÉGREHAJTÁSI RENDELETE

A törvény célja, hogy szabályozza az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés személyi, tárgyi és szervezeti feltételeit a munkát végzők egészségének, munkavégző képességének megóvása és a munkakörülmények humanizálása érdekében, megelőzve ezzel a munkabaleseteket és a foglalkozással összefüggő megbetegedéseket.

Ennek érdekében rögzíti az állam, a munkáltatók és a munkavállalók feladatait, jogait és kötelességeit.

Az általános, minden munkavállalóra kiterjedő szabályozás utaló típusú felvillantása mellett, szót kell ejteni arról, hogy mind a munkajog, mind a munkavédelem területén vannak speciális, kifejezetten a megváltozott munkaképességű, a rehabilitációs járadékban részesülő munkavállalókra vonatkozó rendelkezések.

### SPECIÁLIS MUNKAJOGI SZABÁLYOK

#### a) Eltérő /kedvezőbb szabályozás

A Munka Törvénykönyve garanciális szabályként rögzíti, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók alkalmazása, illetve foglalkoztatása tekintetében jogszabály – az Országos Érdekegyeztető Tanács egyetértésével – a benne foglaltakhoz képest eltérő szabályokat állapíthat meg.

<sup>2</sup> Lsd. az atipikus foglalkoztatási formák amelyek erőteljesen feszegetik a hagyományos munkaviszony egyre szűkebbnek érzett kereteit: pl. részmunkaidő, határozott idejű munkaviszony, távmunka, munkaerő-kölcsönzés, etc.



## b) Felmondási védelem

A *Munka Törvénykönyve* általános felmondás-védelmi szabályai kiegészültek:

1. Általános szabály, hogy a munkáltató a munkavállaló munkaviszonyát rendes felmondással – kivéve, ha egyébként nyugellátásban részesül – a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatár betöltését megelőző öt éven belül, a 62. év eléréséig csak különösen indokolt esetben szüntetheti meg (életkori védettség).  
Ezt a szabályt megfelelően alkalmazni kell a rehabilitációs járadékban részesülő, nem keresőképtelen munkavállaló munkaviszonyának rendes felmondással történő megszüntetésére is.
2. Az *Munka Törvénykönyve* 90. §-ának kibővülő (1) bekezdése szerint, a munkáltató nem szüntetheti meg rendes felmondással a munkaviszonyt az alábbiakban meghatározott időtartam alatt:
  - a külön törvény szerinti rehabilitációs járadékban részesülő személy esetén a keresőképtelenség teljes időtartama.
3. A *Munka Törvénykönyve* új 91. §-a szerint:  
A munkáltató a rehabilitációs járadékban részesülő munkavállaló munkaviszonyát a felmondási védelem leteltét követően rendes felmondással egészségügyi alkalmatlansága miatt akkor szüntetheti meg,  
ha a munkavállaló eredeti munkakörében nem foglalkoztatható tovább, és
  - a munkáltatónál egészségügyi állapotának megfelelő másik munkakör nem biztosítható, illetve
  - ha a munkavállaló az ilyen másik munkakörben történő foglalkoztatáshoz szükséges munkaszerződés módosításhoz nem járul hozzá.

Ezek tehát az Mt. által *expressis verbis* rögzített védelmi szabályok. Fel kell hívni ugyanakkor a figyelmet arra, hogy a törvénynek továbbra is hatályos rendelkezése a 85. § (3) bekezdés, mely alapján *a munkáltató a munkaviszony fennállása alatt megváltozott munkaképességűvé vált munkavállalót köteles – a külön jogszabályban meghatározottak szerint – az állapotának megfelelő munkakörben tovább foglalkoztatni.*

Indokolt lehet tehát tájékoztatni a munkaügyi központokkal, kirendeltségekkel kapcsolatban álló – rehabilitációban közreműködő – munkáltatókat: fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy a jogviszony megszüntetésére irányuló jognyilatkozataikat, fenti szabályok figyelembevételével tegyék meg.

Az eltérő munkajogi szabályok megismerését követően, tekintsük át a megváltozott munkaképességű munkavállalók szempontjából releváns, speciális munkavédelmi rendelkezéseket.

## SPECIÁLIS MUNKAVÉDELMI RENDELKEZÉSEK

A munkavédelemre vonatkozó *alapvető rendelkezéseket az 1993. évi XCIII. törvény, részletes szabályait e törvény felhatalmazása alapján a miniszterek által kiadott, és más külön jogszabályok, az egyes veszélyes tevékenységekre vonatkozóan az illetékes miniszter rendeletével hatályba léptetett szabályzatok tartalmazzák.*

Ezen regulák közül – a vizsgált alanyi körre tekintettel – a következőket kell kiemelni.

*A megváltozott munkaképességű (fogyatékos) munkavállalók adottságaira a munkahelyek kialakításánál figyelemmel kell lenni.*

*Azokon a munkahelyeken, ahol megváltozott munkaképességű (fogyatékos) munkavállalókat kívánnak foglalkoztatni, az ajtókat, az átjárókat, a szintbeli különbségeket áthidalókat, a lépcsőket, a zuhanyozókat, a mosdókat és a munkahellyel összefüggő berendezéseket a testi adottságaiknak megfelelően, illetve megváltozott munkaképességükre figyelemmel kell kialakítani vagy szükség esetén átalakítani.*

*A megváltozott munkaképességű (fogyatékos) munkavállalók részére munkahelyükön biztosítani kell az egészséges és biztonságos munkavégzésükhöz szükséges, általuk felismerhető jelzéseket.*

## Melléklet

### JOGSZABÁLYOK ELÉRHETŐSÉGE

A jogszabály érvényességének egyik feltétele, hogy a jogszabályt a törvény előírásainak megfelelő helyen és módon a jogalkotó kihirdesse, tehát a jogszabály megismerhetővé váljon mindenki számára, vagy meghatározott esetben azok számára, akik jogait és kötelességeit meghatározza a jogszabály.

- A mindenki számára kötelező jogszabályokat a *Magyar Közlönyben* kell közzétenni, így ezek a Magyar Köztársaság hivatalos lapjában minden esetben megtalálhatók
- A második hivatalos lap a *Határozatok Tára*. Itt teszik közzé azokat a kormányhatározatokat, amelyek közzétételét a Kormány elrendelte.
- A minisztériumok és az országos hatáskörű szervek az utasítások és a jogi iránymutatások közzététele céljából ún. *tárcaközlőnyt* adnak ki.
- A jogalkotásért felelős állami szerv évenként kiadja a Törvények és Rendeletek Hivatalos Gyűjteményét, meghatározott időnként pedig a Hatályos Jogszabályok Gyűjteményét. Természetesen ezek mellett számtalan nem hivatalos jogszabálygyűjtemény is van különböző adathordozókon –papír, CD, DVD.
- Az uniós joganyagot tekintve, az *EU közlönye* az *Official Journal*, magyarul a *Hivatalos Lap*. Tekintettel a nagymennyiségű joganyagra, akár naponta többször is megjelenik, illetve három változat van. Az L jelű a jogalkotási termékek, a C jelű a közlemények, értesítések (pl. egy eljárás megkezdéséről), az S jelű a pályázati felhívások megjelentetésére szolgál.

Az interneten rendelkezésre álló lehetőségek közül, elsőként a *kormányzati portál jogszabálykeresőjét* javasoljuk használatra, mert abban mindig az adott napon hatályban lévő jogszabály teljes szövegét találjuk.

- A [www.magyarorszag.hu](http://www.magyarorszag.hu) honlapon a jogszabálykereső ikonjára kattintva léphetünk be a net.jogtar-ba. A keresett jogszabály évszámát, sorszámát, a jogszabályt típusát a felkínált menüből kell kiválasztani. Amennyiben pontosan nem tudjuk a fenti adatokat, akkor tárgyszóra is kereshetünk.
- A fentiekén túl a jogszabály-kereséshez felhasználhatjuk a *Magyar Közlöny* és a *tárcaközlönyök elektronikus verzióit*, melyek a <http://www.kozlonykiado.hu/> címen férhetők hozzá. Először a megfelelő közlöny címlapjára kattintva kell a minket érdeklőt kiválasztani, majd a letöltés ugrópont vezet az egyes lapszámokhoz. A dokumentumok *nem nyomtatható* pdf fájl formájában tölthetők le, ezért külön díjazást fizetni nem kell.
- Megemlítünk még két jogtárat az interneten fellelhető számtalan lehetőség közül, az egyik a <http://www.complex.hu/> címen, a másik ilyen jogtár pedig a <http://www.opten.hu/> címen érhető el.

- A fenti „általános” oldalakhoz képest, tematikus keresési lehetőséget biztosít a Szociális és Munkaügyi Minisztérium honlapjának jogtára:
- <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=10025>.

A továbbiakban egy DVD-n, és egy CD-n (rövidesen ez is DVD-n) forgalmazott – tehát költségekkel járó – jogtárról szólnak néhány szót.<sup>3</sup>

A *CompLex Jogtár Plusz* mind a magyar, mind a közösségi jogot tartalmazó DVD, felhasználóbarát megoldásokkal az igényes jogi munka segítője, bírósági ítéletekkel, kommentárokkal segíti a jogalkalmazó munkáját.

A *Magyar Hivatalos Jogszálytár* nevű futó CD számtalan mellékszolgáltatással és meglepően nagy iratminta tárral áll az előfizetők rendelkezése, és tartalmazza a Hivatalos Lap két évre visszamenő számait is.

*Figyelmet érdemel a Szociális és munkaügyi fogalomtár elérhetősége, <https://www.szmi.hu/kozpontiprogram/?q=node/42> amely 2008-as lezárású, a HEFOP2.2.2. keretei között került kidolgozásra.*

Nézzünk szét milyen egyéb tájékoztató oldalakat, információs lehetőségeket találhatunk munkánk megkönnyítéséhez. Nyilván csak az internet kínálta lehetőségek egy töredékét tudtuk összeszedni és tematikusan bemutatni, az alábbi felsorolást ki-ki saját, illetve munkája igényei szerint tovább bővítheti.

A *jogszálytervezetek megismertetése, társadalmi vitája* egy speciálisan erre készült honlapon <http://www.jogalkotas.hu>, a Szociális és Családügyi Minisztérium <http://www.szmm.gov.hu>, valamint az országgyűlés <http://www.mkogy.hu> honlapján történik. Az első hivatkozott honlap – funkciójából adódóan –, mindenki számára lehetőséget biztosít az ott megjelenő, különböző jogszálytervezetről való vélemény-nyilvánításra.

Az egyes intézmények honlapjai közül ki kell emelni a szociális, foglalkoztatáspolitikai és munkaügyi ágazatot irányító minisztérium portálját, mely <http://szmm.gov.hu> címen található meg. Menüpontjai a szakterületek szerinti áttekintés lehetőségét biztosítják, mind a szervezeti felépítés, statisztikai adatok, mind általános tudnivalók, események, rendezvények, projektek, kidolgozás alatt álló koncepciók vonatkozásában. Számtalan továbblépési –linkelési- lehetőséget biztosítanak a tárcához tartozó intézmények, civil szervezetek honlapjaira.

Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat honlapja, melynek elérhetősége: <http://www.afsz.hu>, tartalmazza –többek között- az ország összes bejelentett állásajánlatát, a foglalkoztatási szolgálat szervezeti egységeinek címlistáját, statisztikai adatokat, az álláskeresők ellátási, foglalkoztatási támogatási rendszerének ismérveit, átlagkeresetek alakulását, szakmák leírását, belépési lehetőséget – linket – a EURES-be, a pályakezdőket segítő speciális portálra, az e-pályára, a

<sup>3</sup> Ugye mondanunk sem kell, minden alkalommal, amikor beteszünk egy ilyen adathordozón lévő jogtárat a gépbe, azonnal megnézzük rajta a dátumot, hogy mikori joganyag van rajta, és ennek tudatában használjuk munkánkhoz!

Nemzeti Pályainformációs Központ honlapjára. Itt érhető el, az érintett alanyi kör szempontjából fontos, a „Foglalkoztatási rehabilitációs kisokos” című hiánypótló kiadvány is.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, valamint az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság honlapján az intézményrendszer felépítésnek, elérhetősegeinek bemutatásán túl, részletes ügyfél tájékoztatókat találhatunk a különböző ellátási formákról, az igénylések eljárásáról, iratmintáiról is: <http://www.oep.hu/> <http://www.onyf.hu/>.

A Központi Statisztikai Hivatal honlapja a <http://portal.ksh.hu/>, ahol statisztikai adatokat, elemzéseket lehet megnézni. Különösen jól használhatóak a „legfrissebb gyorstájékoztatók” és a „statisztikai tükör” menüpont alatti –ingyenesen elérhető– dokumentumok. Megjegyzendő, hogy a honlapon található anyagok egy része csak térítés ellenében használható.

## TOVÁBBI HASZNOS HONLAPOK, PORTÁLOK, INFORMÁCIÓS FÓRUMOK

### Hasznos honlapcímek:

Országos Foglalkoztatási Közalapítvány

<http://www.ofa.hu>

Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány

<http://www.fszk.hu>

ESZA Kht.

<http://www.esf.hu>

Országos Fogyatékosügyi Portál

<http://www.fogyatekosugy.hu>

Betegjogi, Ellátottjogi, és Gyermekjogi Közalapítvány

<http://www.jogvedok.hu/>

Európai Foglalkoztatási és Civil Hírlevél

<http://www.ofakht.hu/index/index.php?mode=main>

Szociális és Munkaügyi Minisztérium Társadalmi Párbeszéd és Civil Kapcsolatok Főosztály

[www.civil.info.hu](http://www.civil.info.hu)

Az Országgyűlés Civil Irodája

[www.parlament.hu/civiliroda](http://www.parlament.hu/civiliroda)

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség

[www.nfh.hu](http://www.nfh.hu)

EU Háló

[www.euhalo.hu](http://www.euhalo.hu)

Európai szociális dimenzió: online fogalomtár

<http://moodle.disabilityknowledge.org/mod/glossary/view.php?id=325&mode=letter&hook=ALL&sortkey=&sortorder=&fullsearch=0&page=1>

Segédlet a civil szervezeti adminisztrációhoz

<http://www.uisz.hu/segedlet/bevezeto.html>

Európa Ház az interneten linkgyűjtemény

<http://www.eucivil.hu/>

**Szellő János (szerk.):**

## **A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén**

**Egy lehetséges modell<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Szellő J (szerk.) A képességek alapján történő diagnosztikai eljárás és protokoll a foglalkozási rehabilitáció területén Módszertani kézikönyv Somogy Megyei Munkaügyi Központ 2006.: 25–37.

## Tartalom

A diagnózist felállító csoportok működése	181
A diagnózist felállító csoportok szakemberkörének, feladatainak meghatározása	181
1. Foglalkozás-egészségügyi orvos feladata	181
2. Pszichológus feladata:	182
3. Rehabilitációs tanácsadó feladata	182
4. Andragógus feladata	182
Pszichológiai tanácsadás	182
Személyi feltételek	182
Tárgyi feltételek	183
A Pszichológiai Szakszolgálat szerepe a foglalkozási rehabilitációban	183
Az ügyfél útja a pszichológushoz	183
A pszichológiai tanácsadás alanya	183
A pszichológiai tanácsadás eszközrendszere	184
Hol hasznosíthatók a vizsgálatok eredményei?	184
A pszichológiai tanácsadás kimenetele lehet	185
Foglalkozás-egészségügy	185
Rehabilitációs tanácsadás	189
Jogsabályi háttér	189
Személyi feltételek	190
Tárgyi feltételek	190
Az ügyfél útja a rehabilitációs tanácsadóhoz	191
A rehabilitációs tanácsadás helyszínei	191
A rehabilitációs tanácsadás alanya	191



(...)

## A diagnózist felállító csoportok működése

A mai hazai gyakorlat szerint a munkavállaló foglalkoztathatóságának egészségügyi, pszichológiai, ergonómiai tényezőinek, követelményeinek meghatározása egymástól függetlenül, szervezett együttműködés nélkül történik. A projektünk legfőbb célja volt a szakemberek, szervezetek közötti kapcsolat, együttműködés fejlesztése, a megváltozott munkaképességű személy célorientált továbbirányítása egy folyamatos utánkövetés biztosításával.

A megvalósítás, a foglalkozási rehabilitáció folyamatának tervezhetősége érdekében összehasonlítást kell végezni, ahol az összehasonlítás egyik tényezője a munkavállaló adott állapota, másik tényezője az elérni szándékozott állapot.

A foglalkozási rehabilitációs terv gyakorlatilag azon eszközök meghatározása, amelyekre az egyik állapotból a másik állapotba való eljutáshoz szükség van.

Azt kell vizsgálni, hogy a rehabilitálandó személynek milyen szükségletei vannak ahhoz, hogy az alaphelyzetből eljusson a kívánt (foglalkoztatotti) helyzetbe. Azt is vizsgálni kell továbbá, hogy a kívánt állapot eléréséhez milyen eszközöket, szolgáltatásokat kell igénybe venni. Rögzíteni kell azt is, hogy milyen végső kimenet prognosztizálható. Az eredményes rehabilitációt követően milyen foglalkoztatónál (védett, félig-védett, nyílt) tud munkát végezni.

A *rehabilitációs terv összeállítása* csapatmunka, igényli a folyamatos konzultációt, a visszacsatolást, a közösen kialakítható cselekvést. Mindehhez létre kell hozni úgynevezett diagnózist felállító szakmai csoportot, amelynek egyik tagja, esetünkben a rehabilitációs tanácsadó, mint ügyfélgazda végzi az esetmenedzselést.

## A diagnózist felállító csoportok szakemberkörének, feladatainak meghatározása

### 1. FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ORVOS FELADATA:

- A korábban kiállított orvosszakértői dokumentumok foglalkozás-egészségügyi minősítése.
- A szakorvosi dokumentációval jelentkező álláskereső foglalkozás-egészségügyi értékelése és a dokumentumok a közvetítő számára történő értelmezése.
- Az első interjúban egészségi korlátozottságot jelző, de erről megfelelő foglalkozás-egészségügyi dokumentációval nem rendelkező álláskereső vizsgálata.
- Foglalkoztatáshoz szükséges egészségi összetevők, egészségi képességek meglétének a meghatározása.
- További szakellátás javallása, kezdeményezése.

## 2. PSZICHOLÓGUS FELADATA:

- A képességek felmérése.
- Reális célkitűzéseinek megtervezéséhez segítségnyújtás.
- Krízishelyzetekbe kerültek részére tanácsadás.
- Álláskereső kiválasztása adott munkahelyre, munkakörre.

## 3. REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÓ FELADATA:

Segíti a foglalkozási rehabilitáció irányának meghatározását.  
Egyéni rehabilitációs tervet állít össze (...)

## 4. ANDRAGÓGUS FELADATA

Speciális pályairányítás és tanácsadás.  
Speciális pálya és munkaalkalmassági vizsgálat.  
Munka kiválasztási segítségnyújtás.  
Szakmai képzés.

Tanulási képességek fejlesztése, nevelése az adott életkörülmények, kapcsolatok fejlesztése érdekében.

## *Pszichológiai tanácsadás*

Ez a tanácsadási forma a munkavállalást elősegítő ill. akadályozó lelki folyamatok, pszichés problémák, életvezetési nehézségek feltárására és megoldására irányul. A pszichológus segíti a tanácskérőt személyiségének jobb megismerésében, a belső erőforrásainak feltárásában, pályairányultságának, pályaalakultságának tisztázásában, az esetleges kudarcai feldolgozásában, a bizonytalan vagy megingott jövőkép helyreállításában, motivációinak megerősítésében, munkavégzési és alkalmazkodási készségei fejlesztésében, az egyéni életút kiteljesítéséhez szükséges távlati célok megfogalmazásában, valamint a munka világába való visszataláláshoz vezető út konkrét lépéseinek kidolgozásában.

## SZEMÉLYI FELTÉTELEK:

A munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet (...) melléklete alapján pszichológiai tanácsadást az alábbi végzettséggel lehet nyújtani (...):<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Hatályos szöveg:

pszichológiai tanácsadás esetén

1. pszichológus végzettség, vagy

2. tanácsadó szakpszichológus végzettség, munka- és pályatanácsadó specializációval, vagy

3. munka- és szervezetpszichológiai szakpszichológus végzettség

### TÁRGYI FELTÉTELEK:

A Phare 96'-os program, majd speciálisan a megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci pozíciójának növelését szolgáló módszertan kialakítására kiírt 97'-es program jelentős technikai fejlesztést valósított meg. E program egyik eredményeként létrehoztuk a pszichológiai szakszolgálat képességvizsgáló laboratóriumát Somogy, Tolna és Baranya megyében.

### A PSZICHOLÓGIAI SZAKSZOLGÁLAT SZEREPE A FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓBAN:

A Pszichológiai Szakszolgálat elsődleges szerepe az ügyfél foglalkozási rehabilitációjának szolgálatába állítható képességeinek feltárása mérése. A képességfelmérés pszichológiai tanácsadás keretében történik. Ezen túl a pszichológus az ügyfél segítségére lehet azon életvezetési gondjainak megoldásában, amelyek a munkaerőpiacra való reintegrációját nehezítik, gátolják. (Például: a tartós munkanélküli állapottal összefüggő lelki problémák.)

### AZ ÜGYFÉL ÚTJA A PSZICHOLÓGUSHOZ:

Az ügyfél több úton is a pszichológushoz kerülhet, küldheti:

- Állásközvetítő,
- rehabilitációs tanácsadó,
- munkavállalási tanácsadó,
- képzési ügyintéző,
- Állásközvetítő Klub munkatársa,
- FIT és RIC munkatársa,
- önállóan is jelentkezhet.

### A PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS ALANYA:

Pszichológiai tanácsadás javasolt az alábbi esetekben:

- Ha az ügyfél eredeti szakmájában a továbbiakban nem foglalkoztatható, a pszichológus segítségét lehet kérni az új pályairány meghatározásához, abban az esetben, ha a munkavállalási tanácsadó eszköztára nem elegendő a reálisan megvalósítható pálya kitűzéséhez (érdeklődési profiljának mélyebb feltárására, képességeinek mérésére van szükség.).
- Ha az ügyfél tanfolyamra szeretne jelentkezni, de kérdéses, hogy rendelkezik-e a tanfolyam elvégzéséhez szükséges képességekkel, lelki stabilitással, teherbírással (például: tanulási képességgel mérésére szükséges.).
- Ha bizonytalan, hogy az átképzés céljaként kitűzött pályairány megvalósításához az ügyfél rendelkezik-e a szükséges pszichológiai képességekkel (például: ha monoton jellegű, jó kéz ügyességet igénylő munkáról van szó, rendelkezik-e a megfelelő szintű monotonia tűréssel, kéz ügyességgel).

- Ha az ügyfél pszichés állapotában a tartós munkanélküliség lelki hatásai jelentkeznek: motiválatlanság, rossz önértékelés, munkára való alkalmatlanság érzése (a pszichológus fogja ez után eldönteni, hogy életvezetési tanácsadással az ügyfél reintegrálható-e a munkaerőpiacra, vagy mentálhigiénés megbetegedés miatt egészségügyi szakellátásra van szükség.).
- Ha a munkanélküliség és a munkaképesség csökkenés következtében az ügyfél olyan érzelmi krízishelyzetbe kerül, amelynek feldolgozása pszichológus segítségét igényli (kilátástalanság érzése, öngyilkossági gondolatok stb.).

### A PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS ESZKÖZRENDSZERE:

A pszichológiai tanácsadás tanácsadói beszélgetésekből áll, amelyet általában kiegészítenek pszichológiai vizsgálatok. A következő vizsgálati módszereket különíthetjük el:

Verbális kikérdezés.

Teszt vizsgálatok:

- Az intelligenciatesztek.
- A személyiség vizsgálatára alkalmas mérőeszközök.
- A speciális képességvizsgáló tesztek.
- Érdeklődést vizsgáló tesztek, kérdőívek.

A fenti módszereket bővebb kifejtésére a módszerek című fejezetben található.

### HOL HASZNOSÍTHATÓK A VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI?

A közvetítő, vagy rehabilitációs tanácsadó az ügyfelet konkrét kérdéssel, vagy javaslattal küldi a pszichológushoz.

Például: Megfelelőek-e az ügyfél képességei a ..tanfolyamra? Foglalkozási rehabilitációjának érdekében életvezetési tanácsadáson való részvételét látom indokoltnak.

A pszichológus a tanácsadás lezárultával, illetve ha szükséges, a tanácsadás folyamán konzultál a küldő ügyintézővel. Javasatait, az ügyintéző által feltett kérdésekre adott válaszát rögzíti. Az ügyfél részére a pszichológus a tanácsadás során, illetve végeztével szóbeli visszajelzést ad a vizsgálatok eredményeiről.

A pszichológus a vizsgálati eredményeket, a tesztek profillapjait és az esetről készült feljegyzéseit archiválja. Javasatait a Szolgáltatások kiskönyvében is rögzíti. (lásd 2. számú melléklet)

A teszteredmények hasznosíthatóak a következő területeken:

- Átképzés szakirányának meghatározásánál.
- Képzésre való alkalmasság feltárásához.
- Munkaerő közvetítés esetén: az ügyfélnek a munkakörre való alkalmasságának feltárásához. Ebben az esetben a munkáltató számára is informatív lehet a képességvizsgálatokkal alátámasztott munkaköri alkalmasság (a képesség-

vizsgálatok eredményeinek átadása külső szervezet részére csak az ügyfél hozzájárulásával történhet!).

### A PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS KIMENETELE LEHET:

- Az ügyfél visszakerül a küldő ügyintézőhöz, az ügyintéző által feltett kérdésre kapott válasszal: pszichológiai véleménnyel, vagy a foglalkozási rehabilitációjához kapcsolódó javaslattal (pl.: képességvizsgálatok eredményével, képzési szakirány javaslatával).
- A pszichológus javasolja az ügyfél rehabilitációja érdekében más szolgáltatási alegység igénybevételét (pl. Álláskereső Klub).
- A pszichológus javasolhatja más, külső szervezet igénybevételét (pl.: együttműködő civil szervezet, egészségügyi szakellátó hely).
- Önálló álláskereső (amennyiben az ügyfél életvezetési problémái a tanácsadás hatására oldódtak, az ügyfél motivált az álláskeresőre, rendelkezik az elhelyezkedéshez szükséges képzettséggel és képességekkel.).

### Foglalkozás-egészségügy

A szervezett munkavégzésbe bekapcsolódók, illetve részvevők számára a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény alapján munkavállalói jog, amellyel kötelezően élni kell, a munkaadók számára egyfajta kötelezettség.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat olyan elsősorban preventív szolgálatot jelent, amelynek feladata egyrészt a munkahelyi megterhelés (fizikai, szellemi, lelki) és a munkakörnyezeti kóroki tényezők (fizikai, kémiai, biológiai, pszichoszociális, ergonómiai) felkutatása, folyamatos ellenőrzése; másrészt javaslattevés ezek egészséget nem károsító szinten tartásának módszereire; harmadrészt a munka adaptálása a munkavállalók képességeihez testi, szellemi és lelki egészségi állapotuknak megfelelően; negyedrészt a munkavállalók egészségének ellenőrzése munkájukkal kapcsolatban.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat működéséről, a munkáltatók és a munkavállalók kötelezettségéről a 89/1995. (VII. 14.) kormányrendelet és annak végrehajtására kiadott 27/1995. (VII. 25.) NM-rendelet rendelkezik.

Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nyújtására a foglalkozás-egészségügyi szolgálat jogosult. A foglalkozás egészségügyi szolgálat az alapszolgálatokból, szakellátó helyekből és az országos szervezetekből áll.

**Foglalkozás egészségügyi alapszolgáltatás** legalább egy orvostól és egy ápolótól áll. Lehetőleg a munkavégzés helyén, vagy annak közelében kell biztosítani, finanszírozása a munkáltatót terheli. Az alapszolgáltatás korszerű szervezeti egysége a foglalkozás-egészségügyi központ, mely alkalmas multidiszciplináris foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásra.

#### FELADATAI:

- Munkaköri alkalmassági vizsgálatok végzése és az ehhez szükséges szakorvosi vizsgálatok kezdeményezése.
- Foglalkozási megbetegedések, fokozott expozíciós esetek kivizsgálása.
- Munkavégzés egészségkárosító hatásainak vizsgálata.
- Egyéni védőeszközökkel kapcsolatos tanácsadás.
- Munkavállalók munkakörülményeivel kapcsolatos felvilágosítás.
- Az 1. alkalmassági csoportba tartozó közúti járművezetők egészségi alkalmassági vizsgálata.

