

Dr. Vályi Péter oktatási igazgató  
Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet. Budapest

## Rehabilitációs pályázatok „a rehabilitáció fogalma, jelene és jövője”

A WHO Ottawai Nyilatkozatának egészségdefiníciója: „Az egészség olyan állapot, melyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való ké-

pesesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jólét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.” Nos, e nyilatkozat szellemében dolgozik, foglalkozik a hozzájuk fordulókkal az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI). Ezúttal Dr. Vályi Péterrel, a Főigazgatóság oktatási igazgatójával beszélgettünk a rehabilitáció fogalmáról, jelenéről és jövőjéről.

– *Az ORSZI a társadalombiztosítási és szociális szakértés vezető intézménye, a rokkantság megállapításán kívül további csaknem 30 jogcímen végez szakértői tevékenységet és ad ki szakvéleményt. Úgy tudom, az elmúlt néhány esztendőben – igazodva a megváltozott kibívásokhoz, igényekhez – komoly fejlődésen ment keresztül az országos intézmény.*

– A 2007 augusztusától végrehajtott módosítások nemcsak a feladatkörünket érintették, hanem a szervezeti, eljárási, módszertani és képzési teendőinkben is lényeges változások történtek. Társadalmi szempontból az egyik jelentősebb dolgunk a megváltozott munkaképesség vizsgálata. Újdonság, hogy a munkaképesség-csökkenés helyett az intézet az egészségkárosodás mértékét, a szakmai munkaképesség változását és a rehabilitálhatóságot egyidejűleg vizsgálja, a rehabilitálhatónak minősített személyek részére rehabilitációs javaslatot készít. Ezen szakhatósági állásfoglalások és szakvélemények alapján ítélik meg azután a rokkantsági nyugdíj, a rehabilitációs járadék és több egyéb ellátás.

– *Mi az új rendszer fő célkitűzése?*

– Az egészségkárosodás (ami a veleszületett rendelkezések, balesetek, betegségek okozta anatómiai és

funkcionális eltéréseket jelenti) mértékének felmérése mellett a szakmai munkaképesség (a jelenlegi, az egészségkárosodást megelőző munkakörben vagy a képzettségnek megfelelő más munkakörben történő foglalkoztatásra való alkalmasság) megmaradásának vagy elvesztésének a kimutatása, a megmaradt, fejleszthető képességek meghatározása, ezeket figyelembe véve a rehabilitációs szükségletek (orvosi, foglalkoztatási, szociális, stb.) értékelése, a rehabilitálhatóság véleményezése. A cél nem csak a munkába történő visszatérés elősegítése, hanem végső soron az, hogy az adott személy a tartós egészségkárosodás ellenére minél teljesebb mértékben részt tudjon venni a társadalom életében.

– *Jelenleg mi a helyzet?*

– 2008. június 1-je óta dolgozom az ORSZI-ban. Az ORSZI most, 2010. május végén, még a Szociális és Munkaügyi Minisztérium felügyelete alá tartozik. Jelenlegi struktúráját 2007. augusztusától érvényben lévő jogszabály határozza meg. Ilyen néven azóta funkcionál intézetünk – Dr. Juhász Ferenc főigazgató úr vezetésével. Főigazgató Úr 15 éve dolgozik egy egységes rendszer kialakításán, melynek célja, hogy az egészségkárosodott, megváltozott munkaképességű személyek állapotának a felmérése objektív módon történjen, ennek figyelembevételével személyre szólóan lehessen meghatározni a rehabilitációs szükségleteket, a cél ne a rokkantság, hanem a társadalmi értékteremtő képesség (beleértve az egészségi állapottól függő munkavégző képességet is) helyreállítása legyen.