#### A SZOLGÁLAT KÖZREMŰKÖDIK:

- a munkahelyi veszélyforrások feltárásában;
- foglalkozás-egészségügyi, -fiziológiai, -ergonómiai, -higiénés feladatok megoldásában;
- az elsősegélynyújtás és a sürgős orvosi ellátás megszervezésében, az elsősegélynyújtók szakmai felkészítésében;
- a munkáltató katasztrófa-megelőző, -elhárító, -felszámoló és az előidézett károsodások rehabilitációs tervének kidolgozásában.

A szolgálat igénybe veheti a mentőszolgálatot, a szolgálat orvosa járóbeteg-szakellátást nyújtó szakrendelésekre, illetve háziorvosi ellátásra utalhatja a munkavállalót, speciális kórházi ellátást igénylő foglalkozási megbetegedés, vagy annak gyanúja esetén pedig – sürgősséggel vagy előzetes helybiztosítás útján – a Fodor József Országos Közegészségügyi Központ – Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet Fekvőbeteg-osztályára utalhatja a beteget.

A **foglalkozás-egészségügyi szakellátást** megyénként 2-7, a fővárosban 6, országosan mintegy 100 szakhely végzi hetenként mintegy 2000 rendelési órában. A szakhelyen csak üzemorvostan-szakorvos tevékenykedhet, akinek munkáját ápoló segíti.

#### FELADATAI:

- a munkaköri alkalmasság másodfokon történő elbírálására;
- a kézilőfegyverek, lőszerek, gáz- és riasztófegyverek megszerzésével és tartásával kapcsolatos egészségi alkalmasság másodfokon történő elbírálása;
- álláskereső beiskolázás előtti és munkaközvetítés előkészítése keretében történő szakmai alkalmassági vizsgálata;
- közhasznú munka előkészítése érdekében az álláskereső munkaköri alkalmassági vizsgálata;
- szakellátás nyújtása foglalkozási megbetegedéssel vagy annak gyanújával beutaltak számára;



- konzultatív tevékenység más szakterületek orvosai számára a foglalkozási megbetegedések köréből;
- a munkahigiénés tanácsadás az alapszolgálat részére;
- a megyei tisztifőorvos felkérésére közreműködés a foglalkozás-egészségügyi ellátás megszervezésében, valamint a megyei (fővárosi) foglalkozás-egészségügyi szakfőorvos irányításával az alapellátást nyújtó szolgálatok ellenőrzésében;
- a szakképzést folytató intézmények tanulóinak és a felsőoktatási intézmények hallgatóinak külön jogszabály szerinti szakmai alkalmassági vizsgálata;
- a megváltozott munkaképességű álláskereső foglalkoztathatóságával kapcsolatos szakvéleményezés a munkaügyi központok számára.

A foglalkozási rehabilitáció folyamatában a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok és a szakellátó helyek feladatai különböznek egymástól. Az alapszolgálatok a munkaviszonyban lévő megváltozott munkaképességű, a szakellátó helyek pedig az álláskereső megváltozott munkaképességűek munkába állításában működnek közre.. A munkaügyi központ szerződést köt a 43/1999. (III. 03.) kormányrendeletnek megfelelő helyszínen működő foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyekkel az alábbi vizsgálatok elvégzésére:

- szakmai alkalmassági vizsgálat munkaközvetítés előkészítése keretében;
- szakmai alkalmassági vizsgálat beiskolázás előkészítése keretében;
- munkaköri alkalmassági vizsgálat közhasznú munkavégzés előkészítése érdekében;
- foglalkoztathatóság szakvéleményezése. (...)

A munkaköri és szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) számú NM-rendelet az alábbi módon határozza meg az orvosi vizsgálatok formáit:

*Szakmai alkalmassági vizsgálat:* a szakma elsajátításának megkezdését megelőző, illetőleg a képzés és az átképzés időszakában az alkalmasság véleményezése érdekében végzett orvosi vizsgálat.

*Munkaköri alkalmassági vizsgálat* annak megállapítása, hogy egy meghatározott munkakörben és munkahelyen végzett tevékenység által okozott megterhelés a vizsgált személy számára milyen igénybevételt jelent és annak képes-e megfelelni.

*Foglalkoztathatóság szakvéleményezése:* annak megállapítása, hogy a vizsgált személy megváltozott munkaképessége mennyiben befolyásolja a munkavégzését különböző foglalkozásokban.

Előzetes szakmai alkalmassági vizsgálaton vesz részt az álláskereső a munkaügyi központ kezdeményezésére közvetítést, illetve az általa támogatott foglalkozást elősegítő képzést megelőzően. A vizsgálat eredménye lehet: alkalmas, ideiglenesen nem alkalmas, és nem alkalmas. A közvetítést megelőző vizsgálaton kívül az álláskereső további vizsgálatra nem kötelezhető.



Foglalkozás-egészségügyi szakvéleményt kell beszerezni, ha a munkaközvetítés, képzésben történő részvétel, továbbá közhasznú munkavégzés előkészítése során az álláskereső munkaköri vagy szakmai alkalmassága vitatott, vagy annak véleményeztetését a foglalkoztatóval vagy a képző szervezettel történt megállapodás alapján a munkaügyi központ vállalta.

A foglalkoztathatóság véleményezése során a foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa a megváltozott munkaképességű álláskereső vizsgálata, az egészségi állapotára vonatkozó dokumentumok tanulmányozása, szükség esetén kiegészítő szakvizsgálatok alapján meghatározza a foglalkoztatási korlátozásait. A foglalkoztathatósági vizsgálat során a vizsgálatokat végző orvos minősíti az álláskereső munkahely-megtartási esélyeit (csökkentek, nem csökkentek), továbbá számba veszi a foglalkoztatási korlátozásokat (korlátozó, kizáró) és a foglalkoztathatóságról szakvéleményt ad (foglalkoztatható, ideiglenesen nem foglalkoztatható, egészségi állapotának megfelelő munkafeltételeket biztosító munkahelyen foglalkoztatható, nem foglalkoztatható). (...)

A foglalkozás korlátozásainak leírása egységes lista alapján történik, melyen külön pontokban szerepelnek:

- az érzékszervekre és a beszélőkészségre,
- a testhelyzetekre és a helyváltoztató mozgásokra;
- a fizikai munka nehézségi fokára;
- a munkakörnyezet kóroki tényezőire;
- egyéb tényezőkre (munkaidő, munkarend) vonatkozó foglalkoztatási korlátok.

A foglalkozás egészségügyi orvos a foglalkoztatási korlátokat rögzíti a „Foglalkozás-egészségügyi szakvélemény a foglalkoztathatóságról” dokumentumon, melyet a munkaügyi szervezet részére továbbít, másolatát a dokumentációban megőrzi.. E válasz nyomtatványon a korlátozások kizáró vagy korlátozó tényezőként jelennek meg.. A foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely által a foglalkoztathatóságról adott szakvélemény és az egyes foglalkozások adatainak összevetését a munkaügyi szervezet szakemberei végzik. Ennek alapján eldöntik, hogy a rendelkezésre álló foglalkoztatási lehetőség az illető számára megfelelő-e, illetve átképzése milyen foglalkozásokra javasolható.

**Kizáró ok:** A munkavállaló nem alkalmas az adott munkakör ellátására, mert a munkavégzés során és/vagy a munkakörnyezetből olyan hatás éri, mely számára megengedhetetlen igénybevételt jelent, egészségét károsítja.

**Korlátozó tényezők:** A munkavállaló nem alkalmas a munkavégzésre, hanem az egészségi állapotának függvényében mérlegelni kell a munkavégzésből és a munkakörnyezetből eredő megterheléseket.

Foglalkozások egészségügyi tényezői című kiadvány, illetve szoftver foglalkozásonként rögzíti, hogy mely egészségi korlátozásokkal rendelkező egyén nem alkalmas az adott foglalkozásban történő munkavégzésre.

- A munkakörök leírása két részből áll:
1. A munkakörök bemutatása, különös tekintettel a fizikai tevékenységekre és a munkakörülményekre.
  2. A munkavégzést akadályozó állapotok, fizikai és lelki tényezők, amelyek kizárják, illetve korlátozzák a munkavégzést.

Az „Orvosi útmutató a szakmai és munkaköri alkalmasság véleményezéséhez és a pályaválasztási tanácsadáshoz” című kiadvány az Országos Képzési Jegyzékben is felsorolt, az állam által elismert szakképesítések részletes leírása (munka jellege, munkafolyamat leírása, pszichikai követelmények, egészségre ártalmas tényezők, baleseti lehetőségek) mellett tartalmazza az adott szakmára vonatkozó szakmai alkalmasságot kizáró egészségi okokat, elváltozásokat. E kiadvány segítséget nyújt annak eldöntésében, hogy a korlátozásokkal rendelkező személy foglalkoztatása kizárt vagy kétséges az adott szakmában. A szakmastruktúra, továbbá bizonyos szakmák egészségügyi követelményeinek változásával a kiadvány korszerűsítése, bővítése indokoltá vált.

### **Rehabilitációs tanácsadás**

Ez a tanácsadási forma az egészségi okokkal – veleszületett vagy szerzett – összefüggő munkaképesség változással kapcsolatos foglalkozási rehabilitáció lehetőségét veszi számba, további szolgáltatásokat von be, az ügyfeleket továbbirányítja olyan szervezetekhez, intézményekhez, amely a munka világába való bekerülést, visszatalálást segítheti elő. A tanácsadói beszélgetés során a tanácskérő egészségi állapotának megfelelő speciális ismeretekre és mélyebb önismertetre tesz szert, személyes problémái tisztázásával reális képet alkothat munkapiaci kilátásairól. Érdeklődésének, megmaradt képességeinek feltárásával képessé válik saját értékeivel kapcsolatban valóságos ítéletet alkotni, és egyéni munkavállalási tervet tud kidolgozni és megvalósítani.

### **JOGSZABÁLYI HÁTTÉR**

A foglalkozási rehabilitáció a munkaerő-piaci szervezet tevékenységi körébe történő illesztése 1997. évtől kezdődött. Majd a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény módosítása előírta, hogy 1998. január 1-jétől a megyei munkaügyi központokban rehabilitációs munkacsoportok kezdjék meg működésüket. A 11/1998. MüM-rendelet hatályba lépésével szabályozottá vált a munkaügyi központok foglalkozási rehabilitációs eljárása és egyes támogatások. A 2000. február 1-jei hatályba lépő 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelettel meghatározásra került hogy a munkaerő-piaci szervezet milyen szolgáltatásokkal segítheti az ügyfelek munkához jutását. E rendelet szabályozza a szolgáltatások részletes körét, időtartamát, továbbá az ezek nyújtásával kapcsolatos alapvető szakmai követelményeket, valamint hogy a szolgáltatásban részesülő a szolgáltatás igénybevétele alatt milyen ellátásban részesülhet.

## SZEMÉLYI FELTÉTELEK

Milyen végzettséggel lehet rehabilitációs tanácsadást nyújtani?

A munkaerőpiaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról szóló 30/2000. (IX. 15.) GM-rendelet (...) melléklete alapján (...) <sup>3</sup>

## TÁRGYI FELTÉTELEK

A tanácsadás nélkülözhetetlen feltétele olyan szoba, iroda rendelkezésre állása, amelyben a tanácsadói beszélgetés minden zavaró forrás kiiktatásával, intim körülmények között lefolytatható. A régió munkaügyi központjainak és kirendeltségeinek fizikai akadálymentesítése nagyrészt megvalósult, a Rehabilitációs Információs Centrumokban az információs tér berendezésénél figyelembe vettük a bútorok, asztalok, számítógépek kerekesszékekkel történő megközelíthetőségét. Vakok igényeit szolgálja az információs centrumokban található szkennerek, hordozható számítógépek és az ezekre telepített szoftverek. Az írásos anyagok hanganyag formájában történő feldolgozását segítik a karakterfelismerő szoftverek, továbbá a JAWS szoftverek. A gyengénlátó ügyfelek számára rendelkezésre áll a képernyőnagyító Zoom text program, illetve az írott információt nagyító hordozható Prisma olvasókészülék. A munkaügyi központ szolgáltatásairól, támogatási rendszeréről készített szórólapok elkészítésénél figyelembe vettünk a vakok és gyengénlátók eltérő igényeit. Tanácsadóink hallássérült ügyfeleinkkel történő folyamatos kapcsolattartását segítik elő a fax készülékek és az SMS küldő készülékek. Az indukciós hurokerősítő, és az indukciós párnák a kommunikáció megkönnyítését szolgálják tanácsadás, csoportos tájékoztatás illetve ügyintézés során. A RIC információs terében jól ol-

3 Hatályos szöveg.

b) munka-, pálya-, rehabilitációs tanácsadás nyújtása esetén

1. munkavállalási tanácsadó végzettség, vagy
2. szociálpedagógiai végzettség, vagy
3. szociális munkás végzettség, vagy
4. munka- és pályatanácsadó végzettség, vagy
5. felsőoktatási diáktanácsadó posztgraduális végzettség, vagy
6. tanulási és pályatanácsadó pedagógus végzettség, vagy
7. felsőfokú mentálhigiénés végzettség, vagy
8. pályaorientációs tanár, vagy
9. pszichológus végzettség, vagy
10. tanácsadó szakpszichológus végzettség, munka- és pályatanácsadó specializációval, vagy
11. munka- és szervezetszociológiai szakpszichológus végzettség, vagy
12. szociális menedzser, vagy
13. szociológus, vagy
14. szociális szervező, vagy
15. jogász, vagy
16. andragógus, vagy
17. személyügyi szervező, vagy
18. szociálpolitikus, vagy
19. gyógypedagógus, vagy
20. bármilyen szakos tanár, vagy
21. igazgatásszervező

vasható feliratok és piktogramok segítik az értelmi fogyatékosággal élő emberek könnyebb tájékozódását. Szórányanyagaink közérthető, egyszerű és tömör megfogalmazással készültek részükre.

### AZ ÜGYFÉL ÚTJA A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÓHOZ

Az ügyfél több úton kerülhet rehabilitációs tanácsadóhoz.

- állásközvetítő
- pszichológus
- munkavállalási tanácsadó
- képzési ügyintéző
- Állásközvetítő Klub munkatársa
- FIT és RIC munkatársa küldheti,
- önállóan is jelentkezhethet

### A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÁS HELYSZÍNEI:

A munkaügyi központ központi szervezeti egységei:

- - Humánszolgáltatási, Szolgáltatási Osztályai
- - Foglalkozási Információs Tanácsadó
- - Rehabilitációs Információs Centrum
- - Pszichológiai szakszolgálat
- - Álláskereső Klub
- A munkaügyi központ kirendeltségei.
- Külső szolgálatok.

### A REHABILITÁCIÓS TANÁCSADÁS ALANYA:

Rehabilitációs tanácsadásban bárki részesülhet -hozzájárul adatainak nyilván-  
tartásba vételéhez-, aki

- egészségkárosodása miatt nem érzi magát teljes értékű embernek, tanács-  
talan, nem tudja megfogalmazni céljait, nincs jövőképe,
- nem tudja, hogy aktuális élethelyzete megoldásához hol és milyen segítséget  
kaphat,
- nincs szakmája, szakképesítése, és szeretne egészségi állapotának megfelelő  
pályát választani,
- megváltozott munkaképessége miatt szakmájában nem tud elhelyezkedni,  
vagy alacsony iskolai végzettségű és nem tudja milyen foglalkozás irányába  
induljon el,
- foglalkoztatást elősegítő támogatásra közvetítenék ki, de bizonytalanság me-  
rül fel munkahely-megtartó képességükben.

## A szociális és munkaügyi szolgáltatások integrált modelljének kidolgozása<sup>1</sup>

### SZMI HEFOP 2.2.2 központi program<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kapocs 2007. különszám: 86-94.

<sup>2</sup> A program 2006 júniusában indult az NCSSZI, majd jogutódja, az SZMI, valamint a Foglalkoztatási Hivatal, majd jogutódja, a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal gondozásában Társadalmi befogadás elősegítése a szociális területen dolgozó szakemberek képzésével, valamint a szociális és munkaügyi szolgáltatások együttműködési modelljének kidolgozásával néven, és 2008. május 31-én zárul. Beszámolóinkban a program B komponensének keretében végzett munkánkat mutatjuk be. A „B” komponens a szociális és munkaügyi szolgáltatások együttműködési modelljének kidolgozásával a szolgáltatások, támogatások, ellátások integrációjának megvalósítására törekedett. A programhoz kapcsolódóan a HEFOP Irányító Hatósága pályázat keretében hét modellkísérleti helyszínt választott ki, az általunk kidolgozott eszközök modellezésére (Berettyóújfalu – Sorsfordító projekt, Cegléd – KRESZ projekt, Dombóvár – Egy nyelvet beszélünk projekt, Szolnok – Interaktív 2007 projekt, Siklós – Az inaktív emberek mozgósítása projekt, Nyíregyháza – Ajtó projekt, Integrációs modell Kaposvár kistérségében projekt). A modellezés 2007. január 1. és december 31. között valósult meg. A HEFOP 2.2.2. központi program „A” komponens átfogó célkitűzése az aktív korú, nem foglalkoztatott népesség aktiválására irányuló szolgáltatások hatékonyságának javítását, a szociális területen tevékenykedő szakemberek és önkéntesek kompetenciáinak fejlesztését, együttműködési készségeik javítását, valamint a szolgáltatások fejlesztéséhez és az ügyfelek hatékony segítéséhez szükséges képességek fejlesztését szolgáló, 6 órás, általános, és az azt követő 30 órás speciális modulból álló akkreditált képzési program, melyet összesen 1111 szakember végzett el sikeresen.. A képzés tapasztalatairól 2008. március végére összefoglaló kiadvány készül.

## Tartalom

A szociális és a foglalkoztatási szolgáltatások szervezeti kapcsolatai az EU egyes országaiban	194
A HEFOP 2.2.2. program közvetlen célkitűzései	197
A szolgáltatási folyamat elemei	198
További eszközök az integrált szolgáltatásnyújtás támogatására	201

A foglalkoztathatóság, illetve annak javítása az EU által 1997-ben kidolgozott első foglalkoztatási irányvonalakban megjelent fogalom, amely alapvetően a munkaerőpiac kínálati oldalának növelését jelenti. A munkaerő-tartalék értékét az éppen aktuális munkaerő-piaci hasznosíthatósága adja, aminek alapja az egyén foglalkoztathatósága. A foglalkoztathatóság javítását tehát egyrészt ahhoz a jelenlegi vagy jövőbeni piaci igényhez kell igazítani, amely keresletet támaszt a munkanélküli iránt, másrészt ahhoz, hogy a befektetett tőke megtérüljön, az eszközöket az egyénre kell szabni.

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv egyik fő célja – megfelelően az európai foglalkoztatási célkitűzéseknek – a foglalkoztathatóság javítása. Ennek érdekében a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) második prioritása az alkalmazkodóképesség javítását helyezi középpontba, mert a kormány úgy véli, hogy a gazdaság és a munkaerőpiac változása folyamatos alkalmazkodást kíván meg a munkavállalóktól és a vállalkozásoktól egyaránt.

## A szociális és a foglalkoztatási szolgáltatások szervezeti kapcsolatai az EU egyes országaiban

Az Európai Unió számos országában az elmúlt években jelezték a jelentős és radikális reformokat hajtottak végre a meglévő szociális, illetve foglalkoztatási ellátó rendszerek átalakítása érdekében.

E reformok okai, céljai és eszközei között számos közös elem található.

A gazdaság nem megfelelő versenyképessége miatt (is) tartósan magas munkanélküliségi/inaktivitási ráta alakult ki, a korábbi foglalkoztatáspolitikai eszközök önmagukban ennek korrigálására alkalmatlannak bizonyultak. Jelentős társadalmi és intézményi feszültségek alakultak ki a szociális és foglalkoztatási eszközök határmezsgyéjén élők tömeges és tartós jelenléte miatt, az intézmények diszfunkcionális működése nem nyújtott kielégítő perspektívát a kialakult helyzet megváltoztatására.

A gazdaság versenyképességének növelése és a társadalmi feszültségek (és passzív kiadások) csökkentése érdekében teret nyert a „segély helyett munkát” politikák létjogosultsága, az inaktívvá válás lehető megelőzése, visszafordítása. Széles körben elterjedt az a felismerés – látván a kialakult intézmények, eszközök hatékonyságának elégtelenségét –, hogy az eddigi korrekciós támogatási rendszerek túlbonyolítottak, összehangolatlanok, nem elég célirányosak, miközben jelentős forrásokat emésztene fel, sokszor elvesz maga a problémamegoldás, az ügyfél a pénzbeli transferek és a jóléti szolgáltatások hálójába kerül, vagy éppen el sem jut ezekhez az eszközökhöz.

A fentiek megváltoztatása érdekében számos átfogó reformkísérlet indult, melyek jelentősen érintették a szociális és a foglalkoztatási szolgáltatások szervezeti kapcsolatait is:



A hagyományos munkaerő-piaci eszközök mellett, azokkal lehetőleg összehangolva, egyre nagyobb teret nyernek a speciális hátrányokkal rendelkezők integrációjára irányuló szolgáltatások.

Amennyire lehet, megpróbálják a szociális és foglalkoztatási pénzügyi transzferek rendszereit (a hozzájárulás feltételeit, eljárásait, összegeit stb.) összehangolni. Az összehangoltabb, egyszerűbb és költséghatékonyabb megoldások érdekében számos országban új, kombinált szervezeti, szolgáltatói formákat hoztak létre az ilyen problémákkal küzdők kiszolgálása érdekében.

Ennek keretében:

- átszervezik a szociális és foglalkoztatáspolitikai irányítási, szervezeti rendszereket
- átalakítják az országos – regionális – helyi szintek közötti feladatmegosztást
- helyi (kistérségi) szinten megpróbálnak „egyablakos” ügyintézési megoldásokat kialakítani
- a döntési szinteken megújítják az állami és társadalmi szereplők együttműködését szolgáló szervezeti formákat
- a végrehajtás szintjén a korábbinál nagyobb mértékben alkalmazzák a piaci, nonprofit szereplőkkel történő kiszervezés eszközét stb.

A különféle válaszok hangsúlyozták továbbá, hogy az aktív integrációra irányuló megközelítés sikeres alkalmazása a különféle elemek közötti együttműködésen múlik. A megfelelő jövedelemtámogatást munkaerő-piaci lehetőségekkel és jó minőségű szolgáltatásokhoz való könnyebb hozzáféréssel kell kombinálni.

A társadalmi integráció és a munkaerő-piaci részvétel nem válik el egymástól. A fenntartható munkaerő-piaci integrációhoz a hátrányos helyzetűeknek először megfelelő forrásokat, személyre szóló foglalkoztatási és szociális szolgáltatásokat nyújtó támogatásra van szükségük társadalmi részvételük és foglalkoztathatóságuk erősítésére. Ha sikerül elhelyezkedniük, elő kell segíteni a munkahely megőrzését annak érdekében, hogy a munkavállaló ne kényszerüljön állása feladására nem megfelelő munkavállalói készségei miatt, vagy azért, mert nem tudja sikerrel venni a személyes és társadalmi akadályokat. Emellett maga a munkahely sem garantálja a szegénység elleni védelmet, mivel Európában a munkavállalók 8%-át fenyegeti szegénység: ez megmagyarázza, hogy a civil társadalmi szervezetek és a szakszervezetek miért sürgetik minőségi munkahelyek létrehozását. A szociális támogatásnak és a szociális szolgálatoknak elő kell mozdítaniuk az egyének munkaerő-piaci beilleszkedését, hogy növeljék jövedelemszerző képességüket, kevésbé legyenek ráutalva az ellátásokra, és mérsékeljék a szegénység generációkon keresztül továbbélésének veszélyét.

A hazai törekvések is az EU alapgondolataira támaszkodtak akkor, mikor a megfogalmazták a szociális és munkaügyi eszközök összehangolásának szükségességét, és az együttműködési protokoll, az „ügymenetmodell” kialakításának igényét.

Ezen akarat lépéseként készült el a haza pilot projekt az integrált szolgáltatásnyújtás kereteinek, folyamatának, eszközeinek meghatározására. A HEFOP 2.2.2. program célja a foglalkoztathatóság fejlesztése érdekében az integrált szolgáltatásnyújtás kialakításához, működtetéséhez szükséges szervezeti kapcsolatok (különböző településszerkezet melletti) modellezése.

Magyarországon az alacsony foglalkoztatással párosuló viszonylag alacsony munkanélküli-ség mellett jelentős – közel félmillió – azoknak az embereknek a száma, akik nem keresnek aktívan állást. Jelentősek a területi különbségek a munkaerő-keresleti és – kínálati oldalon egyaránt. Ezeknek az embereknek jelentős része nem jut el a munkaügyi kirendeltségekig, de nagy valószínűséggel jelen vannak ellátottként a szociális ellátórendszerben (segélyezettként, adósságkezelési program tagjaként stb.).

A kilencvenes évek elejétől a foglalkoztatáspolitikai középpontjában alapvetően a munkanélküliség – a munkanélküli-ellátás szigorítása és mértékének csökkentése –, és nem a foglalkoztatás bővítése állt. A munkanélküliek ellátására nem jogosultak meg sem jelennek a regisztrált munkanélküliek körében, illetve az ellátásra jogosultak jelentős része ellátásának megszűnése után nem vállalva a további – Ft-ben szabályozott – együttműködést az ÁFSZ kirendeltségeivel, rövid időn belül eltűnik a szolgálat látóköréből.

Ezt az inaktív réteget a szociális terület sem tudja megszólítani, részükre szükségletspecifikus szolgáltatásokat kell nyújtani, ugyanakkor a szolgáltatások kevésbé a rászorulóknak szükségleteitől, sokkal inkább a szolgáltatók lehetőségeitől függenek.

Így „elkallódnak” azok, akik leginkább rászorulnak a célzott és összehangolt segítségre. Ugyan megfogalmazódik az ágazati filozófia szintjén a társadalmi integráció igénye, ám anélkül, hogy a munkaerő-piaci integráció kérdésével komolyabban foglalkozna a szakma.

A célcsoport szintjén a háttérelemzések felhívták a figyelmet arra, hogy a munkaerőpiacon kívül rekedt, a szociális ellátórendszer számára is nehezen megközelíthető aktív korú inaktívak többszörös, illetve specifikus hátránnyal küzdenek: nehezen elérhetők, nehezen szólíthatók meg. Sokféle speciális szükséglettel bírnak. Mind munkaügyi, mind pedig szociális – és egyéb – szolgáltatásra, segítségre, támogatásra lenne szükségük.

A munkanélküliek közül – a jelen jogszabályi környezetben – a munkaügyi szervezet a motivált álláskeresőkkal tud foglalkozni, humánszolgáltatásokat is csak számukra tud felajánlani, tehát azok számára, akik önjáróan és célirányosan tudják használni ezt a rendszert.

A munkaerő-piaci szolgáltatásokra kiszereződött nonprofit szervezetek rendelkeznek ugyan szakmai kondíciókkal, azonban kapacitásuk szűk, bár az ellátottakkal való teljes körű segítő munka egy része hárul rájuk, ám ezzel együtt sem képesek nagyobb ügyfélkört ellátni. Szakmailag kontrollálatlanok, s területileg nagyon egyenetlen a lefedettség.

A családsegítőkkel nagy létszámú inaktív, hátrányos helyzetű munkanélküli személy kerül kötelezően kapcsolatba a beilleszkedési program keretében, itt viszont hiányzik a szakszerű munkaerő-piaci reintegrációt elősegítő felkészült-

ség és infrastruktúra (illetve az ezzel való integrált együttműködés). A munkaerő-piaci kapcsolódás, a foglalkoztatás bővítését célzó aktív eszközök ismeretének hiánya a reintegrációt segítő munkát beszűkíti, jellemzőbbé válik a helyzetet tartósító gondozási munka.

A program környezetének elemzése egyértelművé tette, hogy a központi programnak az inaktív réteg „mozgósítása” és aktívabb társadalmi-gazdasági részvételének megteremtése érdekében egy olyan modell mentén kell működni, amely elkerülhetetlenné teszi a szociális és munkaügyi intézményrendszer integrált együttműködését. Az aktív korú, nem foglalkoztatottak legalább félmillió társadalmi csoportjának elérése, bevonása, társadalmi befogadásuk erősítése jelenti azt a kihívást, amelyet a foglalkoztathatóságuk javításával és a humán ágazatok e célcsoportokra irányuló eszközeinek integrálásával lehet csak eredményesen megvalósítani. Ezen az úton az első lépések egyike a munkaügyi és a szociális szolgáltatások összehangolása. Ezt a lépést azonban szinte azonnal módosítottuk is, és a program elnevezésével szemben már nem csupán a szolgáltatások, hanem a teljes, a munkaügyi és a szociális intézmények, valamint a települési önkormányzatok rendelkezésére álló eszközrendszer összehangolására törekedtünk.

## A HEFOP 2.2.2. program közvetlen célkitűzései

A szociális és munkaügyi ágazat helyi szervezetei alakítsanak ki tervszerű együttműködést a szociális és munkaügyi szolgáltatások, ellátások és támogatások összehangolása érdekében.

Az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatások a célcsoport tagjainak tényleges szükségleteire szerveződjenek. A szociális és munkaügyi ágazat helyi szervezeteinek tervszerű együttműködése, amelynek során megtörténik a meglévő szociális és munkaügyi szolgáltatások, ellátások, támogatások összehangolása és összehangolt működtetése, valamint a célcsoport tényleges szükségleteire szerveződve új komplex szolgáltatások kialakítása és elérhetővé tétele a célcsoport valamennyi tagja számára a foglalkoztathatóságuk javítása érdekében.

Az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatás – az integrált szolgáltatásnyújtás modellkísérleti programjában – a szociális és munkaügyi szolgáltatások összehangolását, valamint új komplex szolgáltatás(ok) kialakítását jelenti, nem szervezeti integrációt.

A szociális és munkaügyi ágazat helyi szervezeteinek integrált együttműködése megköveteli egymás „nyelvének” elsajátítását, a közös munkakultúrát, a koordinációt – a hatósági tevékenység, a jogalkotás, a tervezés, az értékelés, az ellenőrzés területein –, az együttműködéshez szükséges eszközök, módszerek, eljárások, valamint közös stratégia és közös szabályozás kialakítását.

A hátrányos helyzetű célcsoport foglalkoztathatósága növekedjen.

A hét modellhelyszínen folyó munka támogatására a protokollok, a foglalkoztathatóság javításához szükséges eszközök, módszerek kifejlesztése megtörtént.

Elkészült a folyamatot szabályozó ügymenetmodell. Az ügymenetmodell általában és tág értelemben az érdemi ügyintézésnek és ügyviteli tevékenységnek – feladatainak, elmeinek – optimálisan rendezett, egymásra épülő, összefüggő sorozatát jelenti. Meghatározza azt, hogy milyen feladatokat kell végrehajtani, milyen sorrendben, továbbá taglalhatja, hogy mely munkakörök által, és milyen korlátozó feltételek mellett. Tartalmazhatja a munkafolyamatba beépített segédleteket, iratmintákat, technikai fejlesztéseket és az ügyintézés támogató szoftvereket is.

Az ügymenetmodell kimunkálása a sztenderdizálás egyik eszköze is, amely biztosítja a lehetőségét annak, hogy azonos szakmai követelmények szerint valósuljon meg különböző helyszíneken a szabályozott folyamat, az ügymenet. Az ügymenetmodell folyamatábraszerűen is megrajzolható, folyamatábrába foglalása a munka menetét átláthatóvá teszi, megmutatja az ügymenet mozzanatainak sorrendjét, a résztvevők szerepét, kapcsolatát és a lépések összefüggéseit, segít áttekinteni a rendszer elemeit, azok működését, valamint segíti a folyamatok dokumentálását, szabványosítását, szabályozását.

A szociális és munkaügyi szolgáltatások integrált szolgáltatási ügymenetmodellje az alábbi elemeket építette egymásra épülő rendszerbe, és foglalta egy folyamatábrába: szükségletfelmérés, szolgáltatási terv, kommunikációs terv, felkutatás-elérés, tájékoztatás, bevonás, kiválasztás, diagnóziskészítés, egyéni fejlesztés.<sup>3</sup>

## A szolgáltatási folyamat elemei

Az integrált szolgáltatásnyújtás első, megalapozó lépése a szükségletfelmérés. Azt a hosszabb-rövidebb tanulmányban összegzett felmérést jelenti, amellyel megalapozzuk a projektben kitűzött céljainkat és a célok elérése érdekében tervezett tevékenységeket, valamint a megvalósításukhoz szükséges erőforrásokat. Fel kell tárni a projekt céljainak megvalósítását segítő és gátló belső-külső környezetet, valamint a célcsoportnak a projekt céljaihoz kapcsolódó jellemzőit, szokásait, elvárásait stb.

3 Az egyéni szükségletfelmérés gyakorlatát szinte minden megvizsgált külföldi ország rendszerében megtaláltuk. Az egyéni szükségletfelmérés egyik legáltalánosabban elterjedt külföldi példája az úgynevezett RAI standardizált rendszer. Ez az értékelési rendszer bizonyos algoritmusok alkalmazásával az egyéneket olyan kategóriákba sorolja, amelyek az adott csoport valószínűsíthető szolgáltatási igénybevételének relatív költségét tükrözik. Ezt a rendszert követve néhány hazai fejlesztési folyamat is elindult. Többek között létrejött a Homogén Gondozási Csoportok kialakításának munkacsoportja és a Szociális és Munkaügyi Minisztérium megbízásából tevékenykedő rászorultsági munkacsoport. E törekvések eredménye, hogy a 2008. január elsejétől hatályba lépő jogszabályokban megjelenik az ápolási szükségletek felmérésének szükségessége, amelyet az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) hatáskörébe utal a jogszabály. Ezekre az elindult folyamatokra lehet építeni az egyéni szükségletek felmérésének rendszerét. A nemzetközi tapasztalatokat és a hazai fejlesztési irányokat figyelembe véve olyan rendszer kialakítása javasolható, amely egyértelműen, a különféle érdekeltektől (szolgáltatóktól, fenntartótól stb.) függetlenül mérni tudja a valósszolgáltatási szükségleteket.

A kialakítás további lépései között a szolgáltatási terv az a dokumentum, amely bemutatja és megalapozza a tervezett szolgáltatásnyújtást, annak feltételeit és a megvalósítás módját, illeszkedve az elérendő célokhoz, a várható eredményekhez és a várható hatáshoz. A szolgáltatási terv tartalmazza a szolgáltatással elérni kívánt célcsoport(ok) jellemzésén keresztül a támogatások, ellátások és szolgáltatások iránti igényeket, melyhez információt szolgáltat a szükségletfelmérés. A szolgáltatási terv tartalmazza továbbá – a projekt vagy a szolgáltatás céljainak megfelelően – a meglévő ellátási, szolgáltatási rendszer helyi sajátosságait, különbségeit, hibáit, hiányosságait, az ellátással le nem fedett élethelyzeteket, a ki nem elégített szolgáltatások iránti igényeket a szolgáltatásnyújtás helyszínén.

A szolgáltatási terv készítése során az integrált szolgáltatás nyújtás modellkísérleti programjában részt vevő szolgáltatásnyújtók feladata volt az is, hogy tervezzenek meg, és próbáljanak ki megvalósítható új szolgáltatás(oka)t, és/vagy tegyenek javaslatot azok későbbi bevezetésére, szükség szerint a jogi környezet kialakítására/módosítására. A javaslatban az új szolgáltatás(ok) létrehozáshoz, kiépítéshez szükséges erőforrásokat, a szükséges kapacitást is szükséges volt megtervezni (erőforrások számbavétele, fejlesztések becsült költsége, fejlesztési feladatok ütemezése, felelősök, együttműködési formák meghatározása, bemutatása).

A célcsoport elérését s megszólítását, továbbá a nyilvánosság tájékoztatását alapozza meg a kommunikációs terv, amely bemutatja a tervezett szolgáltatással vagy program tájékoztatással kapcsolatos célokat, stratégiát, tevékenységeket, módszereket, eszközöket, költségeket, valamint a szükséges erőforrásokat és a megvalósítás időbeni ütemezését. A kommunikációs terv tartalmazza a megcélzott közönségnek az átadni kívánt információkat, a kommunikációs eszközöket, valamint az elvárt hatásokat, eredményeket.

A hatékony elérés, megszólítás és tájékoztatás érdekében a kommunikációs terv tartalmazza a célcsoport felkutatásának eszközeit, módszereit, valamint azt, hogy hol találhatjuk meg a célcsoportot, milyen szolgáltatókon, információhordozókon keresztül, hogyan szólíthatók meg, hogyan juttatható el részükre az információ.

A felkutatás, elérés alapvetően a szociális munkában alkalmazott, tervszerű, kezdeményező, aktív tevékenység, amelynek során a szolgáltatók/intézmények munkatársai tudomást szereznek azokról a személyekről – és eljutnak hozzájuk –, akik eddig nem kerültek látóterükbe, akik nem keresték a kapcsolatot, pedig élethelyzetük, körülményeik alapján ellátásra, gondozásra, valamilyen szolgáltatásra, támogatásra szorulnak.

A bevonás olyan kapcsolatépítő tevékenység, amelyet a szolgáltatásnyújtók kezdeményeznek a célcsoport irányába, annak érdekében, hogy segítsék a potenciális ügyfeleket a szolgáltatás és a szolgáltatásnyújtók iránti bizalmi viszony kialakításában, önbizalmuk növelésében, és ösztönözzék őket szolgáltatásban való részvételre. A bevonás fontos eleme a bizalom kialakítása, az ügyfél döntésének támogatása (és nem a döntés átvállalása). hogy az álláskereső és a „csak „szociális/egészségügyi ellátást igénylő ügyfelek mellett az inak-



tívak körében jelen vannak azok az emberek is, akik komplex – munkaügyi és szociális – szolgáltatások biztosításával megszólíthatók, elérhetők lennének a munkaerőpiac számára

A folyamat következő lépései a kiválasztással folytatódnak, amelynek során a valamely szolgáltatás vagy projekt potenciális célcsoportjába tartozó vagy jelentkező személyek közül bizonyos, előre felállított szempontrendszer alapján azonosíthatóak azok a személyek, akik a szolgáltatás vagy projekt elsődleges célcsoportját alkotják.

A diagnózis elkészítéséhez adott szempontok a hátrányokat felszínre hozó munkát támogatták, amelyeket az egyéni fejlesztés során kívántak enyhíteni a modellprojektek. A diagnózis készítése az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatás ügymenetmodelljében az a folyamat, amely megalapozza az egyéni fejlesztési és szolgáltatási terv elkészítését, valamint megvalósítását, s amelynek során képet kaphatunk az egyén/ügyfél aktuális helyzetéről és állapotáról. A diagnózis egyfajta értékelési folyamat, amelyben az egyén életútját, önmagáról alkotott képét és a vizsgálatok eredményeit a diagnózist készítő és maga az érintett személy összevetik, és megállapítják, hogy jelen állapotában alkalmas-e, vagy milyen tényezők és szolgáltatások szükségesek ahhoz, hogy hosszabb (és milyen hosszú) távon alkalmassá váljon a munkavállalásra, valamint, hogy mely tényezők akadályozzák, gátolják elhelyezkedését, vagy éppen segíthetik azt.

Az egyéni fejlesztési és szolgáltatási terv elkészítéséhez segítséget nyújt az egyén fejlődését regisztráló „folyamatnapló”, amely arra szolgál, hogy rögzítsük az előrehaladás mérföldköveit, amelyeket folyamatosan, az ügyféllel együtt értékelünk. Az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatásnyújtás folyamatában a diagnózis készítése során felszínre kerülő problémák kezelése érdekében az egyéni fejlesztési és szolgáltatási tervben kerültek meghatározásra azok a tevékenységek, valamint azok a szolgáltatásokat, amelyek megteremtik a fejlesztéshez, a normális működéshez szükséges feltételeket, továbbá a megvalósítás ütemezését, a célok elérését gátló és segítő erőforrásokat, a kockázatok számbevételét, az elért eredményeket.

Az egyéni fejlesztési és szolgáltatási terv elkészítéséért az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatásnyújtás során az esetmenedzser felel. A terv elkészítésében az ügyfél aktívan részt kell, hogy vegyen, nélküle a terv nem készíthető el. Az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatásnyújtásban az esetmenedzser az a személy, aki az ügyfél állapotának (fizikai, mentális, egészségi), és helyzetének (pl. szociális, munkaerő-piaci, lakás) javítása érdekében a kitűzött célok elérését szolgáló erőforrásokat megtervezi, szervezi, irányítja és ellenőrzi.

Az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatásban az ügyfél érdekében az esetmenedzser koordinál a szolgáltatásnyújtókkal, mozgósítja a szolgáltatásnyújtásban és a fejlesztésben érintett szervezeteket, szakembereket, javaslatokat tesz, és részt vesz a rendszer tervezésében, fejlesztésében, ellenőrzi a folyamatot, méri az eredményességet, vizsgálja a hatásokat, a hatékonyságot.

Az egyéni fejlesztési és szolgáltatási tervben a fejlesztési feladatok, tevékenységek, valamint a nyújtandó szolgáltatások meghatározása előtt célszerű

elkészíteni az egyén problémafáját, majd célját, amelyek a projektciklus menedzsmentben, illetve a stratégiai tervezésben használt módszerek. Ezek jól alkalmazhatók az integrált szociális és munkaügyi szolgáltatásokban is, tekintettel arra, hogy az ügyfél fejlesztését is projektnek fogjuk fel.

A problémafa a projektciklus-menedzsmentben lényegében a megoldásra váró gondok feltérképezését segíti, a problémák között fennálló logikai kapcsolatokat jeleníti meg vizuálisan, de egyben a megoldás logikai modelljének a gerincét is körvonalazza.

## További eszközök az integrált szolgáltatásnyújtás támogatására

A projekt keretében kidolgozásra kerül a folyamatot támogató és rögzítő informatikai és ügyviteli rendszer. Az informatikai fejlesztés célja az volt, hogy hatékonyan támogassa a szociális és foglalkoztatási szolgálatok, az önkormányzatok által működtetett integrált szolgáltatások megvalósítását, az adatok átlátható kezelését, a szolgáltatások és a támogatások adminisztrációját.

Elkészül az integrált szolgáltatásnyújtást, annak módszertanát bemutató, leíró kézikönyv, továbbá a szociális és munkaügyi „fogalomtár”, valamint a szolgáltatások-ellátások és támogatások leírását és „költségelemzését” tartalmazó „protokoll”. A protokoll normatív dokumentum, útmutatás, a tevékenységek, szolgáltatások, események rendszerzett listája, a szükséges folyamatok szabályozása, leírása. Tartalmazza a szükséges erőforrások meghatározását, az erőforrásokkal való gazdálkodás módját, a folyamatok dokumentálásának szabályait, a mérhetőség kritériumait, amely által a szolgáltatások összehasonlíthatóvá válnak.

Kidolgozásra és kipróbálásra kerül egyfajta ügyfél-kategorizálási módszerként a profiling.

Profiling a neve az Állami Foglalkoztatási Szolgálatnál alkalmazott ügyfél-kategorizálási rendszernek is, amely magában foglalja – a munkavállalás szempontjából releváns – individuális és szakmai képességek, kompetenciák felmérését (vizsgálatát), és az eredmények szembesítését a térség munkaerőpiacának követelményeivel. A profiling a korai beazonosítás módszere, arra szolgál, hogy statisztikai eszközökkel, majd a közvetítői beszélgetés során az ügyféllel kapcsolatosan szerzett szubjektív szempontokat értékelve kimutassuk, hogy az adott személy nagy valószínűséggel tartós álláskeresővé válik-e, vagy sem. Tulajdonképpen egy kockázatelemezés, amelynél a kockázati faktor azt mutatja meg, hogy az álláskeresőknél, illetve azok egy csoportjánál mekkora a kockázata a tartós álláskeresővé válásnak.

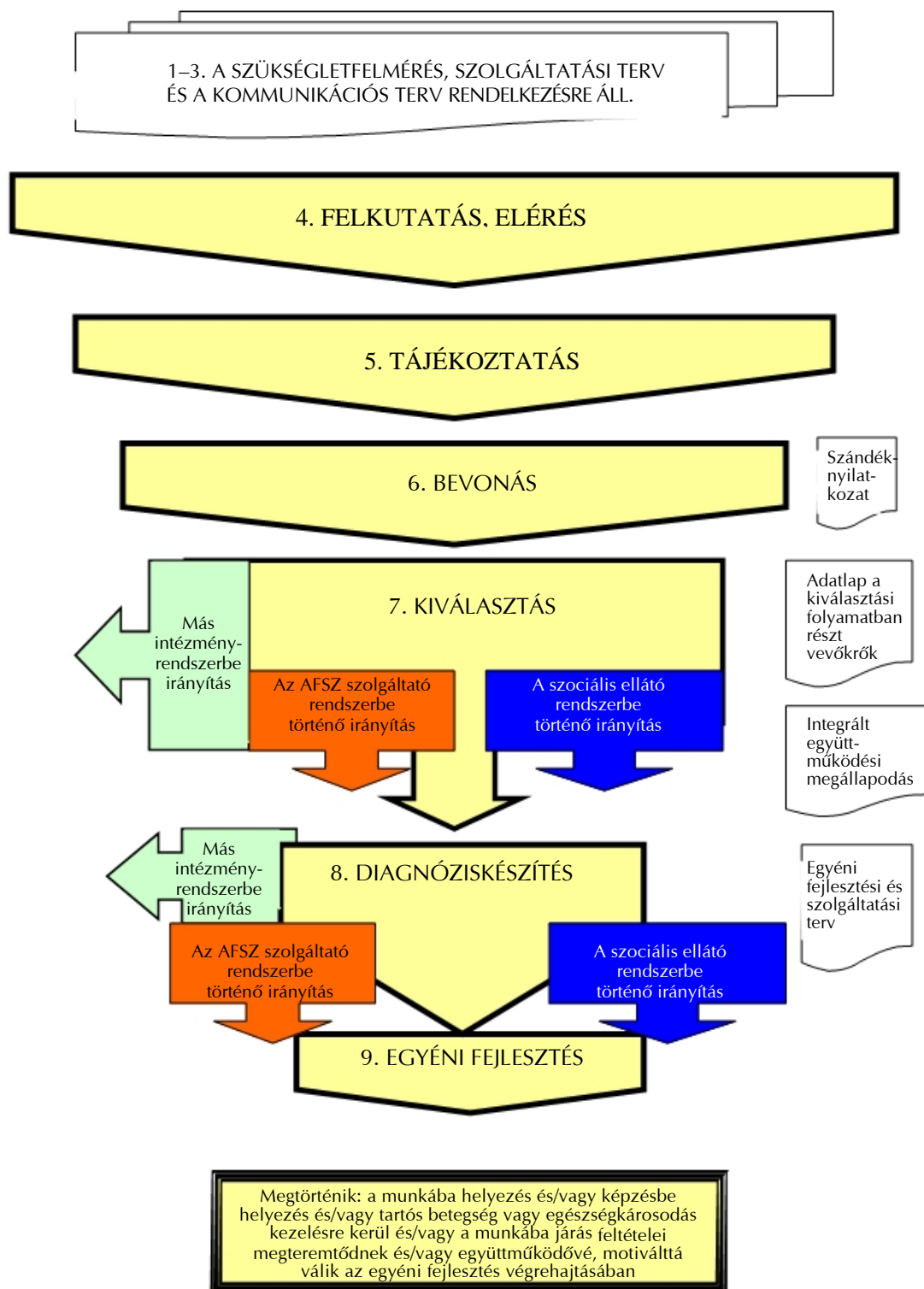
A folyamatleírás, a folyamatokat támogató dokumentumok több módszertani, eljárásbeli, kompetenciahatárokat érintő kérdést vetettek fel.

A projekt egyik alapkérdése az volt, ki lesz az integrált szolgáltatásnyújtás ügyfele. Erre próbált támogatást adni az ügymenetmodell, amely a kimeneteket



is rögzítve azokat a lépéseket vette számba, amiket a szolgáltatásnyújtás során meg kell tenni, mintegy ráirányítva a figyelmet arra, hogy az álláskereső és a „csak „szociális/egészségügyi ellátást igénylő ügyfelek mellett az inaktívak körében jelen vannak azok az emberek is, akik komplex – munkaügyi és szociális – szolgáltatások biztosításával megszólíthatók, elérhetőek lennének a munkaerőpiac számára. (...)

## SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK INTEGRÁLT SZOLGÁLTATÁSI ÜGYMENET MODELLJÉNEK VÁZLATA



Dr. Csiha N.—Horváth A.—Fehér I.:

**A rehabilitációs járadékban részesülő  
személyekkel való együttműködés  
szakmai eljárásrendjéhez kapcsolódó  
módszertani útmutató  
a szociális szolgáltatókkal való együttműködés  
elősegítéséhez**

REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ  
A rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel való együttműködés szakmai eljárásrendjéhez...

## Tartalom

Szociális szolgáltatások	206
1. Szociális alapszolgáltatások	206
Falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás	207
Étkeztetés	207
Házi segítségnyújtás	208
Családsegítés	208
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	209
Közösségi ellátások	210
Támogató szolgáltatás	211
Utcai szociális munka	211
Nappali ellátás	212
2. Szakosított ellátási formák (Szociális törvény IV. fejezetének III. címe)	212
2.1. Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények	213
2.2. További szakosított ellátások bemutatása	214
Ápolást, gondozást nyújtó intézmények	214
Rehabilitációs intézmények	214
Lakóotthonok	214
3. Szociális szolgáltatások engedélyezése, a szolgáltatások igénybevétele, az ezzel kapcsolatos követelmények	215
3.1. A szociális szolgáltatások engedélyezése	215
3.2. Az intézményi jogviszony, az ellátás igénybevételének módja	216
3.3. Az ellátottak szociális intézményen belüli foglalkoztatása	216
3.4. Térítési díj	217

## Szociális szolgáltatások<sup>1</sup>

(...)

A személyes gondoskodás az állam, valamint az önkormányzatok feladata. *Személyes gondoskodás* alatt a szociálisan rászorultak részére nyújtott szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat értjük.

A személyes gondoskodást nyújtó közfeladatot ellátó

- egyházi jogi személy,
- társadalmi szervezet,
- alapítvány,
- közalapítvány,
- közhasznú társaság,
- egyéni vagy társas vállalkozás

a mindenkor hatályos költségvetési törvényben meghatározott normatív állami hozzájárulásra jogosult.<sup>2</sup>

2009. január 1-jétől a támogató szolgálatok és közösségi ellátások működtetéséhez szükséges összeget az állam finanszírozási szerződések útján, pályázati rendszerben biztosítja.<sup>3</sup>

### 1. Szociális alapszolgáltatások

Az alapszolgáltatások megszervezésével a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére *saját otthonukban és lakókönyezetükben önálló életvitelük* fenntartásához, valamint egészségi, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáik megoldásához.

A *szociális rászorultság* vizsgálata a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásnál, valamint támogató szolgáltatásnál történik.

A szociális szolgáltatóknak, illetve intézményeknek *együttműködési kötelezettsége* van az ellátási területén működő szociális, gyermekjóléti-gyermekevédelmi, egészségügyi, oktatási és *munkaügyi szolgáltatókkal*, intézményekkel. Ilyenek különösen

- az otthonápolási szolgálat,
- a pártfogó felügyelői szolgálat,
- fogyatékos személy ellátása esetén a gyógypedagógiai, nevelési szakszolgálatok és a fogyatékos személyek segítő, érdekvédelmi szervezetei,
- pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg esetén a háziorvos és a kezelőorvos.

1 A rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel való együttműködés szakmai eljárásrendjéhez kapcsolódó módszertani útmutató a szociális szolgáltatókkal való együttműködés elősegítéséhez FSZH 2007.

2 188/1999. (XII. 16.) kormányrendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény és a falugondnoki szolgálat működésének engedélyezéséről, továbbá a szociális vállalkozás engedélyezéséről

3 191/2008. (VII. 30.) kormányrendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről

A szolgáltatók *gondozási tervet* készítenek az egyes ellátottak részére nyújtott szolgáltatások formáiról, rendszerességéről, valamint időtartamáról.<sup>4</sup>

### FALUGONDNOKI ÉS TANYAGONDNOKI SZOLGÁLTATÁS

Célja az aprófalvak és a külterületi vagy egyéb belterületi, valamint a tanyasi lakott helyek intézményhiányából eredő hátrányainak enyhítése, az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatáshoz, valamint egyes alapszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása, továbbá az egyéni, közösségi szintű szükségletek teljesítésének segítése.

A falugondnoki szolgáltatást *hatszáz lakosnál kisebb* településen lehet működtetni. Tíz százalékot meg nem haladó lakosságszám növekedés esetében a szolgáltatás tovább működtethető.

A tanyagondnoki szolgáltatás *legalább hetven és legfeljebb négyszáz* lakosságszámú külterületi vagy egyéb belterületi lakott helyen működtethető.

A falugondnoki, illetve tanyagondnoki szolgáltatás esetében a fenntartó önkormányzat *rendeletében* meghatározott, a szociális törvényben rögzített feladatokat látja el. *Társulás keretében* is megszervezhető a falugondnoki, illetve a tanyagondnoki szolgáltatás.

### ÉTKEZTETÉS

Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorultaknak a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről gondoskodnak, akik azt önmaguk, illetve eltartottaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani, különösen

- koruk,
- egészségi állapotuk,
- fogyatékságuk, pszichiátriai betegségük,
- szenvedélybetegségük, vagy
- hajléktalanságuk miatt.

A jogosultsági feltételeket a települési önkormányzat *rendeletben* határozza meg. Jogosultsági feltételként jövedelmi helyzet nem határozható meg.

<sup>4</sup> 1/2000. (I. 7.) SzCsM-rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

## HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Ez az ellátási forma az alapvető gondozás és az alapápolás körébe tartozó feladatokat látja el, segítséget nyújt az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában, valamint preventív szerepet tölt be, mivel segítséget nyújt a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében.

Ha a házi segítségnyújtás során *szakápolási feladatok* ellátása válik szükségessé, a házi segítségnyújtást végző személy kezdeményezi az otthonápolási szolgálat keretében történő ellátást, fennáll a jelzési kötelezettség az otthonápolási szolgálat felé.

A házi segítségnyújtás keretében biztosítani kell

- az alapvető gondozási, ápolási feladatok elvégzését,
- az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakókörnyezete higiénias körülményeinek megtartásában való közreműködést,
- a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, illetve azok elhárításában való segítségnyújtást.

*A települési önkormányzat kötelező feladata a gondozási szükséglettel rendelkező, házi segítségnyújtást igénylő személyek ellátását biztosítani.*

Házi segítségnyújtás igénybevételét megelőzően a *gondozási szükséglet*<sup>5</sup> vizsgálata szükséges két kivétellel:

- ha az idősothtoni ellátást igénylő személy gondozási szüksége a szakvélemény szerint fennáll, de nem haladja meg a napi 4 órát, és az idősothtoni elhelyezést egyéb körülmények sem indokolják. Ebben az esetben a házi segítségnyújtás igénylése során a szociális szakértői szerv szakvéleménye igazolja a gondozási szükségletet,
- ha a szolgáltatást igénylő személy egészségi állapota vagy személyes körülményei a szolgáltatás átmeneti jellegű vagy halaszthatatlan biztosítását teszi szükségessé, a házi segítségnyújtás az intézményvezető döntése alapján legfeljebb három hónapos időtartamra a gondozási szükséglet vizsgálata nélkül is nyújtható.

A házi segítségnyújtást a szakvéleményben meghatározott napi gondozási szükségletnek megfelelő időtartamban, de legfeljebb napi 4 órában nyújtják.

## CSALÁDSEGÍTÉS

A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás. A családok segí-

<sup>5</sup> 340/2007. (XII. 15.) kormányrendelet a személyes gondoskodás igénybevételével kapcsolatos eljárásokban közreműködő szakértőkre, szakértői szervekre vonatkozó részletes szabályokról



tése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő *jelzőrendszer* működik.