Az ORSZI nem „MUCSŐ”-t (munkaképesség-csökkenést) vizsgál, nem „leszázalékolást” végez, hanem komplex szakértői véleményezés történik, amelyben az orvosszakértő mellett a foglalkoztatási és szociális szakértő is részt vesz. Szakértőink „hozott anyagból” dolgoznak, a szakértői állásfoglalás és szakvélemény kialakításakor figyelembe veszik a rendelkezésre álló korábbi orvosi vizsgálati eredményeket, az ezekből levont megalapozott véleményeket. Szakhatósági és szakértői szerv

vagyunk, a különböző pénzbeli és nem pénzbeli ellátást igénylő személyek az illetékes hatósághoz (nyugdíjbiztosítási szerv, Magyar Államkincstár, az önkormányzat jegyzője stb.) adják be a kérelmüket, amelyek tőlünk kérnek szakvéleményezést, szakhatósági állásfoglalást, és ezt figyelembe véve hozzák meg saját határozataikat. Tehát nem közvetlenül az ORSZI-hoz kell fordulni és a végső döntés sem az ORSZI-ban születik. 23 féle jogcímen évente körülbelül 300 ezer vizsgálatot végzünk. A 300 ezer vizsgálat jelentős részét komplex szakértői véleményezés teszi ki, amely magába foglalja az egész szervezet károsodásának (az úgynevezett össz-szervezeti károsodásnak) a meghatározását, a korábban már említett szakmai munkaképesség megállapítását, a rehabilitálhatóság, a rehabilitációs szükségletek felmérését, annak eldöntését, hogy az illető az átfogó rehabilitáció eredményeként vissza tud-e térni a nyílt munkaerőpiacra. 2008. január 1-jétől bevezetésre került az úgynevezett rehabilitációs járadék, a cél az, hogy ne feltétlenül rokkant legyen az egészségkárosodott személy, hanem a rehabilitáció idejére olyan, a rokkantnyugdíj 120%-át kitevő, pénzbeli ellátásban részesüljön, amely biztosítja a rehabilitációs időszakra az anyagi fedezetet. Ehhez viszont az egészségkárosodott személynek együtt kell működnie a munkaügyi szervekkel, akik gondoskodnak az egészségi állapotnak megfelelő munkahelyen történő foglalkoztatásról, a képzésről, átképzésről. A rehabilitációs járadék igénybevétele – természetesen – nem ad lehetőséget a rokkantság melletti „feketemunkára”, ezért sokan tiltakoznak ellene. Amennyiben a rehabilitációs járadék időtartama alatt nem javul valakinek az egészségi állapota olyan mértékben, hogy visszatérhessen a nyílt munkaerőpiacra, az természetesen rokkantsági nyugdíjat fog kapni.

– *A felborulásból úgy tűnik, a hajdani évekhez képest alapvetően megváltozott a rehabilitáció fogalma.*

– Az átfogó rehabilitáció fogalma egyrészt a társadalom által biztosítandó komplex rendszert jelenti, ami magába foglalja az orvosi, foglalkoztatási, szociális rehabilitációt, képzést-átképzést, másrészt az egyén felelősségét, feladatait is hangsúlyozza a rehabilitációs folyamatban. Csak a társadalom törekvéseinek és az adott személy szándékainak egybeesésével valósítható meg a személyre szóló rehabilitáció. Ez egészen más szemléletet igényel, mint a korábbi gyakorlat volt. A biológiai tudományoknál – beleértve az orvostudományt is – a cél, hogy a diagnózis felállításával a normálistól való eltérést minél pontosabban meg lehessen állapítani. Ez a szemlélet a kórosat, a normálistól való eltérést hangsúlyozza, ami viszont az egészségkárosodott ember esélyegyenlőségéhez való jogát sérti. Tehát a feladat az, hogy a megmaradt, fejleszthető képességeket is megállapítsuk, mert ez a személyre szóló rehabilitáció alapja. A rehabilitáció célja nemcsak

az, hogy az illető visszanyerje a munkaképességét, de az is, hogy a társadalmi értékteremtő-képesség is minél teljesebb mértékben visszatérjen. Kicsit nagyképűen hangzik, de valójában a társadalmi reintegráció a cél.

– *Ez azért egészen más szemlélet, mint az eddig érvényben lévő, a társadalomban elfogadott „rokkantossági” kép.*

Azt mondjuk, hogy a rehabilitáció átfogó személete egyrészt a társadalomtól vár el feladatokat és ebbe beleértendő az orvosi rehabilitáció, a képzés, az átképzés, a foglalkoztatási rehabilitáció, a szociális kapcsolatrendszer felmérése is. Ismerni kell, hogy ez a kapcsolatrendszer segítő-e vagy gátló-e, ha az előbbi, azt még inkább erősíteni szükséges, az utóbbi esetben, ha a szűkebb vagy a tágabb szociális-, vagy fizikai környezet gátolja a rehabilitáció megvalósulását, akkor elő kell segíteni az akadályok elhárítását, lehetővé tenni, hogy az érintett személy segédeszközökhöz, információhoz jusson, azokat megfelelően tudja használni, és élni tudjon a lehetőségekkel. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy az egyén részvétele, motivációja nélkül mindez nem valósítható meg.