A családsegítés keretében az alábbi szolgáltatásokat kötelező biztosítani:

- a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást,
- az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzübeli, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését,
- a családgondozást, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését,
- közösségfejlesztő, valamint egyéni és csoportos terápiás programok szervezését,
- a *tartós munkanélküliek*, a fiatal munkanélküliek, az adósságterhekkel és lakhatási problémákkal küzdők, a *fogyatékossgal élők*, a *krónikus betegek*, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását,
- a családokon belüli kapcsolaterősítést szolgáló közösségépítő, családterápiás, konfliktuskezelő mediációs programokat és szolgáltatásokat, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat.

### JELZŐRENDSZERES HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás keretében biztosítani kell:

- az ellátott személy segélyhívása esetén az ügyeletes gondozónak a helyszínen történő haladéktalan megjelenését,
- a segélyhívás okául szolgáló probléma megoldása érdekében szükséges azonnali intézkedések megtételét,
- szükség esetén további egészségügyi vagy szociális ellátás kezdeményezését.

A fogyatékos személyek, illetve a pszichiátriai betegek részére nyújtott jelzőrendszeres házi segítségnyújtás ellátójának együttműködési kötelezettsége van a támogató szolgáltatást, illetve a pszichiátriai betegek részére közösségi alapellátást nyújtó szolgáltatóval.

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult személynek minősül:

- az egyedülélő 65 év feletti személy,
- az egyedülélő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy

- a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos (fogyatékosági támogatásban, vakok személyi járadékában, illetve magasabb összegű családi pótlékban részesülő) vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

## KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSOK

Közösségi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony-küszöbű ellátás.

A *pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek* részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell:

- a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
- a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését,
- a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
- a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,
- az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
- megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

Az *alacsony-küszöbű szolgáltatás* célja a szenvedélybetegséggel küzdők, vagy azokban érintettek speciális ellátása. Az alacsony-küszöbű kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők az ellátásba kerüléshez nem támasztanak magas követelményeket az igénybe vevőkkel szemben. A szolgáltatás igénybevételenek nincsen előfeltétele. A közösségi ellátáson belül a speciális szolgáltatás célcsoportjai lehetnek a deviáns életvitelű fiatalok, a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és az illegális drogokat kipróbálók.

A szenvedélybetegek részére nyújtott *alacsony-küszöbű ellátás* keretében biztosítani kell:

- az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
- megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében,
- a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatásokat,
- a kríziskezelést az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony-küszöbű ellátás esetén a természetes személyazonosító adatokat nem kell megadni az érintettnek.

## TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS

A támogató szolgáltatás célja a fogyatékos személyek *lakókörnyezetben történő ellátása*, elsősorban a *lakáson kívüli közszolgáltatások* elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása révén.

A támogató szolgáltatás feladata a fogyatékoság jellegének megfelelően különösen:

- az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása (speciális személyszállítás, szállító szolgálat működtetése),
- az általános egészségi állapotnak és a fogyatékoság jellegének megfelelő egészségügyi-szociális ellátásokhoz, valamint a fejlesztő tevékenységekhez való hozzájutás személyi és eszközfeltételeinek biztosítása,
- információnyújtás, ügyintézés, tanácsadás, a tanácsadást követően a társadalmi beilleszkedést segítő szolgáltatásokhoz való hozzájutás biztosítása,
- a jelnyelvi tolmácsszolgálat elérhetőségének biztosítása,
- segítségnyújtás a fogyatékos személyek kapcsolatkézségének javításához, családi kapcsolatainak erősítéséhez speciális, önsegítő csoportokban való részvételükhöz,
- egyes szociális alapszolgáltatási részfeladatok biztosítása a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez igazodóan,
- segítségnyújtás a fogyatékos emberek társadalmi integrációjának megvalósulásához, valamint a családi, a közösségi, a kulturális, a szabadidős kapcsolatokban való egyenrangú részvételhez szükséges feltételek biztosítása,
- a fogyatékos személy munkavégzését, munkavállalását segítő szolgáltatások elérhetőségének, igénybevételeének elősegítése.

A támogató szolgáltatás igénybevétele során *szociálisan rászorultnak* minősül a *súlyosan fogyatékos* (fogyatékosági támogatásban, vakok személyi járadékában, illetve magasabb összegű családi pótlékban részesülő) személy.

A súlyos fogyatékoság igazolása:

- az ellátás megállapítását, illetve folyósítását igazoló határozattal vagy más okirattal,
- az ellátás megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvéleménnyel.

## UTCAI SZOCIÁLIS MUNKA

Az utcai szociális munka keretében biztosítani kell az utcán tartózkodó hajléktalan személy helyzetének, életkörülményeinek figyelemmel kísérését, szükség esetén ellátásának kezdeményezését, illetve az ellátás biztosításához kapcsolódó intézkedés megtételét.

A szociál- és családpolitikáért felelős miniszter pályázat útján regionális illetékességgel, öt éves időtartamra diszpécserközpontokat jelöl ki az utcai szociális munkát végző, meghatározott feltételeknek megfelelő szervezetek közül.

## NAPPALI ELLÁTÁS

A nappali ellátás hajléktalan személyek és elsősorban a saját otthonukban élő,

- tizenharmadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, *önmaguk ellátására részben képes* személyek,
- tizenharmadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek,
- harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek

részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését.

Rendkívül indokolt esetben nappali ellátás olyan fogyatékos személyek részére is biztosítható, akire nézve szülője vagy más hozzátartozója gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban vagy ápolási díjban részesül.

A fenntartó a szakmai programban meghatározhatja, hogy az intézmény melyik ellátotti csoportokat látja el. Ez a rendelkezés nem érinti azon önkormányzatok ellátási kötelezettségét, amelyeknek a jogszabály *a nappali ellátást kötelező feladatként* írja elő.

Az *alapszolgáltatási központ* az a szociális intézmény, amely

- étkeztetést,
  - házi segítségnyújtást,
  - családsegítést,
  - nappali ellátást és
  - gyermekjóléti szolgáltatást
- biztosít.

## 2. Szakosított ellátási formák (Szociális törvény IV. fejezetének III. címe)

A rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni, amennyiben az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt róluk az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni.

A személyes gondoskodás keretébe tartozó *szakosított ellátásokat* az alábbi intézmények nyújtják:

- az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,

- a rehabilitációs intézmény,
- a lakóotthon,
- az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény,
- az egyéb speciális szociális intézmény.

Az első hármat nevezzük együttesen tartós bentlakásos intézményeknek, az első négyet pedig bentlakásos intézményeknek. Szociális szövetkezet nem nyújthat szakosított ellátásokat.

A komplex rehabilitációról szóló 321/2007. (XII. 5.) kormányrendelet a rehabilitációs járadékban részesülő személyek számára biztosítható szociális szolgáltatások közül csak az átmeneti szállást nevezi meg. Ezért ebben a fejezetben az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény – mint szakosított ellátási forma – részletesebb bemutatására törekszünk. Továbbá rövid jellemzést adunk a többi intézmény céljáról, tevékenységéről, működéséről.

## 2.1. Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Szociális szolgáltatásként az átmeneti szállást a 321/2007. (XII. 5.) kormányrendelet a következő szociális rehabilitációs szükségletek megléte esetén javasolja:

- a fizikai biztonság biztosítását (étel, ruházat, átmeneti szállás esetén ezen felül hajlék, egészség)
- közösségi kapcsolatok kialakítását, erősítését.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények típusai:

- időskorúak gondozóháza
- fogyatékos személyek gondozóháza
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona
- szenvedélybetegek átmeneti otthona
- éjjeli menedékhely
- hajléktalan személyek átmeneti szállása
- bázis-szállás

Az *idősek gondozóházába* azok az időskorúak, valamint azok a 18. életévüket betöltött beteg személyek vehetők fel, akik önmagukról betegségük miatt vagy más okból otthonukban időlegesen nem képesek gondoskodni.

A *fogyatékosok gondozóházában* azok a fogyatékos személyek helyezhetők el, akiknek ellátása családjukban nem biztosított, vagy az átmeneti elhelyezést a család tehermentesítése teszi indokolttá.

A *pszichiátriai betegek átmeneti otthonában* az a pszichiátriai beteg helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése nem indokolt.

A szenvedélybetegek átmeneti otthonában az a személy helyezhető el, aki-nél szakorvosi (addiktológus, pszichiáter) szakvélemény alapján szenvedélybetegség került megállapításra, és ellátása átmeneti jelleggel családjában vagy lakókörnyezetében nem oldható meg.

Az *éjjeli menedékhely* az önellátásra és a közösségi együttélés szabályainak betartására képes hajléktalan személyek éjszakai pihenését, valamint krízishelyzetben éjszakai szállás biztosítását lehetővé tevő szolgáltatás.

A *hajléktalan személyek átmeneti szállása* azoknak a hajléktalan személyeknek az elhelyezését biztosítja, akik az életvitelszerű szálláshasználat és a szociális munka segítségével képesek az önellátásra.

Ezek az intézmények – a hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása kivételével –ideiglenes jelleggel *legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást* biztosítanak. Az elhelyezés különös méltánylást érdemlő esetben – az intézmény orvosa szakvéleményének figyelembevételével – egy alkalommal, egy évvel meghosszabbítható.

## 2.2. További szakosított ellátások bemutatása

### ÁPOLÁST, GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEK

Az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek teljes körű ellátásáról az ápolást, gondozást nyújtó intézményben kell gondoskodni, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg.

Teljes körű ellátás a napi legalább háromszori étkeztetés, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátás, mentális gondozás, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátás, valamint lakhatás biztosítása.

Idősek otthonában főszabály szerint csak a megfelelő gondozási szükséglettel rendelkező személyek láthatók el.

Ápolást, gondozást nyújtó intézmény az idősek otthona, a pszichiátriai betegek otthona, a szenvedélybetegek otthona, a fogyatékos személyek otthona, valamint a hajléktalanok otthona.

### REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYEK

A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

Rehabilitációs intézmény a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, a hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye.

### LAKÓOTTHONOK

A lakóotthon olyan nyolc-tizenkettő, külön jogszabályban meghatározott esetben tizennégy pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt – autista személyek is –, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást



igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít.

A lakóotthonok típusai közé tartozik a fogyatékos személyek lakóotthona, a pszichiátriai betegek lakóotthona, és a szenvedélybetegek lakóotthona.

A lakóotthoni ellátás formái:

- a) fogyatékos személyek lakóotthona esetében,
  - aa) rehabilitációs célú lakóotthon,
  - ab) ápoló-gondozó célú lakóotthon;
- b) pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek lakóotthona esetében rehabilitációs célú lakóotthon.

A szociális törvényben meghatározott intézménytípusok által biztosított szolgáltatás megszervezhető önálló, illetve integrált szervezeti formában.

A szervezeti integráció megvalósulhat több ellátási típus egy intézmény keretein belül történő biztosításával, illetve alap-, nappali, bentlakásos intézményi formák egymásra épülésével.

### **3. Szociális szolgáltatások engedélyezése, a szolgáltatások igénybevétele, az ezzel kapcsolatos követelmények**

A fenntartó köteles biztosítani a szociális intézmény folyamatos működésének feltételeit, amelyhez az állam szociális szakmai programok meghirdetésével nyújt segítséget.

#### **3.1. A szociális szolgáltatások engedélyezése**

Szociális szolgáltatásokat a szociális törvényben meghatározott bármely állami, egyházi és nem állami fenntartó biztosíthat, ha az általa fenntartott szociális szolgáltató, illetve szociális intézmény

- a) megfelel a törvényben és külön jogszabályban meghatározott feltételeknek, és
- b) jogerős működési engedéllyel rendelkezik.

A működési engedély kiadásáról – a fenntartó kérelmére – a működést engedélyező szerv dönt.

A működést engedélyező szerv ellenőrzi, hogy a szociális szolgáltató, illetve intézmény működése megfelel-e a működési engedélyben és a jogszabályokban foglaltaknak.



### 3.2. Az intézményi jogviszony, az ellátás igénybevételének módja

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője kérelmére, indítványára történik.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményi jogviszony keletkezését

- a lakóhely szerint illetékes települési önkormányzat képviselő-testületének határozata,
- a bíróság ideiglenes intézkedést tartalmazó végzése,
- a bírói ítélet,
- az átmeneti vagy tartós nevelésbe vett gyermek esetében a gyámhivatal határozata,
- az intézményvezető intézkedése,
- az együttműködési megállapodás alapozza meg. (...)

### 3.3. Az ellátottak szociális intézményen belüli foglalkoztatása

Az intézményi jogviszonyban álló személy intézményen belüli foglalkoztatása az intézmény szakmai programja alapján, az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint, az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelően munkarehabilitáció vagy fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás keretében biztosítható (*szociális foglalkoztatás*).

A szociális foglalkoztatásban foglalkoztatóként az a személy, illetve szervezet vehet részt, aki erre a szociális hatóság által kiadott, szociális foglalkoztatási engedéllyel rendelkezik.

A szociális foglalkoztatás feltétele az ellátott rehabilitációs alkalmassági vizsgálatának elvégzése. A szociális intézmény a szociális foglalkoztatás keretében foglalkoztatott személy után támogatást igényelhet (szociális foglalkoztatási támogatás).

A *munka-rehabilitáció* célja a szociális intézményben ellátott személy munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.

A *fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás* célja a szociális intézményben ellátott személy számára a munkafolyamatok betanítása, a foglalkoztatás révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

### 3.4. Térítési díj

Ha a szociális törvény másként nem rendelkezik, a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokért térítési díjat kell fizetni.

A *térítési díjat* a kötelezett köteles megfizetni, aki lehet

- az ellátást igénybe vevő jogosult,
- a szülői felügyeleti joggal rendelkező törvényes képviselő,
- a jogosultnak az a házastársa, élettársa, egyeneságbeli rokona, örökbe fogadott gyermeke, örökbe fogadó szülője, akinek családjában az egy főre jutó jövedelem a tartási kötelezettség teljesítése mellett meghaladja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének két és félszeresét,
- a jogosult tartását szerződésben vállaló személy,
- a jogosult tartására bíróság által kötelezett személy.

A fenntartó *ingyenes ellátásban* részesíti azt az ellátottat,

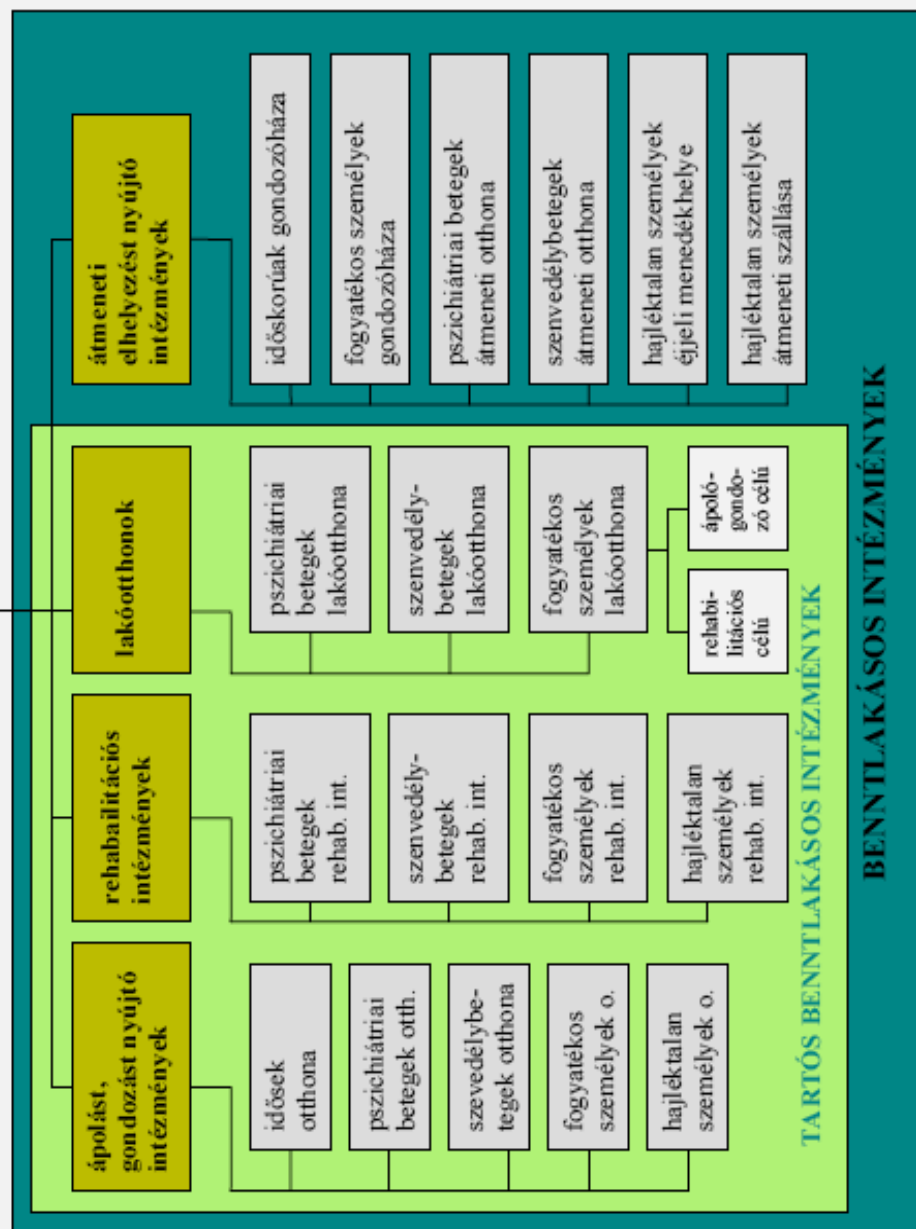
- aki jövedelemmel nem rendelkezik,
- étkeztetés és házi segítségnyújtás esetében, akinek a családja jövedelemmel nem rendelkezik. (...)
- Térítésmentesen kell biztosítani:
- a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást,
- a népkonyhán történő étkeztetést,
- a családsegítést,
- a közösségi ellátásokat,
- az utcai szociális munkát,
- hajléktalan személyek részére a nappali ellátást,
- az éjjeli menedékhelyen biztosított ellátást.(...)

## SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK

### szociális alapszolgáltatások

- falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás
- étkeztetés
- házi segítségnyújtás
- családsegítés
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- közösségi ellátások
- támogató szolgáltatás
- utcai szociális munka
- nappali ellátás

### szakosított ellátások



## REHABILITÁCIÓS PROGRAM ÉS EGYÉNI REHABILITÁCIÓ

A rehabilitációs járadékban részesülő személyekkel való együttműködés szakmai eljárásrendjéhez...

**Bárdos Kata:**

## **Alapvető eszközök a szociális munkában<sup>1</sup>**

**Kommunikációs készségek a gyakorlatban**

---

<sup>1</sup> Kozma J. (szerk): Kézikönyv szociális munkásoknak. Szociális Szakmai Szövetség 2006.: 130–158.

## Tartalom

A szociális munkás	221
Az egyértelmű kommunikáció	221
A nonverbális közlés	221
Kongruencia	221
A kliens	222
A kommunikációs csatornák	223
Az értő figyelem	224
Telefon	224
Az interjú a szociális munkában	225
Célzott beszélgetés	225
Az együttműködés eszköze	226
Megszólítás	226
A szociális munkás kérdései	226
Tapintat	227
A beszélgetés szabályozása	227
Kérdésfajták	227
A kérdések célja és hatása	228
Az időkeret	229
Csapdahelyzetek	230
A találkozások gyakorisága	230
Családlátogatás	230
Az első interjú	231
Az első interjú szerkezete	232
1. Feltárás	232
2. Tervkészítés és visszajelzés (feedback)	234
3. Szerződés/szervezés	235
Egyéb kommunikációs csatornák	237
A szociális munka dokumentumai	238
A dokumentáció	241
Segédeszközök és adminisztráció	242
Jegyzőkönyvek, nyomtatványok, hivatalos iratok	246
Számítógépes adatrögzítés, -feldolgozás	248
Tájékoztatás a szolgáltatásról (szóróanyagok, ismertető, publikációk)	249
Irodalom	250

## A szociális munkás

### AZ EGYÉRTELMŰ KOMMUNIKÁCIÓ

A szociális munkás kommunikációjának legfontosabb eszköze a beszéd. Az egyértelmű kommunikáció tiszta helyzetet teremt. A beszélgetés „itt és most” jellege megóv a sejtések, utalások, ki nem mondottak okozta zavaroktól. A szociális munkás érzelmei, ellenérzései, indulatai is befolyásolják a beszélgetést. Ha tagadja, visszaszorítja érzéseit, az érződik viselkedésén és összezavarja a kommunikációt. Sokszor könnyebb megfogalmazni az ellenérzést, mint eltitkolni azt:

„Én biztos nem örülnék, ha a kislányom ilyen későn járna haza. Ön hogy van ezzel?” Itt megjelenik valami jelzés a szociális munkás saját értékeiről, de ez nem nyomaszt, csak tájékoztat.

### A NONVERBÁLIS KÖZLÉS

Beszédünket mimikával, gesztusokkal kísérjük. A nonverbális közlést mindig kísérje verbális megerősítés. Bizonyos esetekben, ha rosszálló a véleményünk és nem akarunk beszélni róla, ne helyettesítsük nonverbális közlési módokkal. Ne kézlegyintéssel adjuk tudtára kliensünknek, mint gondolunk az esetleg rosszúl működő gyámhatóságról, hanem mondjuk ki:

„Én is tapasztaltam, hogy a gyámhatóság időnként kicsit tapintatlanul jár el.”

### KONGRUENCIA

A kongruens, az adott szituációnak megfelelő kommunikáció az együttműködés alapvető feltétele. A saját gondjaival elfoglalt, kiéget szociális munkás nem tud odafordulni érdeklődést mutatni. Hiába fordul kliense felé, nincs abban az állapotban, hogy be tudja fogadni a kliens problémáit. Ez a metakommunikáció szintjén árulkodik, a verbális kommunikáció és a metakommunikáció ilyenkor is kongruens, amit beszélgető partnere észlel, akár tudattalanul is. Hasonló elmentmondáshoz vezethet, ha a szociális munkát nem tudja felvállalni, vagy valamiért el kell titkolnia véleményét. Például ha valaki szociális munkásként még nem kellően tapasztalt, és magánéletében is retteg a nagyhangú, agresszív emberektől, odafordulása egy ilyen típusú klienshez inkongruens, átsüt rajta a rettegés, amit a kliens sokféleképpen érthet; gőgösnek, nagyképűnek, elutasítónak láthatja a szociális munkást, vagy felismerve az igazi okot, megpróbál fölé kerekedni.

## A KLIENS

### A kommunikációs korlátok kezelése

Tisztában kell lennünk partnerünk, kliensünk kommunikációs korlátaival. Minden lehetséges csatornát felhasználva meg kell értetnünk magunkat a fogyatékos, elmebeteg, türelmetlen vagy a nagyothalló klienssel is. A kiindulási pont mindig a kliens kommunikációs szintje; nem használhatunk olyan szavakat, esetleg szakkifejezéseket, amelyeket ő nem ismer. Ha elkerülhetetlen használtuk, mindig megfelelő magyarázat kíséretében tegyük azt. Nehezen érthető, ha az egy-egy intézményben vagy a szakma bizonyos területén kialakult szlenget használjuk és már észre sem vesszük.

Például:

*Szociális munkás: Na, hogy tetszik a toaletttem?*

*Kliens: Maguknál maga takarítja a toalettet? (Nógrádi Gáborné története)*

A kliens közlését pontosító technikák között fontos a minősítés, az előítélet, illetve az előzetes ítélet körüljárása, megértése, a nonverbális jelzések vétele, a rákérdezés azokra, a kliens által mondottak finomítása.

*Kliens: Az a gondom, hogy a fiam rendszeresen lop az iskolában és otthon is.*

*Szociális munkás: Pontosan mit is ért ezalatt? Hazavisz dolgokat az iskolából?*

Finom megkülönböztetés léphet a minősítés helyébe, ami sokszor merev, kemény állásfoglalás, amely kategorikus kijelentés formájában hangzik el, és nehezen hozzáférhető.

A nonverbális utalások segítségével egy téma ki nem mondott vonatkozásai is bekerülhetnek a beszélgetésbe.

*Szociális munkás: Az anyósával milyen kapcsolatban vannak?*

*Kliens: Hétvégenként ő főz nekünk.*

A közlést kísérő fintorra rákérdezhetünk: *Mit jelent ez magának?*

A hangsúly áthelyezésének eszközével fontossá válhat valami, ami a kliens mondandójában hangsúlytalan volt, s ezzel a dolog minősége megváltozik.

*Kliens: Pityu nem tud játszani, hiába vettem neki gyönyörű játékokat, nem tudja lekötni magát. Állandóan barkácsol, nem játszik, mint más normális gyerek.*

*Szociális munkás: Azt mondja, hogy Pityu barkácsolni szokott?*

A beszélgetés innen már Pityu ügyességéről, és a többi, hasonló korú gyerektől való különbözőségről folyhat. Nem tartalmaz új elemet a szociális munkás intervenciója, csak egy hangsúlyt helyezett át.

A szociális munkás sokat tehet a kliensi kommunikáció letisztultságáért.



Kliens: A szomszédasszonyom szerint Pista azért jár haza későn...

Szociális munkás: Mit gondol most, vajon miért jár haza Pista ilyen későn?

A kliens beszámolójában saját érzései, tapasztalatai összemosódnak mások álláspontjával, véleményével. Indulatai e zavaros képből is származhatnak. Jellegetes példa a válófélben lévő asszony és elvált barátnője közötti kapcsolat hatása a házastársak kommunikációjára. Az asszony panaszodik férjére, ingadozik a válás és az együtt maradás között. Elvált barátnője a férj rossz tulajdonságait emeli ki, ezzel felerősítve a válási szándékot. Otthon az asszony barátnője érveivel és érzelmeivel felfegyverkezve támad férjére. Ebben a jelenetben attól nem egyértelmű a kommunikáció, hogy a férj feleségével és annak barátnőjével hadakozik egyszerre, nemegyszer anélkül, hogy ennek tudatában lenne. E jelenetek bonyolult kommunikációs összetevői a szociális munka folyamatában tisztázódhatnak.

A kliens és szociális munkás kommunikációjában igen fontos tényező az elmondottakra vonatkozó visszajelzés. (Erre még visszatérünk.) A figyelő hallgatás a kliens számára sokszor elutasítást jelent, mert kezdettől igényelné a megerősítést, az elfogadást. A visszajelzés tehát a közös munka során a megértés kifejezésének eszköze, ugyanakkor állandó információforrás a kliens számára arról, hogyan fogadjuk őt, a problémáját, előadásmódját. A visszajelzés kellemetlen is lehet, az így megjelenő érzelmekre is figyelni kell. Célja, hogy a kliens képet kapjon arról, milyennek mutatta magát az adott helyzetben, vagy amit közölni akart, az hogyan hangzott el, hogyan értette a szociális munkás. Emiatt a *feedback* (visszajelzés) soha nem lehet kényszerítő erejű, a kliens ha akarja meghallja, és kezd vele valamit, ha nem akarja, akkor figyelmen kívül is hagyhatja. Félreértésről is adhat jelzést ily módon a szociális munkás („Jól értettem, hogy a...?”). Jobb, ha a visszacsatolás specifikus, nem pedig általános. Ha valakivel közlik, hogy „uralkodó” természet, ennek nincs annyi haszna, mintha elmondják neki, hogy egy sajátos viselkedés, – például az, hogy miközben beszél, nem figyel másokra – mutatja őt ilyennek. A visszajelzés ne minősítsen, hasznosabb a leíró, mint az értékelő jellegű. Kevesebb ellenállást vált ki, ha azt mondjuk: „mellőzöttnék éreztem magam, mivel a szavamba vágtál”, mintha azt, hogy „te mindig mások szavába vágsz?”.<sup>2</sup>

## A kommunikációs csatornák

A kommunikációs feltételek optimalizálásáért sokat tehetünk a környező zajok, telefon kikapcsolásával, és ha el tudjuk érni, hogy munkatársaink ne kopogja-

<sup>2</sup> A visszacsatolás nyolc szabálya. Az ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet Szociálpolitikai Tan-  
szék kézirata felhasználásával.

nak be a szobába, ahol beszélgetünk. Erről is árulkodhat a kliens meghívása: a lakásán ezek nélkül a zavaró körülmények nélkül dolgozhatunk.<sup>3</sup>

## AZ ÉRTŐ FIGYELEM

Az értő figyelem sajátos állapot, amelyben felkészülünk a kliens problémáinak meghallgatására és megértésére. Ezt verbálisan és nonverbálisan is tudomására hozzuk (például nyitottságot kifejező testtartással, ránézéssel, azzal, hogy le tesszük a ceruzát, papírt). Figyelmünk koncentrálásával javíthatjuk a kommunikációs feltételeket és jelezzük is a kliensnek, hogy készek vagyunk fogadni mondandóját.

A szociális munkás által használt kommunikációs csatornák jelentős részéről már olvashattunk tankönyvekben, itt csak néhányat említünk.

## TELEFON

Magyarországon az utóbbi néhány évben kapcsoltak be elegendő telefont ahhoz, hogy szinte mindenki használhassa. Sok szociális munkás és kliens először kapott lehetőséget arra, hogy a kapcsolatteremtés ezen eszközét szabadon használhassa. A kliensek egyre többször telefonon jelentkeznek, s a szociális munkás is felhívhatja kliensét, ha szükséges. Ezen eszköz hagyományainak hiánya okozhat kommunikációs félreértéseket (például „Halló Pista vagyok”). A megjelenő klienst a szociális munkás felismeri, közvetlen beszélgetés alakul ki, a telefonáló ezért azt hiheti, hogy hangjáról felismerhető.

Egy munkahely kialakult szokásrendje, stílusa minta lehet a kliensek számára. Például mindig teljes névvel mutatkozzunk be. Ugyanakkor nehéz megtanulni, hogy mit kezdjünk klienseink telefonálási szokásaival anélkül, hogy elijesztenénk, elutasítanánk a telefonálót. Ha visszakérdezzük (például: „Elnézést, nem értettem jól, kivel beszélek?”), akkor talán elérhetjük, hogy partnerünk is bemutatkozzon. Vannak azonban olyan telefonálók, akik nem érik meg ezeket az utalásokat (gyakran személyes kapcsolatban sem), őket így kell elfogadnunk.

A telefon kapcsolatfelvételre, -fenntartásra, információátadásra szolgál, „...nem időben, hanem térben táv”.<sup>4</sup> A hosszú beszélgetések nagy költségigényűek, ugyanakkor nehezítik az elérhetőséget, a reménytelenség, mellőzöttség érzetét keltik azokban, akik hiába próbálkoznak. A hivatalok esetében megszoktuk, hogy mindig „mással beszélnek”. Ha a szociális munkás (és szervezete) telefonja is állandóan foglalt, akkor az őt keresők fejében hasonlatossá válhat a hivatalokhoz.

3 Azt is észre kell azonban vennünk, ha kliensünk az őt zavaró tényezőket ki is kapcsolja a beszélgetésből, és így más megvilágításban mutatkozhat.

4 Mezei Györgytől származó szólás.

Hosszú időt azok a helyzetek igényelnek, ahol a hívó számára a telefonkapcsolat jelenti a végső menedéket, az utolsó szálát, a telefonos lelki segítségnyújtást, ahol a kapcsolattartás egyetlen eszköze a telefonbeszélgetés.

Egyre gyakrabban fordul elő, hogy a kliensek telefonnal rendelkeznek, és visszahívást kérnek. A hívás nem helyettesíti a személyes munkát, legfeljebb áthidal egy időbeli szakaszt, rögzíti a következő találkozást, gyors információt ad, esetleg pontosít korábban megbeszélte dolgokat.

Ha valaki telefon segítségével keres meg egy szociális munkával foglalkozó szervezetet, akkor a felvevő könnyen átcsúszhat a segítő szerepbe, hiszen a hívó ugyanúgy szeretne azonnal kapni valami érdemlegeset, mint a személyesen jelentkező. Az intézményeknek általában van valamilyen kialakult gyakorlatuk arra, hogy mi történjék az így jelentkezőkkel, de sokkal nehezebb megvalósítani, hogy a felvevő megmaradjon saját szerepében. A segítségkérőtől telefonon nehéz információt szerezni (cím, telefonszám, ahol megkereshetjük), hiszen kapni és nem adni akar. Az általa hirtelen elmondottakat rendszerint nem az tudja értékesíteni, aki felvette a telefont, emiatt fontos tudatni a jelentkezővel a szervezet általános gyakorlatát (például „Megbeszélésen dől el, ki foglalkozik majd Önnel, ha megadja telefonszámát, akkor jelentkezni fog 3 napon belül...” vagy „Kérem, várjon egy percet, adom az ügyeletet”).

## Az interjú a szociális munkában

*Mi a szerepe az interjú műfajának a szociális munkában?*<sup>5</sup>

Az interjú<sup>6</sup> a szociális munkában a megismerés módszere, olyan strukturált (előre végiggondolt szerkezettel rendelkező) eszköz, amelyet a szociális munka tanulmányai során sajátított el. Célja a kliens és szociokulturális környezetének megismerése, a probléma feltárása, a közös munkához szükséges adatok, információk megszerzése, a kliens együttműködésének megnyerése.

### CÉLZOTT BESZÉLGETÉS

A szociális munkás interjúja hasonló és egyben különböző is a más szakmákban alkalmazottaktól: például a pszichológus és a szociális munkás interjúja közös abban, hogy mindkettő olyan célzott beszélgetés, amely a kérdezett (beszélő, kliens, interjúalany) értelmi, érzelmi szintjén dolgozik, provokáló hatású, a spontán mondanivalót keretbe szorítja, a kérdésekkel megbolygat dolgokat, érzelmeket, emlékeket mozgósít, csak a beszélőről magáról és a problémáiról, környezetéről szól, információt, adatot gyűjt, okokat tár fel.

5 Az itt következők átgondolásában az ELTE 1996/97-ben első éves, posztgraduális szociális munkás hallgatói voltak segítségemre.

6 „Adatgyűjtés a vizsgált csoport meghatározott szempontú kikérdezése útján” (Idegen szavak szótára).

## AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS ESZKÖZE

A szociális munkás interjúja speciális, nem egy vizsgálat első lépcsője, hanem a kialakuló együttműködés eszköze, ahol nem az a legfontosabb, hogy a szociális munkás megtudjon valamit, hanem hogy kliense megszabadulhasson szorongásai egy részétől. A kliens szorító problémái adják a vezérfonalat, az érzelmek megbolygatása után a szociális munkás nem hagyhatja el az interjúalanyát.

A szociális munkás interjújában fontos, hogy a kliens hogyan értékeli saját helyzetét és milyen kutakat lát. A „kliens nem eszköze, hanem célja a munkának”<sup>7</sup>, vagyis nem asszisztál ahhoz, hogy a kérdező begyűjtse a szükséges adatokat, hanem aktív részese a folyamatnak. A szociális munkás interjújának sajátossága, hogy csírájában már magában foglalja a későbbi munka során alkalmazott eszközöket (elfogadás, megértés, bizalomteli légkör, visszajelzés), és már keletkezésével is nyújt valamit: „terápiás hatású”. Az interjú során valamit mindenképpen kapnia kell a kliensnek, legalább elfogadó meghallgatást.

## MEGSZÓLÍTÁS

A tradíciók nehezíthetik a kliens és a szociális munkás megegyezését a megszólításról. Még meg sem kérdeztük a hozzánk fordulókat arról, hogyan szeretnénk, ha szólítanánk őket, s máris Szabónénak, Kovács Úrnak tituláljuk beszélgetőtársunkat. Általános követelmény a magázódás. Használhatónak tartom az amerikai családterapeuták gyakorlatát: a bemutatkozó körben, a beszélgetés elején jól érthetően elismétlik a teljes nevüket és hozzáfűzik: „kérem szólítsanak X-nek”. Itt általában a keresztnévüknek azt a változatát mondják, amelyet munkájuk során használnak. Majd hozzátesszik: „Önöket hogyan szólíthatom?”

A tegeződés/magázódás az adott kapcsolatban dől el, kialakulhat aszimmetrikus kapcsolat tegeződés esetén is. Sok szülő értetlenül áll az előtt, hogy gyereke tegeződik a szociális munkással, megpróbálja megváltoztatni ezt a viszonyt. Előfordulhat, hogy a gyerek számára a szociális munkással való viszony az első szimmetrikus gyerek-felnőtt kapcsolat, mely a szülő számára veszélyt hordozhat.

## A SZOCIÁLIS MUNKÁS KÉRDÉSEI

Az első beszélgetés sem egyszerű adatgyűjtés, közvetítenie kell odafordulásunk elfogadó, támogató jellegét. A találkozóra a kliens, saját mondanivalójával, panaszaival érkezik, elsősorban ezt kell meghallgatnunk. Kérdéseink célja, hogy elmondhassa mindazt, amit szeretne, emiatt jobbak a kiegészítendő, mint az eldöntendő kérdések. Kiegészítendő kérdés: „Kivel volt ott?”. Eldöntendő kérdés: „A szüleivel él együtt?”. A kiegészítendő kérdésre többféle válasz érkezhet, az eldöntendőre csak igennel és nemmel lehet felelni. Erre is szükség lehet va-

<sup>7</sup> Békési Enikő megfogalmazása.

lamily információ pontosításakor; de ha az interjú során sok eldöntendő kérdést teszünk fel, akkor beszűkítjük az adható válaszok körét, és csökkenhet az elbeszélés lendülete. Sokszor csak tovább kell löknünk az elakadt közlést, tudván, hogy figyelünk, érdekel, amit hallunk. „S aztán hogy volt?”

## TAPINTAT

Kérdéseinken keresztül felszínre kerülhet a bennünk levő előzetes ítélet, előre kialakított kép. Például a szomorú, zárkózott fiatalasszonyról az a képünk lehet, hogy éppen elhagyta a férje, vagy nemrég vált el. Ez érvényesül az „Egyedül él?” kérdésben. A válaszoló amúgy is meglévő rossz érzései felerősödhetnek attól, ha ez ennyire látszik. Tapintatosabb lehet: „Ki tartozik az Ön családjához?”, vagy „Kivel él együtt?”. A gyerekeknek feltett „Van barátod?” kérdés azt sugározza, hogy egy ilyen korú gyereknek általában van barátja. Ha beszélgetőpartnerünk magányos, nehezen tud kapcsolatokat teremteni, akkor egy ilyen rákérdezés zárkózottabbá teheti. Lehet, hogy kicsit körülményesebben jutunk információhoz, de nem ijesztjük el ugyanezt a gyereket, ha arról érdeklődünk „Mit csinálsz délutánonként?”.

## A BESZÉLGETÉS SZABÁLYOZÁSA

A beszélgetés irányítása mindig a szociális munkásé, aki kérdéseivel ad lehetőséget a spontán beszédre: „Meséljen!”, „Miért keresett fel bennünket?”, „Mi van Önnel/Önökkel?”. A beszélgetés folytatását további kérdésekkel szabályozza. A kliens beszédének spontán szakaszába is bele lehet szólni, ha az holtvágányra téved vagy elakad. „Arról beszélt, hogy...”, „Hogy is volt ez?”, „...s aztán...akkor hogy volt?”. Ez a kérdés szabad utat nyit a belső ellenállás miatt elakadt elbeszélésnek. Ha a feltörő érzelmek gátolnak, akkor érdemes biztosítani beszélgetőpartnerünket arról, hogy érzelmei természetes módon nehezítik a beszédét...

Az első interjú kezdeti szakaszában lehetőleg általános, nyitott kérdés(ek)e)t célszerű feltenni:

Kérem, mondja el, mi hozta Önt ide...?

Miért fordult hozzánk...?

Hallgatom...(Arról biztosítom, hogy kész vagyok meghallgatni, ha akar, mesélhet)

Minél rutinosabb a kérdező, annál kevesebb szó kell, de vigyázat, a kevés szó ne az érdeklődés hiányát sugallja.

## KÉRDÉSFAJTÁK

A nyitott kérdés nem tartalmaz semmilyen utalást arra, hogy mit lehet vagy nem lehet elmondani (ezt valamennyire behatárolja az intézményről vagy a szociális munkás szakmájáról szerzett ismeret, amivel a kliens rendelkezik). A válaszoló határozza meg a behozott témák körét, mélységét. Egy nyitott kérdés

feszültséget kelthet a válaszolóban, mert kevés útmutatást ad arra, mit is várnak tőle, ezzel beszédre késztet.

A *szuggesztív kérdések* (például a „Mi fáj?” típusúak: mi baj van, mi a problémája, mi a gondja) megszabják az elmondható dolgok körét, a beszélgetés irányát, lezárják a közös gondolkodást mindazon témák esetében, amelyek nem férnek bele a kérdező előzetes elképzeléseibe.

Lehetőleg ne alkalmazzunk (egyáltalán) *egyenes rákérdezést* („Ugye nem érez fájdalmat?”), mert csak sugallott választ kaphatunk, s kérdésünk dacos ellenállást válthat ki. Erre a kérdéstípusra nehéz tagadó választ kapni, a kérdezett addig keres magában, míg talál valamit, amit felpanaszolhat.

*Célzott kérdéseket* („Kikkel lakik együtt egy lakásban?”) akkor tehetünk fel, ha a spontán elbeszélés már lezárult. Segítségével homályos, de fontos pontokra kérdezhetünk vissza, sokszor a visszajelzés (feedback) eszközeként használhatjuk. Lehetőleg csak olyan információkra kérdezzen, amit a kliens már elmondott, vagy jelzett. Ha érintetlen területre vonatkozik, begubózásra készítheti a válaszolót.

*Eldöntendő kérdéseket* akkor használhatunk, ha kliensünk nehezen beszél (de rendszerint ezekkel a kérdésekkel nem tesszük beszédesebbé), vagy ha valamilyen konkrét információt akarunk megszerezni („Gázzal fűt vagy villanyal?”). Legjobb azonban az eldöntendő kérdések helyett minél nyitottabb kérdést feltenni, mivel az előző esetben csak az általunk felkínált alternatíva létezik, nem megengedve más lehetőséget is („Mivel fűt?”).

## A KÉRDÉSEK CÉLJA ÉS HATÁSA

Kérdéseink célja, hogy az „irányított beszélgetés” során bizonyos határok között tartsuk az elbeszélést az aktuális válsághelyzetből (amivel a kliens jön) kiindulva, lehetőleg elkerülve a mellékvágányokat. Sok esetben a kliensnek nincs gyakorlata abban, hogyan fűzze fel a problémáit, miként csoportosítson, hogyan válassza el a fontosat a lényegtelenről. Tipikus kliensi kijelentés a beszélgetés elején: „Azt sem tudom, hol kezdjem”, ami valódi tanácstalanságot jelez. A válasz ezért rendkívül fontos: „Mi az, ami most a legrosszabb?”, „Nincs semmi szabály, ott kezdje, ahol a legkönnyebb!”, „Mi az, amit most leginkább elmondana?”.

Maga a kérdésfeltevés is lehet terápiás hatású, de ellenkező is. K. Tomm (1989) példájában egy fiatal pár az egyik terápiás ülésen arról számolt be, hogy már jó ideje nem veszekednek. A terapeuta kérdésére, hogy ma milyen problémát szeretnének megbeszélni, ismét parázs vita tört ki a felek között. A probléma szó a régi, terméketlen viták felidézésével veszekedést provokált.

A *reflexív* (kapcsolatteremtő, visszatükröző, gondolkodtató) kérdés a klienseket új viselkedési minták kialakítására sarkallja. Tomm egy másik példájában a középkorú szülők gyerekükkel, az apa gyerekekkel szembeni durva viselkedése miatt kerültek terápiába. A gyerekek az anyával szoros egységet alkottak, melyből az apa kimaradt. A terapeuta (reflexív) kérdésére: „Ha valami történne az anyáddal, mondjuk súlyosan megbetegedne, vagy talán még meg is halna, ho-



gyan változna meg a viszony apád és a többi testvéred (ti, akikkel szemben az apa durva volt) között?” Az első gyerek válasza: „Jaj, az még rosszabb lenne, ő még durvább lenne!” A második gyerek válasza: „De akkor látnia kellene a többi dolgot is, és segítenie.” A harmadiké: „Igen, valószínűleg segítené nekünk a főzésben és a takarításban is.” A gyerekek válasza utána az apa viselkedése, beszéde megváltozott, melegebb hangon, odafigyelve beszélt.

K. Tomm írásában részletesen olvashatunk a megfigyelő, perspektivikus, rejtett összefüggéseket kiemelő, burkoltan sugalmazó, az általánoshoz viszonyító, különbségeket tisztázó, hipotézist bevezető, folyamatmegszakító kérdésekről.

## AZ IDŐKERET

A beszélgetésre szánt idő mennyisége függ a kliens mondanivalójától, a szociális munkás időbeosztásától, a kialakult szokásoktól. Nem árt, ha van valami saját időkeret, akár a klienssel megbeszélve: „Mit gondol, mennyi időt igényel ennek a problémának a végiggondolása?” Időhatárok nélkül a beszélgetés szétfolyó, mellékvágányokra kalandozó lehet, a kliens tovább kerülgetheti valódi mondanivalóját. Segíthet például: „Én most kb. 1 órát tudok Önnel beszélni, de folytathatjuk is, ha szükséges egy másik időpontban”. Az időkereten belül a kliens el tudja dönteni, mikor tér rá a legnehezebben elmondhatóra. A kliensi időzítés egyik sajátossága az analitikus irodalomból jól ismert „lépcsőházi gondolat”, amikor a beszélő csak akkor szánja rá magát, amikor már az előszobában van, akkor már megy. Természetesen az így kibukó mondanivaló még a beszélgetés része, a következő találkozáskor érdemes visszatérni rá.

Az első interjú sok (főleg kezdő) szociális munkás számára fontos terep. Általában a jó kezdőmondat egy „zsilipet nyit ki”, a kliens egy ideig esetleg nem is tudja szabályozni, mit mond el. Mivel a későbbi találkozások során ez a mélység és intenzitás alig ismételtető meg, a hallgató fél megszakítani az élményáramlást. Az időkeret ebben is segít, hiszen nem kell mindent megtudni az első beszélgetéskor. Sokszor a helyzet sodrása miatt a kliens úgy is érezheti, hogy hirtelen túlságosan kiadta magát, és emiatt el is maradhat. A külső (várokozók) vagy belső (az a szokás, hogy az első interjú általában 1 óra) időkeret segít a beszélgetés strukturálásában, tudjuk, mikor kell a spontán elbeszélő szakaszból továbblépni. Az időkeret betartása mindig a szociális munkás dolga. Az időérzés és a segédeszközök (falióra, a kliens órájának leolvasása) ügyes használata megkíméli a klienst attól az érzéstől, hogy terhünkre van, netán sürgetni akarjuk. Adhatunk ilyenkor az időre vonatkozó jelzéseket, például: „Úgy tűnik, hogy most nem érünk ennek a beszélgetésnek a végére, mikor folytathatjuk?”

Fontos, hogy a beszélgetés témájának és mélységének meghatározásakor vegyük figyelembe a rendelkezésre álló időt, hiszen nem érdemes megbolygatni olyan dolgokat, érzelmeket, amelyeknek aztán nem tudunk a végére járni.

A többi találkozás időtartama különböző lehet. Előfordul, hogy az együttműködés során valamilyen megerősítésre, visszajelzésre, információra, értékelésre van szükség, s csupán egy-egy alkalommal szükséges mélyebb (hosszabb)



megbeszélés. Sok esetben egy-egy időigényesebb téma felbukkanása jelezheti a kapcsolat mélyülését.

## CSAPDAHELYZETEK

Az idő strukturálásának is megvannak a maga csapdahelyzetei. Például a kliens jól érzi magát, amikor nála vagyunk, és megpróbál tartóztatni: „Ne menjen még, hiszen csak most jött.”, „Biztosan másokhoz is kell mennie”, „Várjon, míg befejezem a fürdetést, most nem tudom kiengedni”, „Még nem főtt le a kávé.” Hiába van saját időkeretünk, a kliens is befolyásolja a helyzetet, amire előre fel kell készülni.

## A TALÁLKOZÁSOK GYAKORISÁGA

Az idő kérdéséhez tartozik a találkozások gyakorisága, a köztük levő szünetek jelentősége. Mondhatnánk egyszerűen, hogy ez a munkától függ, azonban jelentősen befolyásolja a kliens igénye (például krízishelyzetben jobban kapaszkodik, gyakoribb együttlétet kíván), a helyi szokások (attól gondozott egy család, ha bizonyos gyakorisággal rájuk nézel) és a szociális munkás leterheltsége. Mindenesetre fontos minden befolyásoló tényező ismerete, hiszen például a szokások kedvéért havonta kétszer meglátogatott család életébe annyira beépülhetünk, hogy szem elől téveszthetjük a kitűzött célt.

Érdemes foglalkozni a találkozások közötti és a megbeszélés alatt tartott szünetekkel is. Az együtt végiggondolt dolgok tovább dolgoznak a kliensben és a szociális munkásban egyaránt, a következő találkozás nem pontosan ott folytatódik, ahol az előzőt abbahagytuk. A további lépések előtt érdemes megtudni, ki hol tart, mit gondol az adott problémáról. A kliensek saját munkája magában hordozhatja a továbblépés útját. Ha ezt figyelmen kívül hagyjuk, akkor nem érvényesül (saját fontosságunk átélése mellett) a kliens önálló problémamegoldó készsége.

## CSALÁDLÁTOGATÁS

A szociális munkában gyakran összemósódik – a mai gyakorlat szerint – a környezettanulmány (továbbiakban KT) és a családnál, lakáson végzett szociális munka. Előbbi ugyan szakmai megfontolások alapján nem tartozik a szociális munka eszköztárába, azonban sok szociális munkás rákényszerül az alkalmazására (például segély, gondozásbavétel, járulék hamarabb intézhető ennek segítségével.) Sok esetben munkahelyi elvárás: csak akkor ismerjük jól kliensünket, ha már a lakásán is felkerestük. Valóban fontos, hogy a lehető legtöbb információ birtokában legyünk, de semmiképpen nem fontosabb a klienssel kiépített szimmetrikus kapcsolatnál, amelyben az információ megszerzésekor a kliens igényei mentén haladunk.

A szociális munkások jelentős része érzi, hogy a KT személyiségi jogokat sért, főként, ha szociális munkának „álcázzák”. Az emberek (kliensek) általá-

ban elfogadják, hogy bizonyos juttatások feltételekhez kötődnek, amelyhez ellenőrzés is tartozhat, de az ilyen juttatások nem igazán tartoznak a szociális munkához. A kliensnek joga van azt „tálalni” magáról, amit akar, és a közös munka során érezheti magát olyan biztonságban, hogy meghívja a szociális munkást a saját közegébe. Ennek persze érdemes elébe is menni, hiszen sokan nem is remélik, hogy a (látszólag) másik társadalmi réteghez tartozó segítő szívesen látogatja meg őket. „Hol szeretne a következő alkalommal találkozni, itt vagy maguknál?”

A családlátogatás legtöbbször a kliens igényei alapján jön létre. A szociális munkást foglalkoztató szervezet fogadóhelyiségei – bármilyen intimitást sugároznak is – sokszor kényelmetlenek (hangáteresztő ajtók, falak, telefon, várakozók ülnek az előtérben). A kliens biztonságosabbnak érezheti a beszélgetést saját közegében, ahol a határokról személyes tapasztalata van. Itt ő határozhatja meg a helyzetet (például ő ülhet az ablaknak háttal, vagy a legkényelmesebb székben és ültetheti a látogatót olyan helyre, ahonnan nehéz felállni.) Eldöntheti ki van jelen, ki szorul a másik szobába. Lehetséges, hogy a meghívással valamit a tudomásunkra akar hozni (például hogy milyen szépen gondoskodik a családjáról), ugyanakkor sok dolgot önkéntelenül is elárul (például a lakás berendezése régmúlt anyagi jólétről árulkodhat).

A lakás bemutatása a család életének megismerésére számtalan lehetőséget teremt: használata a családi alrendszerek határaitól is tájékoztat, ki milyen helyiséget használ, van-e ami kizárólag az övé, oda ki, kinek az engedélyével, milyen időtartamra léphet be, vannak-e elzárt, bizalmas terek, esetleg a lakáson belüli bezárt ajtók, ki hol alszik és kivel, hol tartja a holmiját, és ki nyúlhat hozzá, ki kel fel a gyerekekhez. Érdekes lehet megtudni; hogy ha például van ugyan fürdőszoba, akkor miért mosnak a szobában, vagy hogy a gyerekek a szülői szobában vircsaftolva, a franciaágyon bepisilve, hogyan szorítják ki – anyai jóváhagyással – az apát a szobából (a családból?). Ezeket az információkat a családterápia lakásrajz készítésével szerzi meg.

## Az első interjú

Az első interjú különleges a klienssel való találkozások sorában, igény és szükség esetén számtalan követheti, ahol információkat szerezhetünk és nyújtunk. Nem árt azonban, ha legalább a kliens neve és címe kiderül (hacsak nem anonim). Magunkról és a szokásos munkamódról, a következő találkozások lehetőségéről és az elérhetőségünkről akkor is adjunk tájékoztatást, ha nem vagyunk biztosak a későbbi közös munkában. Néha hónapok, évek múlva él vele a beszélgető, amikor hirtelen bajba kerül vagy tanácstalan.

Jó, ha megtudjuk, mi indokolja jövetelét, jelentkezését és legalább első megfogalmazásban kiderül, mi a célja az együttlétnek. Nem baj, ha első alkalommal nem kötünk szerződést, de jó, ha sejtjük, készül-e majd. Az első interjú nem feltétlenül egy alkalom, a megismerkedéstől a szerződéskötésig tart.

## Az első interjú szerkezete

Az első interjúban az egyes fázisok inkább csak tendenciaként jelentkeznek, nem különülnek el feltétlenül egymástól, kimaradhatnak, ismétlődhetnek. Az első interjú fázisai:

1. feltárás (spontán közlések szakasza, részletezés, visszajelzés, kiemelés, elemzés);
2. tervekészítés és visszajelzés (feedback);
3. szerződés/szervezés.

### 1. FELTÁRÁS

Ez a „hozott”, „ajánlott” problémák szintje, ahol a krízisben levő kliens először beszélhet olyan helyzetben, amely a mindennapi élet hasonló szituációitól abban különbözik lényegesen, hogy a partnere professzionális segítő, s a beszélgetésnek sajátos jellege van: a kliens támaszt, gyógyulást, kiutat, segítséget vár, elvállalja ezt a szerepet vagy ambivalens vele. Előfordulhat, hogy a kliens mindennapi, korábbi hasonló helyzethez képest sokkal inkább kitárulkozik. Lehetőségeinek függvényében nem színlel – amennyire megengedheti magának –, nyílt lapokkal játszik.

A *kliens* saját gondjainak, kapcsolatainak legjobb szakértője, ő tudja az okát, miért most jelentkezett, problémájának melyik elemével akar hozzánk fordulni, el tudja dönteni, hogy van-e elképzelése a segítség mikéntjéről. Ha nagyon elbizonytalanodott, akkor „szakértelme” abban nyilvánul meg, hogy segítséget keres, mert látja, hogy egyedül nem képes megbirkózni a problémájával.

A *segítő* befogad, feldolgoz, „gyógyít”, melynek során képességeit a kliens érdekében mozgósítja. A feszültséget igyekszik annyira csökkenteni, hogy hozzásegítse a klienst ahhoz az érzelmi állapothoz, mely a problémák áttekintése, végiggondolása szempontjából a legoptimálisabb. A kliens problémáit bizalmasan kezeli, erről – ha kell – biztosítja is őt.

Az interjú készítője, a szociális munkás képet alkot magában a kliens helyzetéről, problémáinak okáról (hipotézis), melyet a beszélgetés és a későbbi találkozások során folyamatosan ellenőriz, korrigál. Lehetőséget teremt ahhoz, hogy kliense maga fogalmazza meg problémáit, ezek okát. Saját hipotézisét erre támaszkodva alakítja, szükség esetén módosítja. Eközben paradox folyamat részese: átérzi a kliense bajait, gondjait, beengedi érzelmeit, ugyanakkor elkülönül a segítség „alanyától”, tárgyiasítja, kívül marad, elemzi a hallottakat és a szituációt, a saját élményeit, érzelmeit, reakcióit. Támaszt nyújtani csak akkor képes, ha az azonosulás mellett objektivitását, racionális elemző és rendszerező szerepét megőrzi.