– *Ma a rehabilitáció a társadalmi feladatokat hangsúlyozza, meg azt is, hogy az egyént, mint a társadalom alkotóelemét fel kell arra készíteni, hogy a rehabilitációt maga is elfogadja.*

– E nélkül nem érhetünk el eredményt. És tudni kell, hogy az utóbbi időkben gyakran használt fogalmak is megváltoztak. Még a hivatalos iratokban, jogszabályban is „fogyatékos”, „fogyatékossgal élő” kifejezés szerepel. Mi viszont nem szeretjük ezt, mert megbélyegző, negatív fogalom. Nem fogyatékos az illető, hanem bizonyos területen a napi tevékenységében akadályozott, olyan valaki, aki másban viszont akár a többiekénél is alkalmasabb, csak megkeresendő, hogy a napi tevékenységéhez milyen segítségre van szükség, mert akkor azt számára biztosítani szükséges, a megmaradt képességeit pedig lehetőleg fejleszteni kell.

– *A békőnapokban mégsem napi tevékenységében akadályozott, hanem rokkant emberekről beszélünk...*

– Hiszem, hogy a szemléletváltás előbb-utóbb tudatformálással jár majd. A rokkantság a köznyelvben azt jelenti, hogy olyan mértékű egészségkárosodásról van szó, amely megakadályozza az illetőt a rendszeres jövedelmet biztosító munkatevékenységben. Szerintünk a „rokkantság” is megbélyegző, negatív fogalom, amelynek kerülését javasoljuk, ugyanis az illető társadalmi részvételének korlátozottságáról van szó. A rendszeres munkavégző tevékenység egyrészt a társadalom életében történő részvételnek csak az egyik fajtája, de más társadalmi tevékenységre való alkalmasság (nevelési képesség, kulturális, hitéleti, művészeti stb.) megmarad, tehát szó sincs csökkentértékűségről. Másrészt a gyógyító tevékenység, a rehabilitációs módszerek és rendszerek fejlődésével a korábban rokkantnak nyilvánított személyek vissza-

nyerhetik munkaképességüket, alkalmassá válhatnak meghatározott munkatevékenységek végzésére, illetve a jelentős egészségkárosodás ellenére a szakmai munkaképesség megmaradhat. A munka fogalma nem azonos a megerőltető fizikai tevékenység fogalmával, illetve, bizonyos mértékű szellemi korlátozottság ellenére megmaradhat a fizikai munkavégző-képesség. Mindehhez fel kell mérni a társadalmi és fizikai környezetet is, azok oly módon megváltoztathatók-e, hogy az egészségkárosodott személy a munkáját, az értékteremtő tevékenységét folytatni tudja vagy visszanyerni. Mi Magyarországon a munkát még csak a munkahelyen képzeljük el, de nem élünk megfelelő mértékben az alternatív munkalehetőségekkel, gondolok itt a távmunkára, a részmunkaidőben végzett munkára és egyéb lehetőségekre. Természetesen ehhez a képzési, átképzési rendszert fejleszteni kell, és ez a feladat szintén a rehabilitációhoz tartozik. Naiv vagyok? Tudom, hogy a megvalósítás több tárca együttműködését igényli, hiszen a megoldás nemcsak egészségügyi, hanem oktatási, szociális vagy foglalkoztatási feladat is. Nem véletlenül alakítottuk meg és kezdeményeztük a MOTESZ keretében az úgynevezett *Prevenációs és Rehabilitációs Együttműködési Tanácsot*. A grémium célja, hogy megpróbálja az illetékes tárcaikat bevonni, a tevékenységüket a rehabilitáció területén harmonizálni.