A segítő magatartása lehetőség szerint pozitív, elfogadó, tiszteletben tartja a másikat (a kliens) egyéniségét, személyiségét, gondolatait, értékeit még akkor is, ha az a sajátjától eltér. Ezt sok esetben könnyebb mondani, mint csinálni, különösen, ha nagy a különbség. Sok segítő érzi magát hibásnak, ha nehezen azonosul kliensével, ezt az érzést titkolja, félve a megítéléstől. *Szakmai team-*

ben, szupervízióban azonban ezek az érzések kimondandóak, feldolgozandóak. Felszínre kerülhet valamilyen szempont, ami segíti az elfogadást. Például a *Jehova tanúi*-val nehezen kommunikáló segítő számára lényeges egy olyan új információ, hogy a Jehova tanúi között szoros az összetartozás, egymásra figyelnek, hiszen ez erőforrást jelenthet a kliens életében.

A segítő nem közvetlenül alkalmazza gyakorlottságát a problémák rendezésében, nem oldja meg a dolgokat kliense helyett (még akkor se, ha néha ez tűnne egyszerűbbnek és gyorsabbnak), a kliens a legkompetensebb saját helyzetének kezelésében. Ennek érdekében segíti a megfogalmazást, visszatükröz, támogatja a saját erőforrások felhasználását. Az együttműködés során a kliens érzékenysége növekedhet, felszínre hozhat mélyebben rejlő ellentmondásokat. Tudni kell, hogy az „*ajánlott, hozott*” probléma mindig valóságos, a kliens az adott pillanatban ezt érzékeli saját bajaként. (Még a paranoid gondolkodás gyökerében is meghúzódik valamilyen valós sérelem, legfeljebb az élményfeldolgozás kóros.)

### Részletezés

Előfordul, hogy az elbeszélés első lendülete után maga a kliens tér vissza valamely motívumra, kezdi taglalni a korábban vázlatosan elmondottakat. Ismét „végigmehet” az egész mondandóján, hangsúlyokat áthelyezve, kérdezve, egyes dolgokat megkérdőjelezve. Ebben a szakaszban már a segítő sem feltétlenül passzív, alkalmazkodik – amennyire lehet – a kliens részletező technikájához és tempójához, olyan ütemben segíti kérdéseivel a megértést, hogy azok lehetőleg szervesen illeszkedjenek a kliens gondolatmenetébe. E szakasz második felében a feltáró munka már a jobb rálátást segíti. Az ismétlések, a részletek kifejtése, a kérdések az eltávolodást segítik, a többször végiggondolt érzelmek, események, reakciók kimondva másképpen hatnak, s a kliens egy-egy elemet ismételve, újra végiggondolva átértékelheti saját érzelmeit, véleményét, helyzetét.

### Visszajelző szakasz

A visszajelzés történhet bármilyen eszközzel, hogy tudassa a klienssel, beszélgetőpartneremmel, mit értettem meg abból, amit elmondott, milyennek látom őt, a helyzetet stb.

A segítő „visszamondja” (tükrözi, kihangosítja) a klientsől hallottakat – ha lehet – ugyanazokat a szavakat, kifejezéseket használva, ezzel a konkrét helyzettől eltávolodva elemezhetik a történéseket. A kliens reakciói, esetleges helyesbítése után ismét a visszajelzés következik, egészen addig, míg biztosak lehetünk abban, hogy pontosan értjük, és ő is megnyugodott abban, hogy megértettük és befogadtuk a gondját. Például:

Szociális munkás: Hogy is volt ez, hogy a gyerek egyszer csak nem jött haza az iskolából?

Kliens: Nem, hanem már előző este mondta, hogy őt itt nem szeretik...

Szociális munkás: Szóval valamennyire előre lehetett látni, hogy betelik a pohár...

Óvatosan bánjunk az értelmezéssel, a de facto közlésekkel, felvilágosítással, gyakorlati következtetésekkel („Ha nem fizeti be ezt a pénzt, kikapcsolják az áramot”). Meg kell várni az ehhez optimális helyzetet (*timing*), ha azt nem tudjuk meghatározni, akkor inkább ne alkalmazzuk, biztosabban boldogulunk.

### Kiemelési szakasz

A kliens és a segítő együtt keresik meg az elmondottak legfontosabb pontjait, mindazt, ami leginkább arra indítja (indította) a klienst, hogy valamit tegyen (esetleg azt, amiben segítséget kér). Ha több ilyen is megfogalmazódik, akkor sorrendet állítanak fel, amelynek egyetlen szempontja az, hogy a kliens számára melyik nyomasztóbb, sürgetőbb. A rangsorolást a kliens végzi, a szociális munkás legfeljebb megkérdőjelezheti a sorrendiséget. Például:

„Akkor most mi lenne a fontosabb, a munkába állás, vagy a lakás rendbehozatala?”, „Ha beszél a felesége ügyvédjével, akkor mi lesz az elsődleges? A gyerekek vagy a lakás kérdése?”

A fontossági sorrend megállapítása maga is terápiás hatású, ennek során a kliens megpróbálja viszonylag pontosan bemérni a problémák súlyosságát, így a továbbiakban a dolgokat a maguk fajsúlyával kezelni és tudatosítani, hogy megoldódásuk milyen eredményekkel járhat.

### Elemzési szakasz

A segítő és a kliens végigmennek a kiemelt pontokon, tanulmányozzák a problémák természetét, keletkezését, összefüggéseit más bajokkal.<sup>8</sup> Itt kerülhet sor a kliens korábbi megoldási kísérleteinek végiggondolására. Megismerhetjük a fontos szereplőket, a környezetet, a leginkább befolyásoló tényezőket. Feltérképezhetjük a kapcsolatokat, az erőforrásokat, a kliens és környezete motivációit, céljait. E szakasz végére a kliens és a segítő hozzávetőleges tudást szerez a legfontosabb problémák természetéről, okairól, fontosságáról, megoldásuk nehézségeiről, akadályairól, az is egyre inkább láthatóvá válik, ki (a kliens, környezetének szereplői, az intézmény, a segítő), milyen mértékben hajlandó részt venni a megoldásban.

## 2. TERVKÉSZÍTÉS ÉS VISSZAJELZÉS (FEEDBACK)

Az elemzés során gyakorlatilag kialakult, ki mit tud és hajlandó tenni, illetve pontosan mire van szükség, az egyes tennivalóknak mi az optimális sorrendje, ki az, aki a legkompetensebb ennek végrehajtásában. Ebben a szakaszban tu-

<sup>8</sup> Ezeknek és az előző fázisoknak a felismerése sokszor szinte lehetetlen a munka folyamatában, legfeljebb az interjú szövegelemzésekor mutathatunk rá. Ismertetése itt csak azért szükséges, hogy az első interjú általános váza, szerkezete látható legyen.

lajdonképpen közös algoritmust dolgoz ki a kliens és a segítő, pontosan rögzítve a szereposztást.

A segítő számára ebben a szakaszban derül ki, milyen lehetőségei vannak a közös munkának, értékelni kell kliensét abból a szempontból, hogy várhatóan mennyire képes majd együttműködni.<sup>9</sup>

- képes-e a kliens önkritikára, belátásra?
- milyen fokú a belső önállósága, támogatásra szorul-e, milyen az ítéletalkotása, és ezt hogyan juttatja kifejezésre, milyen következtetésre jut, képes-e önálló döntésre, felelősségvállalásra?
- milyen a kontaktuskészsége, mennyire tudja átélni, kimutatni érzelmeit?
- milyen értékképzetei vannak (például saját és mások jogainak viszonya, a lemondás képessége)?
- milyen viszonyban van saját magával?

E szempontok azért is fontosak, hogy megtudhassuk, az együttműködés során mi várható el a kienstől, milyen célokat fogalmazhatunk meg. Az egyes célok fontossági sorrendjének megállapításakor szempont a realitás, mi érhető el most, mi később, ennek érdekében lehet közeli és távoli célokat kitűzni, ezek sorrendjét, egymásra épülését érdemes a munka folyamán állandóan ellenőrizni, szükség esetén korrigálni.

E szakasz is *feedbackkel* zárul, ellenőrizve, hogy a várható eredmények, következmények megfelelnek-e a céloknak.

### 3. SZERZŐDÉS/SZERVEZÉS

Vitatható, hogy a szerződéskötés az első interjú utolsó fázisa, vagy a munkának az első interjút követő önálló szakasza-e. A segítő és a kliens egy közös „menüből” választ a megfelelő sorrendbe állított problémák fontossága, sürgőssége, realitása szerint, figyelembe véve a résztvevők kompetenciáját, profilját, lehetőségeit, erőforrásait. Úgy kell építkezni, hogy már az első apró kliensi lépések sikeresek legyenek, hogy megerősítse vagy visszanyerje a saját magába, közvetlen környezetébe vetett hitét, a szociális munkással kialakuló kapcsolatába vetett bizalmát. Ez újabb erőfeszítésekre mozgósíthatja, amitől jobban érzi magát, még akkor is, ha az eredmény elhanyagolható. A tehetetlenségérzés, a kiszolgáltatottság csökkenésével az együttműködés feltételei is javulnak.

A szerződés gyakran nem körvonalazott, nem kimondott, nem leírt konkrét megállapodás, de latensen létezik, ha a megelőző fázisok során az egyeztetés megtörtént.

Lehetnek szakaszokra szóló szerződések, vagy próbaidő, amelyek lejártakor újra elemezhető a közös munka hatékonysága, a folytatás lehetősége. Előfordulhat, hogy a kezdeti szakaszokban születik hallgatólagos megállapodás, íratlan szerződés. Például a Jehova tanúi közé tartozó kliens ezeket a beszélgeté-

9 R. Bang (1974): A célzott beszélgetés.



seket nem használhatja missziós szolgálatának gyakorlására. Nem kapott közvetlen elutasítást, de észlelte, hogy ezt a tevékenységet a szociális munkás nem fogadta szívesen, ingerülten reagált stb. Kialakult tehát valami íratlan szabály, amiről nem beszéltek, nem fogalmazták meg.

Minél inkább képes a szociális munkás saját tevékenységének elemzésére – akár szupervízió segítségével is –, annál ritkábban alkalmazza ezt az eszközt. A kialakult rejtett szerződéseket azért érdemes elemezni, hogy pontosabb ismereteink legyenek arról, milyen technikákat alkalmaz a kliens (és a szociális munkás) mindennapi kommunikációja során.

### Kivel készül az első interjú?

Az interjú alanya lehet egy személy, egy pár vagy család, jöhet a kliens kísérővel, szomszédal, barátnővel, közvetítővel vagy akár az őt ide irányítóval, aki sokszor maga is megjelenhet panaszosként, felvetve így a „*ki tulajdonképpen a kliens?*” dilemmáját. A kliens sokszor azért jön valakivel, hogy ezzel szabályozza a beszélgetés mélységét. A kísérő (közvetítő, küldő, jóakaró) saját elképzelésével kerül a szituációba, megvannak a saját elvárásai, előítéletei, és igyekszik ennek megfelelően alakítani a helyzetet. Ennek felismerése az első interjú egyik eredménye lehet. Könnyű kimondani, hogy mindig a kliens dönti el, kik legyenek jelen az első beszélgetésen, annál nehezebb megtudni, valójában ki a kliens és ki akar tőlünk valamit. Ha a váróban a kliens többedmagával jelentkezik, megkérdezhetjük, kívánsága szerint ki vegyen részt a beszélgetésen. A későbbiek során bármikor lehetőségünk van változtatni ezen, a kliens igényei szerint.

A 60 év körüli hajléktalan asszony 50 év körüli, jól öltözött és jól táplált férfival érkezik, aki az asszony lakásügyeiben szeretne intézkedni. A beszélgetés során többször elhangoztak a „tárgyalok, eldöntöm, eladom, elintézem” igék a férfi szájából, míg az asszony nem szólt. Meg kellett kérni, hogy fáradjon ki a szobából, annak ellenére, hogy az asszony, aki magát kliensnek definiálta, a férfival együtt akart bejönni. A beszélgetés során egyre inkább összehúzódott, szemét lesütötte, alig mert megszólalni. A kérdésre, „Szeretne négy szemközt beszélgetni?“, alig hallhatóan rebegte az igent.

Család jelentkezése esetében nehezebb megállapítani, hogy ki a kliens, ez lehet a közös munka egyik eredménye. Ilyenkor érdemes a családdal eldönteni, hogy kinek a jelenlétében akarják elmondani mondandójukat. Ez is változhat, ahogy a család egyre több tagját lehet bevonni a beszélgetésbe, vagy el lehet dönteni, hogy bizonyos témákat esetleg az eredetnél szűkebb körben szeretne feltárni. Kiderülhet, hogy vannak még fontos személyek, akiknek az együttműködésére szükség van.



### Az első interjú lehetséges kimenetele

- Szerződés közös munkára (a további együttműködés résztvevőinek és tárgyának körvonalazása).
- A jelentkező megtudja, hogy problémájával nem az adott helyen foglalkoznak, esetleg azt is, hogy hova forduljon.
- A találkozás végén egyik vagy mindkét fél várakozó álláspontra kerül, feltételhez kötik a közös munka munkát, nem tudnak dönteni stb.
- Az első beszélgetés során helyére kerülhetnek, elrendeződhetnek a témák olyan szinten, hogy a kliens számára a továbbgondoláshoz már nincs szükség segítségre. (Ilyenkor az első beszélgetés a szociális munka összes fázisát magába sűrítetheti.)
- Nem alakul ki a további együttműködéshez szükséges kapcsolat a kliens és a szociális munkás között.

### Jegyzetelés

A klienssel folytatott beszélgetés során lehetőleg dolgozzunk papír, ceruza nélkül addig, amíg az elbeszélés spontán része le nem zárul. Ezután visszatérhetünk minden elhangzott dologra, és ekkor már készíthetünk feljegyzéseket. Jegyzetelésünkkel nem feltétlenül segítjük a klienst. Vannak, akik tollal a kezükben jobban tudnak gondolkodni, ilyenkor érdemes ezt előre megbeszélni a klienssel, meghallgatni az erre vonatkozó aggodalmait.

### EGYÉB KOMMUNIKÁCIÓS CSATORNÁK

A szociális munkás levelezése a klienssel inkább személyes, mint „hivatalos”. Gyakori kommunikációs forma ez a mozgásában korlátozott (ágyhoz kötött, intézetben, vidéki kórházban, szociális otthonban, börtönben lévő) kliens és szociális munkás között. A személyiség itt hasonló, mint az élőbeszédben. Nem keltheti rokoni, baráti közeledés illúzióját, bár nehéz kikerülni ennek csapdáit (például a kliens érdeklődését családunk, magánéletünk eseményei iránt, amelyet durván visszautasítani bántó, lazán kikerülni pedig szakszerűtlen). A levél funkciója lehet kapcsolatteremtés, biztatás, tájékoztatás, áthidalás a személyes találkozások között. Felmerül a géppel vagy kézzel írjunk dilemma. Géppel olvashatóbb, kézzel személyesebb. Klienseink sokszor kevésbé iskolázottak, emiatt a kézírást nehezebben olvassák.

A társintézményekkel, szervezetekkel a hivatalos levelezés különböző formáit használhatjuk attól függően, milyen a kapcsolat a két szervezet között. Kollégákkal való hivatalos levélváltásban például használhatunk tegező viszonyt, személyes fordulatokat, a levél megfogalmazása, szerkesztése mégis a hivatalos levelezésnek felel meg. Kialakul általában valamilyen „intézményes stílus” minden szervezetenél, amiről gyakran a fejléc nélkül is felismerhető, honnan jött a levél.

## A SZOCIÁLIS MUNKA DOKUMENTUMAI

### Az esettanulmány

A szociális munkásokat képző iskolák egyre gyakrabban alkalmazzák az esettanulmányt a felvételnél vagy vizsgakövetelményként, így elhalványult az esettanulmány eredeti, tanuló, tanító funkciója.

Az esetről szóló dokumentáció eseményekhez kötődik, rögződnek az élmények, a teendők fontossága. Esettanulmányt olyankor érdemes írni, ha fontos egy folyamat megértése, ha nagyon „beszippantott” egy ügy, vagy ha valami nagyon érdekes és fontos, vagy általánosításra alkalmas esemény történt kliensünkkel vagy velünk, amit jó lenne másoknak is átadni.

### Az esettanulmány típusai

A szociális munka bármely területéről írható esettanulmány. Tárgya lehet egyéni esetkezelés, szociális csoportmunka, közösségi szociális munka, családi szociális munka, szociális adminisztráció és a szociális munka szupervíziója is. Szólhat arról, hogy az adott intézményben a szociális munka hogyan járul hozzá az előforduló problémák megoldásához; egy esetről abból a szempontból, ahogy egy adott intézmény foglalkozott vele, vagy magáról a szociális munkásról, hogy mi volt az ő szerepe ebben.

A *hosszmetzeti* esetismertetés célja lehet, hogy egy különleges sorsot mutasson be, vagyis tipikus esetként szolgáljon egy intézmény, szervezet gyakorlatában, egy tanulási folyamatról szóljon, amely során megtanulunk esetekkel dolgozni, ismertesse a megismerés, feldolgozás módját. Lehetőséget ad arra, hogy egy-egy valóban végigvitt ügyet alaposan elemezzünk.

Az esetismertetés lehet *keresztmetzeti* (epizódyszerű), amely a kliens problémáját, a vele kapcsolatos történéseket egy adott téma köré rendezi (lakásügy, rokkantsági nyugdíj intézése). Módot adhat más kliensek hasonló helyzeteinek összevetésére, elakadás esetén a továbblépésre.

Szólhat a szociális munkásról magáról, mit jelent számára az ismertetett eset, miért fontos, mit tanult belőle. Az esettel való munka kapcsán a szociális munkás maga is klienssé válhat (például klienséhez hasonló kiszolgáltatott helyzetbe kerül a hatósággal szemben, a klienssel szemben megnyilvánuló előítéletek rá is kiterjedhetnek), és emiatt elveszti távolságtartását az esettől. Az esetismertetésben érdemes még egyszer végiggondolni, mely ponton veszett el a távolságtartása.

Érdemes szólni a bemutatás csapdáiról is. Sokszor lehet olyan érzésünk a hallott, olvasott esettanulmányok végiggondolásakor, bemutatásra szánt video-felvételek, összeállítások megtekintésekor, hogy túl kerek a történet, túlságosan helyén van minden. Ha az a célunk, hogy jobban átlássuk saját tevékenységünket, akkor a mellékutakat, kudarcokat is be kell mutatnunk, és természetesen azt is, hogy miképp jöttünk rá a megoldásra. Az így készült munka valóban alkalmas lehet arra, amire szántuk, vagyis hogy átlássuk tevékenységünket, és tanulságul szolgálhasson másoknak.

## Az esettanulmány felépítése

Az egyes vázlatpontok egy általános szerkezetet biztosítanak, mely a rendszerezett végiggondolást segíti. A hangsúly aszerint tolódhat el, hogy mi a tanulmány célja. Az egyes szakaszok jelentősége változhat, bármelyik el is maradhat.

- Ki az esettanulmány szerzője, hogy került kapcsolatba a klienssel, milyen intézményben, milyen szerepben? Más a nézőpontja a szociális asszisztensnek, aki egy – a váróban történt – esetet elemez az előtéri dinamika megértése érdekében, vagy egy szociális munkásnak, aki kliense társas kapcsolatait akarja bemutatni, a sértődött emberek reakcióit tanulmányozva. Az asszisztens itt része a helyzetnek, míg a szociális munkás esetleg másoktól kapott információk alapján dolgozik.
- Hogyan került kapcsolatba a kliens a szociális munkással vagy az őt foglalkoztató szervezettel, milyen motivációk alapján, önként jött vagy küldték, mit jelent ez a közös munka szempontjából, milyen dilemmákat vet fel?
- Mi a „hozott” probléma?
- Mit várt a kliens, amikor jelentkezett és a közös munka során milyen elvárásai voltak, miből lehetett választani, milyen típusú problémákra felkészült az intézmény, mennyire nyitott a kliens gondjaira?
- Kik a szereplők a kliens, illetve az intézmény részéről? A kliensi szereplőkről már szóltunk. Minden szervezetnek van kialakult gyakorlata, kik kerülnek egy ügybe. Van, ahol ketten foglalkoznak egy esettel (például két csoportvezető), lehetnek asszisztensek, technikai személyzet, belekerülhet a vezető, konzultáns, szupervízor. Az esettanulmányban fontos szólni arról, hogy a szupervízió, konzultáció mit adott a szociális munkás számára a további munkához, miért vált szükségessé stb.
- A szereplők közül ki a kliens és miért ő?
- A kliens szociokulturális környezete, családi háttere.
- A kliens saját erőforrásai, saját korábbi próbálkozásai a helyzet megoldására.
- Kire számíthat a kliens saját környezetében, és kit hívhat segítségül?
- Kire számíthat a szociális munkás (team, szupervízor, támogató környezet)?
- Miért pont ahhoz a szociális munkáshoz került (sajátos érdeklődés, korábbi ismeretség, szimpátia, irányítás, ajánlás stb.) és ennek volt-e jelentősége az eset során, volt-e választási lehetőség a kliens és a szociális munkás számára?
- A közös munka menete, fázisai (elvárások, szerződés, hogyan működött a szerződés a gyakorlatban, milyen nehézségek támadtak és ki mit tett a legyőzésükre, milyen fordulópontjai, válságai voltak a kapcsolatnak, hogyan lehetett túljutni rajtuk).
- Mi tett a kliens és környezete, hogy a közös munkát (változást) segítse/megakadályozza, melyek a visszahúzó tényezők, kinek (nem) áll érdekében a változás?
- Milyen érzelmeket, indulatokat váltott ki az eset a kliensben, a szociális munkásban és mit kezdtek ezekkel?

- Lezárult esetről van szó, vagy folyamatban lévőről? Ez azért is fontos, mert más a rálátásunk egy lezárt ügyre, mint amiben benne vagyunk.
- Mennyire érzi vagy érezte magát az ügyben kompetensnek a szociális munkás és miért?
- Milyen szakemberre volt vagy lett volna szüksége és mihez?
- Kapott-e segítséget, kitől, milyen, és ez hogyan érintette a klienssel való kapcsolatát, saját kompetenciáját. Érdemes leírni a kudarccokat, rossz lépéseket is, főleg ha tudjuk, és át merjük gondolni, mit rontottunk el. (Ide tartozik a megérintettség, esetleg megsértődés is). A leírás célja a feldolgozás, elemzés, így könnyebben lezárható egy ügy.
- Ha az eseti munka kapcsán érdekes dokumentumok születtek (levelek, iratok, képek), ezek bemutatása fontos, érdemes mellékletben csatolni a személyiségi jogok figyelembevételével.
- Az eset szereplőinek nevét, környezetét rögzítéskor úgy kell megváltoztatni, hogy ne legyen felismerhető. Publikáció esetén érdemes a kliens hozzájárulását is kérni. Az esettanulmány írásakor közelebb juthatunk a megértéshez, ezt esetenként a klienssel is megoszthatjuk, így részese lehet a munkának. Lehetséges, hogy magát a tanulmányt is elolvashatja, aminek akkor van jelentősége, ha még a közös munka keretébe történik, mivel ez a munka során továbbvihet. Különösen hitelesek azok a tanulmányok, melyeket aláírt az, akiről szól.
- Szakirodalmi hivatkozások akkor kellenek, ha valamilyen közismert jelenségre hozunk példát, és a hivatkozás segít az elmélet megértésében. Ha már a munka során utánaolvastunk egy jelenségnek, problémának, és ezáltal a kliens esete összevethető általános adatokkal, tapasztalatokkal, akkor érdemes erre kitérni, különösen ha az élmény feldolgozottságát javítja.
- Az adatok csoportosításakor minden lehetséges összefüggést végig kell gondolni, mert nem az a legfontosabb, hogy egy esetről mindent leírjunk a legapróbb részletekig, hanem hogy rendezzük, feldolgozzuk az eseményeket, jelenségeket, tapasztalatokat.
- Az esettanulmány szerkesztésekor jól el kell különíteni a konkrét esetről szóló szakaszokat a hivatkozásoktól, az elemzés eredményeitől.
- Az esettanulmány nem egyszerűen esetismertetés vagy esetleírás, hanem elemzés, tehát tanulmány. Ebben értelmeznünk kell az eseményeket, összevetni adatokat, indokolni, okokat keresni, magyarázni, kérdéseket feltenni stb. A feldolgozás szempontjának is ki kell derülnie, mi volt a célja, és mire jutottunk.
- Pontosan meg kell határozni, hogy mire használandó az elkészült munka.

## A DOKUMENTÁCIÓ

### Rögzítés

Vannak különböző technikák arra, hogy a klienssel folytatott munkát rögzíthesük és megőrizhessük objektíven, később is elemezhetően. A mindennapi munka során ritkán nyílik alkalmunk megfelelő rögzítésre vagy a felvett anyag alapos feldolgozására, így ezeket a technikákat gyakran csak tanulás, esetleg a szupervízió során alkalmazzák. Csoportos, családi munkában lehetőség nyílik a videofelvétel készítésére, használhatunk magnót, vagy diktafont. Létezik néhány erre a célra összeállított kérdőív,<sup>10</sup> mely egy-egy eset megfelelő rögzítésében segít.

Alapvető elvárás, hogy egyenrangúan használjuk a felkészül-kliensi munkafeldolgozás hármas szerkezetét. A klienstől kliensig siető szociális gondozó is összeválogatja valahogy a kellékeket, mintegy „rákészül” arra, akihez megy, de gyakorlatilag semmi ideje nem marad az élmények feldolgozására, az információk rendszerezésére. A szociális munka mindennapi rutinjában az első és harmadik szakasz, a felkészülés és a feldolgozás, elveszti valódi jelentőségét, emiatt sok érték eltűnik. A megfelelő felkészülés az „itt és most” hatékonyságát támogatja, a feldolgozás a szerzett élmények, információk, érzelmek és indulatok elrendezésével a felkészülést segíti. A hármas egység szétesése veszélyezteti a szociális munka eredményességét, rögtönzéshez, kapkodáshoz vezet, fokozza a fáradtság és a reménytelenség, a befulladás érzését.

A feljegyzések három célt szolgálhatnak:

1. emlékezés, feldolgozás, tanulás,
2. ellenőrzés,
3. az eseti munka folyamatossága („körelőzmény”, esetátadás, gondozóváltás, ismételt jelentkezés esetén).

A rögzítésnek tehát olyan elemekből kell állnia, amelyek mindhárom célra alkalmassá teszik. Lehetnek adatlapok, amelyek a központi nyilvántartást szolgálják. Ezek akkor megfelelőek, ha olyan adatokat tartalmaznak, amelyeket a szociális munkás általában fel is használ. E hármas cél érdekében helyi szokások alakulhatnak ki, melyeket a rendszeres visszajelzések korrigálhatnak. Az ellenőrzés általában az adatok rögzítésére és nem saját feljegyzéseink minőségére vonatkozik. A benyomások, vélemények, hipotézisek rögzítése a szociális munka elemi részeként a napi munkát szolgálja. A szociális munkás ritkán kényszerül arra, hogy véleményét leírja (például hatósági megkeresésre). Nem rögzítik hipotéziseiket, előzetes információkat, feltételezéseiket (akár előítéletekkel), mintha nem is léteznének és nem is hatnának.

A feljegyzések elkészítésekor pontosan meg kell határozni, kik olvashatják.

<sup>10</sup> Például Hugh Lenkins családterápiás ülést rögzítő kérdőíve, amely több dimenzió mentén elemzi a történeteket, készítetve a kitöltőt, hogy észrevételeit más szakmák által is használható módon megfogalmazva szembesüljön saját rutinszerű diagnosztikai kísérleteivel.

## Az esetvezetés rögzítésének különböző módozatai

A szociális munkában kialakulatlanok az esetdokumentáció eljárásai. Egyes helyeken adatlap készült (boríték, fedőlap), amely a fontosabb adatok feljegyzésére szolgál. Van, ahol az egészségügyben szokásos szigorú esetdokumentáció módszerét használják („dekurzálás”), mely minden találkozást, megbeszélést, telefont, intézkedést tartalmaz. Hiányos, mert nem teremti meg a következtetés, véleményalkotás kötelező feltételét. Egy-egy közös munka után kialakult valamilyen vélemény a probléma okairól, jellegéről, mely lehet hipotézis is. Az orvosi diagnózisjelleg segít eligazodni az adatok között, felidézi a korábbi megállapításokat, ami a szociális munkást is rákényszeríthetné, hogy alkalmanként elemezze munkáját, terveket készítsen vagy módosítson.

Alkalmas lehet ugyanerre a funkcióra az időnkénti összefoglalás. Ennek lehet funkciója például egy szakasz lezárásakor, jelentősebb történések, nagyobb változások esetén, de kapcsolódhat a szociális munkás munkaritmusához is, például havonta. A gyakorlat az, hogy az első találkozást részletes dokumentálás követi, és a közös munka során egyre apad a rögzített információ mennyisége, és ezzel együtt a feldolgozás is. Az időnkénti összefoglalás során terv készülhet a következő találkozásra és a további munkára, s ez a felkészülést is segíti.

Más dokumentálási technika, amikor bizonyos időnként terjedelmes összefoglalókat, *esetleírást* készítenek. Ebben az esetben sok lehetőség nyílik a benyomások, élmények, vélemények rögzítésére, de elvesznek adatok, információk, túl súlyos a szociális munkás szubjektív emlékezete.

A két technika ötvözte lenne optimális, vagyis az egyes eseményeket röviden feljegyezzük, és időszakonként összefoglalót írunk. Segít a munkanaplóban, naptárban rögzített rövid emlékeztető, ami a feldolgozásban támaszt jelenthet.

## SEGÉDESZKÖZÖK ÉS ADMINISZTRÁCIÓ

### Lakásrajz

A lakásban való elhelyezkedés ábrázolása akkor válhat fontossá, ha a tér felhasználásának megismerése a családi viszonytok megértésének kulcsa. Annak – akár a kliensi családdal közös – ábrázolása, hogy melyik helyiségben ki és mikor, kinek az engedélyével és meddig tartózkodhat, megadhatja talán az egyes családtagok elszigetelődésének okát. Például: az étkezőben a gyerekek rendszeresen pingpongoznak, enni az íróasztaluknál szoktak. A mama a konyhában a sámlin eszik, a papa a szobájába zárkózva. Ha a papa megpróbálna az étkezőben enni, akkor a gyerekek a szobájukba húzódnának, vagy elzavarnák. A mamának még soha nem jutott eszébe, hogy máshol is ehetne. A szülők gyakorlatilag nincsenek beszélő viszonyban, csak a legszükségesebbeket tárgyalják meg. Mindez esetleg nem derül ki a lakásban való elhelyezkedés megismerése nélkül, mivel a szülők nem panaszkodnak rossz kapcsolatukra.



### **Esetdossier (karton, boríték)**

- Amiben az iratok vannak, ami tartós, alkalmas arra, hogy rákerüljön a kliens neve, és legalább azon adatai, melyek alapján nyilvántartjuk, és hogy iratokat lehessen benne tárolni.
- Adatlap (mely lehet akár a dossierban is, de lehet a dokumentum egy sajátos része, vagy ténylegesen külön lap).
- Maga az esetdokumentum, lapszámmal, dátummal, kézjeggyel ellátva.
- Mellékletek: iratmásolatok, az ügyben írt és kapott levelek, feljegyzések, lehetőleg időrendben, saját feljegyzéseinktől elkülönítve, esetleg újságcikkek, információk.
- A dossierról ki kell, hogy derüljön, folyamatos ügyről van-e szó, vagy olyanról, amit már lezártunk; ha a kliens elhunyt, azt is érdemes jelezni.
- Ránézésre ki kell, hogy derüljön, ki az „esetfelelős” és fel kell tüntetni az ebben bekövetkezett változásokat is.

Az esetdossier a szociális munkást foglalkoztató intézmény vagy szervezet tulajdona, mely a kliens tudtával és beleegyezésével készül. A klienssel kialakított partneri viszony esetében tartalma is lehet a kliens számára. Sok esetben azért nem mutatható meg, mert a szociális munkás rögzíti saját tapasztalatait, véleményét, hipotézisét, amit nem feltétlenül kell megosztani kliensével.

A dossiert tehát nem szolgáltatatható ki, és meghatározandó mindazok köre, akik beletekinthetnek. Erre vonatkozóan jól átlátható belső stratégiát kell kidolgoznia minden szociális munkával foglalkozó szervezeteknek, mert ellenőrzés címén sokan szeretnének az anyagokba belenézni. A szakfelügyelő vagy az önkormányzati felügyelő kérhet információkat a munkáról, de az adott kliensek személyes ügyeibe nem tekinthet bele. Lehet gazdasági ellenőrzés olyan helyen, ahol a szervezet ilyen tevékenységgel is foglalkozik (például térítési díjat szed, adományt oszt, segít). Itt az elosztás, pénzkezelés gyakorlata vizsgálható, és ellenőrizhető az egyes esetekben megvalósított pénzügyi intézkedés, de nem tekinthető meg a teljes dossier. Egy szervezet dokumentációjának kialakításakor érdemes ezt a szempontot előre betervezni, és a gazdasági ellenőrzésre felkészülni (például kiemelhető határozatokkal, segélylappal, átvételi elismervényekkel). A pénzügyi ellenőrt ugyan köti a közalkalmazottakra kötelező titoktartás, azonban nem tanulja, mit és ki elől kell titkolnia.

### **Munkanapló**

Általában a szociális munkás teljesítményének mérésére, ellenőrzésére szolgál, ennek alapján vizsgálható munkaidejének kihasználtsága. Ebben rögzíti tevékenységét és a ráfordított időt. Egyes ellátási formákban (például házi gondozás) a kliens aláírásával tanúsítja az elvégzett munkát és az ott töltött időt. A munkanapló adatai ugyanakkor a később részletesen elkészítendő feljegyzések alapjául szolgálhatnak.



## Beszámoló

Lehet írásos (éves tevékenység vizsgálata) vagy szóbeli (vezetői ellenőrzés). Elkészítését megkönnyíti az előre kiadott szempontrendszer, aminek alapján át kell tekinteni az elvégzett munkát. Ebben szerepelnie kell annak, hogy milyen időszakra és konkrétan mely tevékenységre vonatkozzon a beszámoló és kinek szól. Tudni kell, hogy milyen dokumentumokat, iratokat akar áttekinteni a vizsgálathoz, és mi történik az elkészült anyaggal. Rendszeres beszámolót igényel általában a fenntartó, melynek tartalmaznia kell a finanszírozás felhasználását, annak szakmai indokait. Beszámoltathat a szervezet vezetője a szociális munkás tevékenységének részletes megismerése érdekében. A felsoroltak ellenőrző funkciók, azonban hasznosak a szociális munkás és szervezete számára. A napi munka folyamatában a tevékenység olyan szerteágazó, áttekinthetetlenül válhat, az időnkénti összerendezés, összefoglalás strukturálhatja a tennivalókat. A vezetői beszámoltatás segítséget adhat egy szervezet egységes munkamódjának kialakításában, szakmai visszajelzéseket, információkat nyújthat.

## Szakértői vélemény

Az első és legfontosabb szabály az, hogy a szociális munkás szakvéleményt csak „hivatalos megkeresésre” adhat ki. Ezt bíróság, gyámhatóság vagy egyéb hatósági jogkörrel felruházott szervezet kérhet.

Etikai dilemmát jelenthet a vélemény elkészítése, mivel a szociális munkás sok olyan információval rendelkezhet, mely egy hatósági eljárásban terhelő lehet. A titoktartási kötelezettség kevés védelmet ad, ha lehet, ez esetben ki kell térni a megbízatás alól. Meg lehet próbálkozni egy olyan levéllel, melyben rögzítjük a szociális munka és a szakértői tevékenység közötti ellentmondást. Vannak azonban olyan helyzetek, amikor a kitérés nem lehet eredményes, vagy amikor a hatóság nem fogadja el érveinket.

A hatóság az általunk kibocsátott szakértői véleményt figyelembe veheti az eljárás során (ha saját véleményét megerősíti, vagy fontosnak tartja a leírtakat), de figyelmen kívül is hagyhatja (ha adatai nem egyeznek a korábbiakban tapasztaltakkal, vagy nem kívánt irányt adnának az eljárásnak). Kliensünk maga is kézbe kapja a szakértői véleményt (nemcsak tőlünk, hanem az eljárás során is). Kérheti a hatóságot, hogy vegye figyelembe, vagy hagyja figyelmen kívül, vitathatja állításait, kérhet kontrollszakértőt.

Szakértői véleményt az érvényes jogszabályok szerint csak szakértő adhat ki, illetve mindazok, akiket a hatóság szakértői véleményalkotásra felkér. Tehát ettől a felkéréstől maga a szociális munkás is szakértővé válhat egy konkrét ügyben, véleménye hatással lehet a hatósági döntésre, kliense sorsára. A hatósági kirendelés kötelező erejű, elkerülésével a szociális munkás csak addig élhet, amíg írásba nem foglalták. A klienssel való munka során sokat tehetünk e helyzet elkerülésére. Kliensünk sokszor szeretné, ha a hatóság úgy látná őt, ahogyan mi, emiatt előfordul, hogy maga kéri kirendelésünket. Ha meg tudjuk beszélni vele a róla alkotott képünket, kétségeinket, akkor elfogadhatja, hogy

szakértőként (vagy akár tanúként) való szerepeltetésünk nem feltétlenül kedvező.

*Korlátozó gondokság alatt álló kliensem a gondnokság megszüntetésére indított perében tanúként kívánt szerepeltetni. Tudnunk kell, hogy a bíróság a tanúkénti meghallgatás során elmondottakat a szakértői vélemény kiegészítéseként kezelheti. Részlet kettőnk beszélgetéséből:*

*Én: Marikám, ne idéztessen be engem tanúnak, mert csak azt tudnám mondani, hogy szerintem még szüksége van a gondnokságra.*

*Kliens: De nekem nem kell, nem foglalkozik velem, nem ad pénzt, csak mindenbe beleszól. Megvagyok én nélküle.*

*Én: Persze, jól éledgel, el tudja látni magát, ezzel nincs is baj, de nyugdíj után pár nappal már nincs pénze, a rezsi meg nincs kifizetve, a lakásába is befogad ismerősöket, és akkor jól jön a gondnok, hogy kirakja, amikor már terhére van. Csak ezt tudnám mondani a bíróságon is. Így, ha azt szeretné, hogy megszüntessék a gondnokságot, akkor engem hagyjon ki az ügyből.*

Vannak azonban olyan helyzetek, amikor a kliens érdeke úgy kívánja, hogy megfeleljünk a hatósági kérésnek, és elkészítsük a szakértői véleményt. Mindenképpen kliensünkkel együtt kell kialakítani azt, nem lenne jó, ha a hatósági eljárásból értesülne véleményünkről.

A szakértői vélemény elkészítésekor fontos, hogy csak arra válaszoljunk, amit kérdeznek, a kérdések végiggondolásával megpróbáljuk megérteni, mire is kíváncsi a hatóság és mire fogják használni, amit leírnak.

A hatóság előtti szereplés kötelezővé tehető a szociális munkás számára (írásban és tényleges megjelenéssel is) azonban a legfontosabb a kliens. A szakértői vélemény kiadása jó alkalom lehet arra, hogy tükröt tartsunk kliensünk elé, megismertetve véleményünkkel és elemezve a szakértői vélemény rá vonatkozó következményeit. Kiemelt fontosságúak az ügyre vonatkozó adatok, ezeket alaposan ellenőrizni kell. A megkeresés adatai is hibásak lehetnek. Egy ügyiratszám elírásával elkeveredhet a levél, egy évszám eltévesztésével torz képet nyerhet a hatóság.

### **A szakértői vélemény szerkezete**

A fejlécben a saját intézményünk adatai alatt szerepeljen a megkereső hatóság és a kérő levél aláírója címzettként, valamint a megkeresésben megadott ügyiratszám. A szöveg első bekezdésében utalni kell a megkeresésre: milyen ügyben, kiről – pontos adatokkal: név, születési, anyja neve, lakcíme –, kit rendelt ki, és miért tőlünk kérnek véleményt.

Röviden írhatunk arról, hogyan kerültünk (hogyan vagyunk) kapcsolatban a klienssel, mi az együttműködésünk tartalma. Ha a megkeresés a kliens körül-

ményeiről is kérdez, akkor írhatunk erről. A megfogalmazásban segíthet, ha megnézzük (elkérjük a klientsőt) az ügyben korábban született iratokat.

A következőkben kell válaszolnunk a feltett kérdésekre a korábbiakban leírtak szerint.

Végül az utolsó bekezdés(ek)ben van arra módunk, hogy bármit leírjunk, ami kliensünk hasznára válhat.

A szociális munkás levelezésére vonatkozóan lásd még a „Kiadmányozás” című szakaszt, de itt is kiemelem, hogy jó, ha ilyen iratot nem adunk ki önállóan.

Érdemes a (kliensen kívül) az intézményvezetővel, vagy tapasztaltabb kollégával is konzultálni, együtt elemezni a szakértői vélemény kiadásának szükségességét és a leírtak várható következményeit.

A hatóság előszóban is meghallgathatja a kirendelt szakértőt. A legfontosabb ilyenkor is a kliens érdekeinek védelme.

### **Forgalmi napló**

Azok az intézmények, szervezetek vezetnek forgalmi naplót, amelyekben napi, bejáró kliensforgalom van. A statisztikai adatokon túl (naponta hány régi és új kliens, milyen szolgáltatásokra, melyik szociális munkáshoz jött) általában is tükrözi az intézmény napi működését. A munkanapló és a kliensdosszié mellett a szociális munkás és az őt foglalkoztató intézmény ellenőrzésének eszköze lehet. A kliensnyilvántartás számára adatokat rögzít, a változások feljegyzésére szolgál. Például innen (is) értesülhet a szabadsága után visszatérő szociális munkás arról, hogy távolléte idején ki kereste, és melyik kollégája nyújtott segítséget.

### **Kliensnyilvántartás**

Régebben regiszteres füzetben, kartotékfiókban tárolták a kliensi adatokat, ma egyre inkább számítógépes nyilvántartást vezetnek. A kliens legfontosabb adatai mellett szerepelni kell annak is, ki foglalkozik vele (és mindezen adatok változásai is), „folyamatos” vagy „befejezett” ügy, milyen módon található meg az intézmény vagy szervezet dokumentumai között a kliensre vonatkozó részletes feljegyzés (például dossziészám vagy születési idő, taj szám, személyis igazolványszám szerint). A számítógépes nyilvántartás segítségével könnyen azonosíthatók a beérkező levelek, az évek elteltével ismételt jelentkezők.

### **JEGYZŐKÖNYVEK, NYOMTATVÁNYOK, HIVATALOS IRATOK**

Az iratok, levelek, beadványok szerkesztése, nyomtatványok kitöltése, illetve a mindezekkel kapcsolatos munka a szociális munkás egyik gyakori tevékenysége. Érdemes tehát némiképp elmélyedni ezek megismerésében, hiszen nagyon kínos a klienssel együtt böngészni egy nyomtatványt, nem beszélve az időről. Jó, ha a szervezet raktáron tart néhány darabot a leggyakrabban szükséges nyomtatványokból (jól áttekinthetően, követve az igényeket és változásokat), és kialakul egy közös gyakorlat a kitöltésükre, beadásukra. A szociális munkás számára néha egyszerűbb kitölteni a nyomtatványt (ezzel is tovább növelve a

kliensétől való távolságot), mint támogatni a kliens saját próbálkozásait. Az egyik legnagyobb élmény lehet egy szociális munkás számára, amikor analfabéta, de olvasni valamennyire tudó kliense fellebbezést diktál a számítógépbe, a képernyőn követve a közös munkát. Sokan szinte kész beadványokat hoznak a szociális munkáshoz legépelésre. Nemegyszer hallottam már: „Nem vagyok X.-né titkárnője!” A kliens maga elvégezte a munka érdemi részét, de tudja, hogy ezt megfelelően tálalni is kell, és ebben kér segítséget. Érdemes tisztázni ilyenkor is, mit is várnak tőlünk: szolgálai másolást, helyesírási, stilisztikai hibák kijavítását, átfogalmazást, kiegészítést? A kliens saját stílusa, nyelvhasználata fontos érték, még akkor is, ha például a bírók szívesebben olvasnak szakszerűbb, ügyvéd által megfogalmazott iratokat. Már a külalaktól is kiderül, hogy ezt a kliens nem önállóan készítette, érdemes tehát vele együtt végiggondolni, milyen hatást akar kiváltani, mit akar közölni (például, hogy van profi segítője), milyennek akar mutatkozni.

A szociális munkásnak képesnek kell lennie bizonyos iratok megszerkesztésére, hiszen nem mindenhol áll rendelkezésre olyan jogsegélyszolgálat, amely minden kérdésre válaszolna, sokszor a kliensek ezt nem is igénylik. Nagy segítséget nyújthat ebben a Szerződéstár (1993).

### **Iktatás**

Nagyobb intézmények, szervezetek kimenő és bejövő levelezésének kezelését segítő adminisztratív eljárás, melynek során a küldőt (címezett), a levél témáját, a felelőst (aki írta, intézte az ügyet vagy aki kapta a levelet), az irat sorsát (kihez került további munkára, postán vagy faxon továbbítják), esetleg korábban keletkezett levelekkel való kapcsolatát. Általában az adatokat tartalmazó iktatókönyv mellett megtalálható az iratok másolatát tartalmazó irattartó, vagy utalás arra, hogy az irat hol található.

### **Postakönyv**

Segítségével ellenőrizhető, hogy a megírt leveleket feladták-e és mikor, valamint ennek költségeit is tartalmazza.

### **Kiadmányozás**

Az intézmények, szervezetek alapidokumentumaikban szabályozzák, melyik iratot ki írhatja alá, milyen pecséttel kell ellátni. Általános elv, hogy a szociális munkás mellett a működésért felelős szakmai vezető is aláírja például a kimenő leveleket, amely intézményes felelősséget vállal a benne foglaltakért. Ennek gyakorlata sokszor mechanikus, a vezető olvasás nélkül aláírja az elérakott dokumentumokat. A szociális munkában azonban nagyon nagy fontosságú minden levél, tájékoztatás, vélemény, az aláírással tehát a vezető szakmai ellenőrzést gyakorolja. Egy-egy irat kapcsán a szervezet kialakítandó taktikájára is gondolni kell, és szakmapolitikai szempontokat is figyelembe kell venni. Másfelől tehát a kiadmányozási jog a szociális munkást is védi, nemcsak az intézményt, nem az aláíró a felelősség egy részét átvállalja.

## SZÁMÍTÓGÉPES ADATRÖGZÍTÉS, -FELDOLGOZÁS

### Milyen adatokat gyűjtsünk és miért?

Egyre bővül azon adatok köre, amelyeket gyűjteni kell, jócskán eltávolodva a valóban szükségestől. Minden intézménytől elvárható, hogy átlássa, pontosan milyen adatokra van szüksége. Arra is figyelni kell, hogy az adatok statisztikailag rögzíthetők és tudományosan feldolgozhatóak legyenek. Az adatokat lehetőleg olyan módon kell rögzíteni, hogy számítógépes kezelésre alkalmasak legyenek. (Ez még abban az esetben is fontos, ha még nincs gép.)

Vannak viszonylag egyszerűen megtudható és kezelhető adatok: például a lakás adatai: mérete (szobaszám), komfortfokozata: (1) családi ház, (2) összkomfort, (3) komfort, (4) félkomfort, (5) komfort nélküli.

Jól megfogalmazható a kliensi család szerkezete, amely tartalmazza, hogy hány generációs a család, melyik generációban hányan élnek együtt, férfiak vagy nők, és ebben hol helyezkedik el a kliens. Ilyen adat segítségével pillanatok alatt kikereshetők az egyedülállók, például egy gondozószolgálat tervezett karácsonyesti meghívójának címezésekor, vagy a háromnál több gyerekesek a csomagoztáskor. A címlista egy újabb utasítással borítékok címezésére, vagy megfelelő körlevél készítésére alkalmas.

A munkaidő viszonylag kis része szükséges az adminisztrációhoz, ha az adatokat egyszerűen kezeljük. Ilyen például egy naprakész klienslista a számítógépünkben. Ha ezt kinyomtatott formában használjuk, akkor meggondoljuk, hogy az esetleg 50–100 oldalas listát mikor nyomtatjuk ki ismét. Ha már a gép adatbázisával dolgozunk, akkor a legfrissebb adatokkal dolgozunk. Jól követhetők így a kliensek alapadatai, az intézmény nyújtotta jellegzetesebb szolgáltatások (például részt vesz-e étkeztetésben, mennyi térítési díjat fizet, igénybe vette-e a jogsegélyszolgálatot, jár(t)-e valamilyen csoportba, visszafizette-e a tartozását).

### Az adatbevitel és -felhasználás szakmai és etikai dilemmái

A számítógépes kezelés során az adatok csoportosíthatóak, feldolgozhatóak, esetleg olyan perifériás felhasználás is lehetséges, amikor nem a szociális munkás dolgozik az adatokkal (például gépi könyvelés). A szakmai titoktartás minden felhasználóra egyaránt vonatkozik. Fontos tehát a nem szociális munkások számára érthetővé tenni az adatvédelem fontosságát. Nem elég a titoktartás tudatosítása, hiszen az adatkezelés során bárki feltárhat összefüggéseket, esetleg nem is sejtve, hogy ezek a védendő adatok körébe tartoznak.

Kérdés, hogyan tudassuk az igénybe vevővel, hogy adatait rögzítjük, kezeljük, számítógépbe írjuk stb. A kliensnek joga van tudni róla. A szociális munkás az adatok kezelése során észrevehet olyan összefüggéseket is, amelyeket kliense nem hozott – közvetlen módon – a tudomására. Például rájöhet, hogy a kliens és férje első unokatestvérek. Ezt az adatot olyan információként kell kezelnie, ami nem a kliens szándékolt közléséből ered, hanem amire ő jött rá. A számítógépes adatfeldolgozásból származó információtöbblet nem külön szakmai probléma, csak egy a kiegészítő információs források között.

## TÁJÉKOZTATÁS A SZOLGÁLTATÁSRÓL (SZÓRÓANYAGOK, ISMERTETŐK, PUBLIKÁCIÓK)

A tájékoztatók, szóróanyagok készítésének célja: az intézmény/szervezet megismertetése a szakma és az igénybe vevők számára, például az új intézmény/szervezet létrejöttkor, új szolgáltatás beindításakor, a működés átfogalmazásakor (megújulásakor). Célja lehet a jobb kommunikáció kialakítása, fenntartása az igénybe vevőkkel, vagy azok valamilyen közösségével, a szakmával, más szervezetekkel.

Készülhet például hírlevél, mely magazinszerű szerkesztésével egyszerre tájékoztat, ismertet, érdeklődést kelt, visszajelez, esetenként lehetőséget ad az igénybe vevők bemutatására, közleményeinek kiadására. Egyszerre szakmai és népszerű, széles körben olvasott.

### **A publikáció dinamikai jelentősége a szociális intézmény, szervezet szempontjából**

A publikáció fontos belső funkciója a kényszerítő elméleti megfogalmazás. Egy közösségről akkor mondható el, hogy fejlődik, ha a tevékenységhez tartoznak a belső szakmai viták, visszajelzések, ötletek. A szellemi „termelőmunka” beindulása (publikációk, oktatásban való részvétel, szociális terepként való működés, intézményismertető, évkönyvek, újabban beindítandó munkákról készült szinopszisok, esetenként igényes szakmai beszámolók, esetleírások) szellemi alkotóközösséget teremt, mely a napi munkára termékenyítő hatással van. Csak az az intézmény, szervezet lehet terep például a szociális munkás-képzés számára, ahol a szociális munkások meg tudják fogalmazni gondolataikat (Bárdos-Falvai 1996).

A hatásos ismertető, a jól levezetett, elméletileg szépen alátámasztott munkák sokszor átsiklanak a részletek, elakadások, kudarcok felett. Emiatt sokszor nagyobb becsülete van annak a közleménynek, amely valamilyen kudarc okait elemzi, vagy amely részletesen ismerteti egy folyamatot, lépésről lépésre. Főleg azért nagy az esettanulmány-írók felelőssége, mert ma ezek a szakma tanulásának fontos eszközei. A sikertörténetek hatására az olvasó elveszítheti önbizalmát, neki talán soha nem sikerül egy ilyen kerek történetet összehozni.



## Irodalom

- Ammon, G. (1991): Az idő koncepciója és jelentősége a dinamikus pszichiátriában. In: Psychiatria Hungarica, Budapest, VI. évf. 5. 375–389. o.
- Andelson, E.—Fraiberg, S. (1992.): Elhagyott anya, elhagyott gyerek. Budapest, Fővárosi Pedagógiai Intézet. (Családgondozó műhely, 7.)
- Argelander H. (1986): Első interjú a pszichoterápiában. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció, Egyéni Terápiás Munkacsoport, 5. kézirat
- Aronson, E. (1980): A társas lény. 2. kiadás Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 331. o.
- Bagdy E. et. al. (1981): Exploráció és terápia. Budapest, Akadémia Kiadó, 113. o. (Pszichológiai műhely)
- Bálint M.(1990): Az orvos, a betege és a betegség. Budapest, Arumula, 262. o.
- Bang, R. (1974): A célzott beszélgetés. A beszélgetés mint gyógyító és nevelő eljárás. Budapest Tankönyvkiadó, 215. o. (Pszichológia nevelőknek)
- Bang, R. (1980): A segítő kapcsolat mint a személyes segítség alapja. Budapest Tankönyvkiadó, 177. o. (Pszichológia nevelőknek)
- Bárdos K.: Esettanulmány. Wesley János Lelkészképző Főiskola Tündérhegyi Kihelyezett Szociális Munkás Képzés jogvédett tananyaga. Kézirat.
- Bárdos K. (1992): Példatár. Budapest, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és a Terézvárosi Segítő Alapítvány kiadványa.
- Bárdos K. (1995): Első beszélgetés a szociális munkában. Wesley János Lelkészképző Főiskola Tündérhegyi Kihelyezett Szociális Munkás Képzés jogvédett tananyaga. Kézirat.
- Bárdos K.—Falvai R. (1996): Terepgyakorlat-szupervízió? In: Várnai György (szerk.): Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. Budapest, Szociális Szakmai Szövetség, 202–214. o.
- Barnes, G. G. (1991): Családterápia és gondozás. Alapvető ismeretek a családkról és a családterápiáról. Budapest, Animula, 144. o. (Családterápiás olvasókönyv-sorozat, 2.)
- Berg, I. K. (1995): Konzultáció sokproblémás családokkal. Budapest, Animula, 168. o. (Családterápiás olvasókönyv-sorozat, 5.)
- Bognár G. (1994): Felderítés és terepmunka a családgondozásban. In: Berényi A. (szerk.): Családgondozás és iskola. Szöveggyűjtemény. Debrecen, Kossuth Lajos Tudományegyetem, 143–158. o.
- Buda B. (1978): Az empátia-beleélés lélektana. Budapest, Gondolat, 334. o.



- Buda B. (1988): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. Budapest, Tömegkommunikációs Kutatóközpont, 294. o.
- Buda B. (1991): Esettanulmányok a pszichoterápiában. In: Füredi János (szerk.): Pszichoterápiás esettanulmányok. Az Orvos-továbbképző Egyetem jegyzete. Budapest, Animula, 9–15. o.
- Compton, B. R.—Galaway, B. (1994): Problémamegoldás: a szociális munka folyamata. In: Hegyesi G.—Talyigás K. (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata 1. köt. Általános szociális munka. Budapest, Semmelweis Kiadó, 138–159. o.
- Evans, D. R.—Hearn, M. T.—Uhlemann, M. R.—Ivez, A. E.: Az interjúkészítés lényege. Budapest, ELTE Szociálpolitikai Tanszék. Kézirat.
- Forgas, J. P. (1989): A társas érintkezés pszichológiája. Budapest, Gondolat, 381. o.
- Freeman, D. R. (1994): Házassági krízisek. A házassági tanácsadás gyakorlata. 6 fejezet. A telefon akut házassági krízisekben. Budapest, Animula, 149–158. o.
- Füredi J. (1991): Méréssel szigorú mércével. In: Füredi János (szerk.): Pszichoterápiás esettanulmányok. Az Orvos-továbbképző Egyetem jegyzete. Budapest, Animula, 5–8. o.
- Füredi J. (1996): Rendszerszemlélet a terápiák rendszerében. Előadás a Magyar Családterápiás Egyesület X. Jubileumi Családterápiás Vándorgyűlésén.
- Haley, J. (1981): A kontroll kérdése a rövid pszichoterápiában. In: Buda Béla (szerk.): Pszichoterápia. Budapest, Gondolat, 242–260. o.
- Haley, J. (1994): A családdal folytatott első beszélgetés helye lebonyolítása. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció Családterápiás Munkacsoport Füzete, I. Kézirat.
- Hankiss E. (1983): Társadalmi csapdák. Diagnózisok. Budapest, Magvető Kiadó, 445. o. (Gyorsuló idő)
- Hargens, J. (1996): A szakszerű beszélgetés mint terápia. Pszichoterápia, V. évf. 1. 29–32. o.
- Hargens, J.—Grau, U. (1992): Metaforák a kérdésben. A Kiel-Meyn-i konzultációs modell gyakorlata. Pszichoterápia, I. évf. 1. 21–26. o.
- Hepworth, D. H.—Larsen, J. A. (1996): A célokban való megegyezés és a szerződés megfogalmazása. In: Tánczos Éva—Gosztonyi Géza (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata. 11. köt. Szociális munka egyénekkkel és családokkal. Budapest, Semmelweis Kiadó, 129–144. o.
- Hepworth, D. H.—Larsen, J. A. (1996a): Interperszonális és környezeti rendszerek felmérése. In: Tánczos Éva—Gosztonyi Géza (szerk.):

- A szociális munka elmélete és gyakorlata. II. kötet. Szociális munka egyénekkkel és családokkal. Budapest, Semmelweis Kiadó, 98–128. o.
- Hepworth, D. H.—Larsen, J. A. (1996b): A sok szempontú felmérés. In: Tánczos Éva—Gosztonyi Géza (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata. II. kötet. Szociális munka egyénekkkel és családokkal. Budapest, Semmelweis Kiadó, 66–97. o.
- Idegen szavak szótára. (1979). Bakos E.—Péntek J.—Teiszler P. (szerk.): Bukarest, Kriterion, 1–2. kötet, 382–405. o.
- Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. (1996). Várnai Gy. (szerk.): Budapest, Szociális Szakmai Szövetség, 281. o.
- Klacsman D. (1994): Szép kerek történet – Esettanulmány. Család, gyermek, ifjúság. 3–4., 38–41. o.
- Laki L. (1992): Munkanélküliség és bűnözés. Egy esettanulmány tanulságai. Esély, 5., 45–62. o.
- Leuzinger-Bohleber M. (1996): Az esettanulmány mint a pszichoanalitikus kutatás eszköze. Pszichoterápia, V. évf. 1. 5–28. o.
- Loewenberg, F.—Dolgoff, R. (1994): Etikai választások a segítő foglalkozásban. In: Hegyesi G.—Talyigás K. (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata. I. kötet, Általános szociális munka. Budapest, Semmelweis Kiadó, 181–190. o.
- Loewenberg, F.—Dolgoff, R. (1994): Érték és etika a szociális munka gyakorlatában. In: Hegyesi G.—Talyigás K. (szerk.): A szociális munka elmélete és gyakorlata. 1. kötet, Általános szociális munka. Budapest, Semmelweis Kiadó, 191–205. o.
- Meyer A. E. (1995): A novellaszerű esetleírás helyett inkább interakció-történet. Pszichoterápia, IV. évf. 1. 5–16. o.
- Morvai B.: Kéregető, avagy minden így működik? Budapest, Fővárosi Pedagógiai Intézet.(Családgondozó műhely, 7.)
- A nevelés és pályaválasztási tanácsadás pszichológiája. (1992). Szerk.: Illyés S.—Ritoókné Ádám M. Budapest, Tankönyvkiadó, 1–2. kötet.
- Orosz Á. (1995): Párterápiás esetismertetés, Pszichoterápia, IV. évf. 5. 36–368. o.
- Pease, A. (1989): Testbeszéd. Gondolatolvasás gesztusokból. Budapest, Park Kiadó, 196. o. (Hétköznapi pszichológia)
- Pease, A.—Garner, A. (1991): Szó-beszéd. A társalgás művészete. Budapest, Park Kiadó, 125. o.

- Penn, P. (1989): Az előreccsatolás technikája: jövőre irányuló kérdések; jövőtervezés. In: Családterápiás olvasókönyv I. Budapest, Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat. 117–131. o.
- A segítő beszélgetés. (1987). Faber, H.—Schoot, E. nyomán. A Művelődési Minisztérium Vezetőképző és Továbbképző Intézetének valamint a Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichohigiénés Munkacsoportjának közös kiadványa. Budapest (Pszichoterápiás és mentálhigiénés szemléletformáló füzetek, 3.)
- Segítő találkozások. (1991). Példatár. Zsámboki M. (szerk.): Budapest, Híd Családsegítő Központ, Nevi MPT., 119. o. (Családsegítés, mentálhigiéné módszertani füzetek, 5.)
- Selvini-Palazzoli, M.—Boscolo, L.—Cecchin, G.—Prata, G. (1989): A családterápiát ajánló személy problémája. In: Családterápiás olvasókönyv I. Budapest, Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat, 141–148. o.
- Sherman, R.—Fredman, N. (1989): Strukturális technikák a pár- és családterápiában. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Szerződéstartár. (1993). A Heti Világgazdaság különszáma, 1993. március.
- A szociális munka elmélete és gyakorlata. (1996.) 2. kötet. Szociális munka egyénekekkel és családokkal. Esetmunka 1. Szerk.: Tánczos Éva—Gosztonyi Géza, Budapest, Semmelweis Kiadó, 404. o.
- A tanácsadás pszichológiája. (1992): Szöveggyűjtemény. Szerk.: Ritoókné Ádám M., Budapest, Tankönyvkiadó, 290. o.
- Tomm, K. (1989): Az interventív (beavatkozó) interjúzás. I. Stratégiakészítés: a terapeuta 4. vezérelve. II. Reflexív kérdezés az interventív interjúban. III. Mikor tegyünk fel oknyomozó, cirkuláris, stratégiás vagy reflexív kérdéseket? In: Családterápiás olvasókönyv I. Budapest, Mérei Ferenc Mentálhigiénés Szolgálat, 75–116. o.
- Watzlawick, P. (1989): A helyzet reménytelen, de nem súlyos. Budapest, Helikon. 107. o.
- Watzlawick, P.—Weakland, John H.—Fisch, R. (1990): Változás. A problémák keletkezésének és megoldásának elvei. Budapest, Gondolat Kiadó, 212. o.

**Kovács Ibolya:**

## **A szociális regiszter használata<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Képzési tananyag a munkaügyi kirendeltségi multiplikátorok felkészítéséhez Az „Út a munkához” program végrehajtásának feladatiról FSZH 2009.: 22–31.

A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények országos nyilvántartásának publikus felülete = szociális regiszter.

A Foglalkoztatási és Szociális Hivatal szociális regisztere a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások országos nyilvántartását tartalmazza.

Az adatbázis és az abban foglalt adatok alapja a *szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények ágazati azonosítójáról és országos nyilvántartásáról* szóló 226/2006 (XI. 20.) kormányrendelet.

Ez a jogszabály kötelezővé teszi:

- szolgáltatók *működését engedélyező hatóságok számára* az általuk kiadott, módosított, visszavont működési engedélyek rögzítését ebben a nyilvántartásban,
- a *szociális szolgáltatások fenntartóinak* a jogszabályban meghatározott szempontok szerint kötelező negyedévente/félévente adatot szolgáltatniuk.

Ebből következik, hogy a regiszterben minden, működési engedéllyel rendelkező szociális, gyermekjóléti illetve gyermekvédelmi szolgáltatásnak szerepelnie kell, így az országban jelenleg ez a legteljesebb körű, és a legfrissebb információkat tartalmazó adatbázis a fenti szolgáltatásokra vonatkozóan.

*Fontos információ, hogy amennyiben a működést engedélyező hatóság bármilyen információt (új engedély kiadása, módosítása, megszüntetése) a regiszterben rögzít, az azonnal megjelenik a publikus portálon is, vagy ha a fenntartó jelentési kötelezettségének eleget tett, az olvasható, tehát így a legfrissebb adatokkal találkozhat az érdeklődő, felhasználó.*

A keresési funkciókkal, és a regiszterben szereplő adatok értelmezésével kapcsolatban a Sűgő menüpont alatt található bővebb tájékoztatást.

A szociális regisztert az alábbi linkre kattintva érhetik el:

<http://szocialisregiszter.afsz.hu/>

## Általános tájékoztató

A regiszter publikus felülete elérhető mind az állampolgárok részére (aki hozzátartozójuk vagy saját maguk részére keresnek szolgáltatást), mind a szociális, munkaügyi területen dolgozó szakemberek számára.

A szakemberek a náluk jelentkező ügyfelek számára tudnak szolgáltatást keresni, elérhetőségeket megadni.

Általában az ügyintézés során az ügyfél, más az adott ügygel szorosan össze nem függő problémát is megemlít, a regiszter és a *szolgáltatási linkgyűjteményben található szociális és munkanélküli ellátások menüpont együttes használata elősegíti, hogy az ügyfél több és további ellátási lehetőségről szerezzen tudomást, illetve kapjon felvilágosítást, továbbá célzottan – a regiszter használatával – a számára szükséges szociális, családsegítő és/vagy gyermekjóléti szolgáltatóval kapcsolatba kerüljön, így annak elérhetőségéről tájékoztatást kapjon.*

*Egyes anyaoththonok címe titkos lehet,* elsősorban olyan anyaoththonoknál, ahol bántalmazott anyákat, gyermekeket fogadnak – ilyen esetben az ügyfél a területileg illetékes gyermekjóléti szolgálat felkeresésével juthat el az adott címre.

Az alábbi táblázat tartalmazza, hogy az egyes szociális szolgáltatásokat hány fő feletti településen kell biztosítani:

Település nagysága, szolgáltatási kötelezettség	Étkeztetés	Házi segítségnyújtás	Családsegítés	Idősek nappali ellátása	Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	Egyéb nappali ellátás*	Átmeneti elhelyezés	Egyéb Szakosított ellátások	Utcai szociális munka
lakosságszámtól függetlenül	x	x							
2 000 fő feletti	x	x	x						
3 000 fő feletti	x	x	x	x					
10 000 fő feletti	x	x	x	x	x	x			
30 000 fő feletti	x	x	x	x	x	x	x		
50 000 fő feletti	x	x	x	x	x	x	x		x
Fővárosi kerületi önkormányzat	x	x	x	x	x	x	x		x
Fővárosi/ megyei önkormányzat								x	

\* egyéb nappali ellátások:

nappali ellátás hajléktalan személyek részére,  
nappali ellátás pszichiátriai betegek számára,  
nappali ellátás szenvedélybetegek számára  
nappali ellátás fogyatékos személyek részére

\*\* egyéb szakosított ellátások: ápolást, gondozást nyújtó intézmények, rehabilitációs intézmények, lakóotthon, egyéb szociális intézmény

*Alapszolgáltatási központ* az alábbi szolgáltatást nyújtó szociális intézmény:

- étkeztetés,
- házi segítségnyújtás,
- családsegítés,
- nappali ellátás,
- gyermekjóléti szolgáltatás

2009. január 1-jétől a *támogató szolgáltatások és a közösségi ellátások* megszervezése pályázati rendszerben biztosított a területi kiegyenlítés elve alapján, már nem kötelező önkormányzati feladat.

Falugondnoki, tanyagondnoki szolgálat elsősorban 600 fő alatti településen található illetve olyan településeken, ahol külterület van (tanyarendszer, puszta).

Tehát *egy szolgáltatás keresésekor célszerű figyelembe venni, hogy egyes ellátások megszervezése csak városokra vonatkozik* pl. hajléktalanok átmeneti szállása, így már a kereséskor a legközelebbi (elsősorban az adott kistérségen belüli) városra érdemes rákérdezni.

Ugyanígy pl. az időotthonokat az adott megye megjelölésével célszerű keresni, mert így várható találat.

Mivel az önkormányzati szolgáltatások egy része társulás formájában működik, így célszerűbb ellátási területre és az adott szolgáltatásra keresni. Ugyanez igaz a civil szervezetek, egyházak fenntartásában működő szolgáltatásokra.

Egyes szolgáltatásokat az önkormányzat más önkormányzattal, vagy nem állami, egyházi szervezettel kötött ellátási szerződés keretében nyújtja, így kereséskor célszerűbb az ellátási területre és szolgáltatásra keresni.

**Fenntartó:**

**Állami fenntartó:** központi költségvetési szerv, helyi önkormányzat, intézményi társulás, települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulása, települési kisebbségi önkormányzat, területi kisebbségi önkormányzat

**Egyházi fenntartó:** magyarországi székhelyű egyház, az egyházaknak a Ltv. szerinti magyarországi székhelyű szövetsége, magyarországi székhelyű egyházi jogi személy

**Nem állami fenntartó:** alapítvány, közhasznú társaság, egyesület, non-profit szervezet, gazdasági társaság, szociális vállalkozói engedéllyel rendelkező természetes személy,

(a felsorolás nem teljes körű)

*Gyermejkölési, gyermekvédelmi szolgáltatásokra keresése*

Legtöbb gyermekjóléti szolgáltatás városi szinten működik, a gyermekvédelmi szakellátásokra megyei szinten érdemes rákeresni.

## A regiszter használatának ismertetése



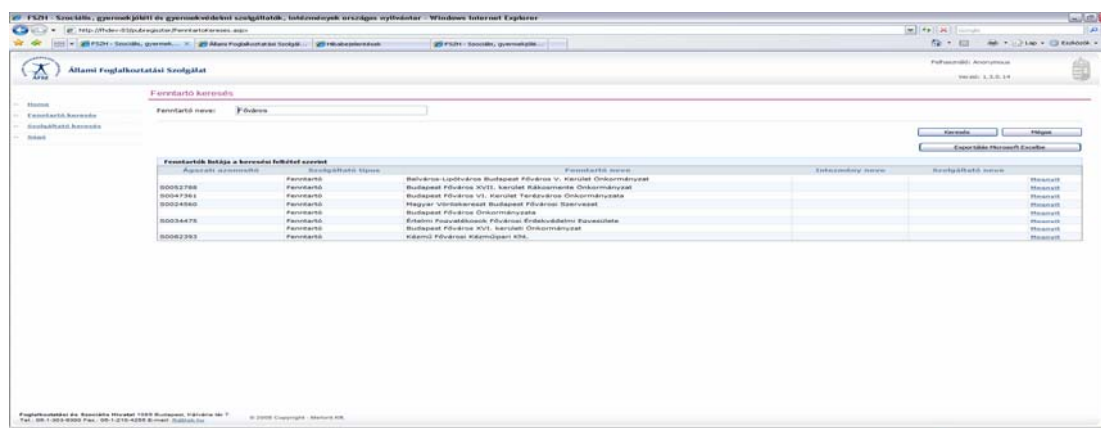
A regiszterben lévő adatokat a képernyő jobb oldalán található *menü*sor segítségével kereshetjük meg:

A *Home*-ra kattintva mindig visszajuthatunk a főoldalra, ahol a regiszterrel kapcsolatos friss híreket, információkat találhatjuk meg.

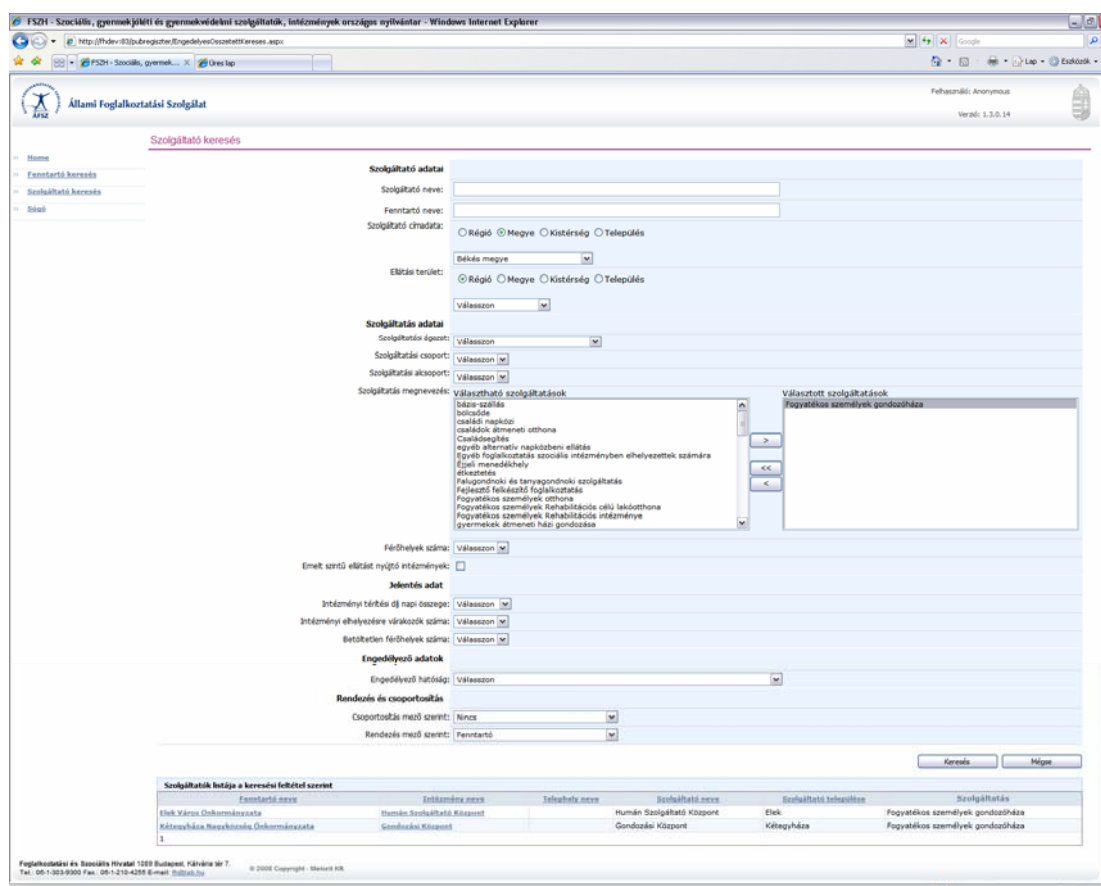
A *Fenntartó keresés* funkciót akkor érdemes használni, ha konkrétan egy fenntartó és a hozzá tartozó intézmények, szolgáltatások adatiról szeretnénk többet megtudni. A keresés során nem

szükséges megadni a fenntartó teljes nevét, töredékszavakra is kereshetünk, és a találatként megjelenő, hasonló nevű fenntartók közül választhatjuk ki, és tekinthetjük meg a *megnyit gombra* kattintva a bennünket érdeklőt:





A *Szolgáltató keresés* funkcióra akkor lehet szükség, ha nem egy konkrét szervezet, intézmény adataira vagyunk kíváncsiak, hanem pl. település, ellátási terület, szolgáltatástípus szerint szeretnénk keresni. A szűrési feltételek közül egyszerre több is kiválasztható pl. ha a címadatok közül kiválasztjuk Békés megyét, a szolgáltatás megnevezések közül pedig a fogyatékos személyek gondozóháza szolgáltatástípust, a lap alján található eredménylistában megkapjuk azoknak az intézményeknek, telephelyeknek a listáját, melyek ezt a szolgáltatást nyújtják, és címük alapján Békés megyében találhatók:



Ha az egeret az egyes *szűrési feltételek* közelébe húzzuk, rövid magyarázat jelenik meg arra vonatkozóan, mit jelent az a konkrét feltétel.

A *szolgáltató keresés oldalon* vannak olyan keresési feltételek, melyek bármelyik szolgáltatástípus esetén használhatóak, pl. ellátási terület, engedélyező hatóság, szolgáltató neve, vannak azonban olyan funkciók is, melyek használata csak bizonyos esetekben járhat eredménnyel. Ezek elsősorban a *jelentés adatok*, a *férőhelyek száma* és az *emelt szintű ellátást nyújtó intézmények* mező.

Ha nem egyes szolgáltatásokra, hanem azok nagyobb csoportjaira szeretnénk keresni, nem szükséges az összes szolgáltatást a választott szolgáltatások közé átrakni, elég az ágazat, csoport, alcsoport kategóriákban a szükségeset kiválasztani:

A fenti példában a *keresésre kattintva* listát fogunk kapni az összes gyermekek napközbeni ellátását biztosító szolgáltatásról.

A rendezés funkció segítségével az áttekinthetőség kedvéért *abc sorba* rakhatók a keresési találatok fenntartó, intézmény, telephely, a szolgáltató neve és települése szerint. A *csoportosítás funkció* elsősorban összesítések készítéséhez nyújthat segítséget, hiszen megmutatja pl. hogy egy bizonyos szolgáltatástípust hány településen, vagy hány különböző intézményben nyújtanak.

A *találati listából* a bennünket érdeklő szolgáltatás/intézmény részletesebb adatait a fenntartó, intézmény vagy telephely nevére kattintva tekinthetjük meg.



A telephelyek engedélyeinek megtekintéséhez a telephely neve melletti *megnyit* felírra kell kattintani. Ugyanilyen oldalra jutunk akkor is, ha a szolgáltató keresés oldalon a telephely nevére kattintunk:

**Szolgáltatás nyújtás helyének adatai**

Fenntartó: Csongrád Megyei Önkormányzat  
 Intézmény: Csongrád Megyei Önkormányzat Evesített Szociális Intézménye Szentes

Szolgáltatás nyújtás helyének adatai:

Ágazonosító: 50071301  
 Típusa: Telephely  
 Név: Derekegyház 1. lakóotthon  
 Telefonszám: 6621  
 Fax száma: 6621  
 Címe: 6621 Derekegyház, Petőfi utca 40.

Email cím:   
 Web cím:   
 Kapcsolattartó neve:   
 Titkos: Nem

[Utoljára módosított: 2008.05.14](#)

[Előzmények](#)

Utoljára H. ideje	Fenntartó	Előfokú hatóság	Engedélyes	Előfokú határozat száma	Előfokú határozat kelte	Állapot
7/15/2008 10:26:25 AM	Csongrád Megyei Önkormányzat	Déli-alföldi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala		02-417-2/2008.	5/7/2008	Végleges

Itt már látható a telephely engedélye/engedélyei, amelynek részleteit az engedéllyel egy sorban levő *megnyit* felírra kattintva tekinthetjük meg:

**Engedély megtekintése**

Fenntartó: Csongrád Megyei Önkormányzat  
 Engedély állapota: Végleges

Fenntartó adatai:

Ágazonosító: Csongrád Megyei Önkormányzat  
 Fenntartó neve: 06-62-566000  
 Fenntartó telefonszáma: 06-62-566000  
 Fenntartó fax száma:   
 Gazdasági forma: fővárosi, megyei önkormányzat  
 Fenntartó székhelye: 6720 Szeged, Rákóczi tér 1., 1. emelet em.

☐ Fenntartó szolgáltatást közvetlenül nyújtja a szolgáltatást.  
☒ Szolgáltatón, intézményben vagy telephelyben keresztül nyújtja a szolgáltatást.

**Engedélyes adatai**

Ágazonosító	Szolgáltató típusa	Intézmény neve	Szolgáltató neve
50071301	Telephely	Csongrád Megyei Önkormányzat Evesített Szociális Intézménye Szentes	Derekegyház 1. lakóotthon

**Engedélyes szolgáltatásai**

Szolgáltatás típusa	Elbírálási terület
Fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona	Megegyezik

Megegyezik:

Hatóság neve: Déli-alföldi Regionális Közigazgatási Hivatal Szociális és Gyámhivatala  
 Határozat száma: 02-417-2/2008.  
 Határozat kelte: 2008.05.07  
 Határozat jogerőre emelkedése: 2008.05.27

☐ Egyedi Betekintés.

Az egyes szolgáltatástípusokra vonatkozó adatokat a szolgáltatás megnevezése melletti megnyit gombra kattintva láthatjuk:

**Szolgáltatás adatai**

Szolgáltatási ágazat: Szociális  
 Szolgáltatási csoport: Bentszállásos intézmények  
 Szolgáltatási alcsoport: Lakóotthonok  
 Szolgáltatás megnevezése: Foglalkoztatási személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona  
 Ellátási terület: Megyei  
 Választott megyék: Csongrád megye

☐ A szolgáltatás (intézmény, házhoz) részben önállóan gazdálkodó költségvetési szerv.  
 Szolgáltatási időtartama: Házhozjárás  
 Szolgáltatás kezdete: 2001.02.15  
 Szolgáltatás vége:

☐ Ellátási körzettel működő szolgáltatás

Szolgáltatás adat	
Férőhelyek száma	10
Emelt szintű férőhelyek száma	0

A példában szereplő szolgáltatás esetében kiderül pl. az ellátási terület, a szolgáltatás nyújtás kezdeti időpontja és a férőhelyszám.

Ha ennél *részletesebb* adatokra vagyunk kíváncsiak, azokat – szociális szolgáltatások esetében – a szolgáltatás nyújtás helyének adatai fejlécű oldalon az *utolsó jelentés megtekintése* felírra kattintva tehetjük meg:

**Utolsó jelentés megtekintése (2008/1.félév)**

Ha a szöveg mellett nem szerepel jelentési időszak megjelölés:

**Utolsó jelentés megtekintése**

az azt jelenti, hogy a fenntartó nem tett eleget jelentési kötelezettségének, vagy olyan új szolgáltatásról, intézményről van szó, amely az utolsó jelentési időpont óta kezdte meg a működését.

Állami Foglalkoztatási Szolgálat

Jelentés adatai

Kereskedelmi név: **Csongrád Megyei Önkormányzat**

Jelentés időszaka: **2009/1. félév**

Jelentés állapota: **Publikált**

Intézmény neve: **Csongrád Megyei Önkormányzat Egysített Szociális Intézménye Szentes**

Telephely neve: **Dereksziget 1. lakóotthon**

Statisztikai kód: **02-417-2/2008.**

Statisztikai kód leírása: **Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthos lakóotthona**

Statisztikai kód típusa: **Statisztikai kód**

Statisztikai kód állapota: **Publikált**

Statisztikai kód dátuma: **Adatbázis**

Foglalkoztatási és Szociális Minisztérium 1059 Budapest, Kálvária tér 7.  
Tel.: 06-1-383-9300 Fax: 06-1-210-4208 E-mail: [szoci@lab.hu](mailto:szoci@lab.hu)

© 2008 Copyright - Magyar KSH

Állami Foglalkoztatási Szolgálat

Jelentés adatai

Statisztikai kód típusa: **Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthos lakóotthona**

Statisztikai kód	Érték
2.4.2.1. a jelentési időpontban betöltött férőhelyek száma	10
2.4.2.2. a jelentési időpontban betöltetlen férőhelyek száma	0
2.4.2.3. a jelentési időpontban intézményi elhelyezésre várakozók száma	0
2.4.2.4. a jelentési időszakban intézményi férőhelyeken elhelyezett ellátottak száma	0
2.4.2.5. a jelentési időszakban intézményi férőhelyekről kiküldött ellátottak száma	0
2.4.2.6. a jelentési időpontban az intézményi férőhelyek díj napi összege	1840

Vissza

Foglalkoztatási és Szociális Minisztérium 1059 Budapest, Kálvária tér 7.  
Tel.: 06-1-383-9300 Fax: 06-1-210-4208 E-mail: [szoci@lab.hu](mailto:szoci@lab.hu)

© 2008 Copyright - Magyar KSH

Fontos tudni a kereséssel és az adatok megtekintésével kapcsolatban, hogy ezen a publikus felületen, a regiszterben a *keresés pillanatában hatályos működési engedéllyel szereplő szolgáltatókról, intézményekről, telephelyekről találhatunk információt*. Azok a szolgáltatók, melyekhez semmilyen, vagy csak hatályon kívül helyezett engedély társul a nyilvántartásban, nem jelennek meg a találati listákban.

További részletekért a regiszter működésével, az abban található adatokkal kapcsolatban a [regiszter3@lab.hu](mailto:regiszter3@lab.hu) címre írhatnak levelet.