Ma gyakran azt mondják, a lakosság egészségi állapotáért az egészségügy felelős. Tévedés, a gyógyító tevékenység 11-15 százalékban tehet érte, 85-89 százalék részben az egészségtudatos magatartást, a betegségmegelőzést meghatározó családi, szociális, gazdasági, kulturális tényezőkön, az oktatás színvonalán kérhető számon. Az egészség értékteremtő erő, tőke, a gyógyító tevékenység ennek a helyreállítására törekszik. Ha egyszer tartós egészségkárosodás következik be, akkor nagy szerepe van a személyre szóló rehabilitációnak, reszocializációnak, a társadalom fogadókészségének. Gyakran hangoztatják, hogy a prevenció nem más, mint a betegséget megelőző beavatkozás, a rehabilitáció pedig a betegség utáni helyreállítás. Korszerűtlen, téves álláspont. Az általam „prevabilitációnak” nevezett, preventív szemléletű rehabilitáció azt jelenti, hogy már a betegség kialakulásának a kezdetétől meg kell kezdődnie a helyreállításnak, a rehabilitációnak, és ezzel egyúttal akadályozni kell a további károsodást, az állapot romlását. A társadalom számára a túlnyomó problémát nem az akut betegségek jelentik, mert ezek meggyógyulnak, hanem az úgynevezett krónikus, nem fertőző betegségek, mint amilyenek a rosszindulatú daganatok, a szív és érrendszeri betegségek túlnyomó része, mozgásszervi betegségek, pszichiátriai kórképek, a cukorbetegség, stb. Amikor elkezdődik az éptől való eltérés, nem vesszük figyelembe, hogy a szervezetben azonnal a helyreállító mechanizmusok is elindulnak, amelyeket nekünk erősíteni kellene. Mit

is csinál a szervezet? Rehabilitálja magát. Egyrészt megpróbálja a további romlást megelőzni, ugyanakkor a károsodást minimalizálni. Mi a munkánk során ezt a szemléletet igyekszünk érvényesíteni. Abban a pillanatban, ahogy az egészségkárosodás folyamata elindul, rögtön elő kell segíteni a rehabilitációt, hogy az illető állapota minél korábban az egészség állapotához közelítsen, az állapot ne romoljon.

– *Az egészségfejlesztés kifejezést sokszor hallani, Önök is ebbe az irányba baladnak?*

– Pontosításra van szükség, hiszen az egészség optimális állapotot jelent. Egészségmegőrzés létezik, egészséget fejleszteni nem lehet, mert az vagy van, vagy károsodik. Képletesen azt szoktam mondani, ha az egészségi állapot romlását egy dugattyú mozgásával próbáljuk meg leképezni, a dugattyúnak az előrehaladását kétféle módon lehet gátolni: vagy igyekszünk visszahúzni a dugattyút a kezdeti állapotba – ez a prevenció –, vagy megpróbáljuk „visszatolni”, az egészség állapotához közelíteni, ami a rehabilitációnak felel meg. Ezek nem külön, hanem térben és időben együtt léteznek, egymástól és az optimális gyógyító tevékenységtől nem lehetnek függetlenek. A diagnosztikai módszerekkel fel lehet mérni az anatómiai és funkcionális károsodást, de közben azt is meg kell határozni, hogy ezek milyen mértékben befolyásolják az életminőséget, a mindennapi tevékenységet, a társadalmi életében történő részvételt, milyenek a környezeti (fizikai és társadalmi) tényezők, a személyes tulajdonságok (a motiváció, a gyógyulás iránti vágy, a munka világába történő visszatérés szándéka stb.). Figyelembe kell venni azt is, hogy a diagnosztikai, terápiás és a rehabilitációs tevékenység optimális volt-e, szükség van-e fizikai segítőeszközökre, társadalmi támogatásra.

– *Fantasztikusan emberi – sőt gazdaságos is –, kérdés, a praxisban mennyire kivitelezhető?*

– Most folyik egy 8 milliárd forintos európai uniós pályázatunk. Az intézetnek 22 kirendeltsége, 7 regionális igazgatósága működik, ahol olyan diagnosztikai képességfelmérő rendszereket alakítunk ki, amelyek személyre szólóan megadják, hogy adott illetőnek – beleértve a mentális-, pszichés károsodását is – milyen mértékű az egészségkárosodása, van-e motivációja, s csakugyan részt akar-e venni a saját rehabilitációjában. A teljes rendszer kiépítését 2013-ra tervezzük, folyamatos a közbeszerzés, az épületek kijelölése, a műszerek beszerzése, szakemberek képzése. Szükségünk van új szakemberekre, a már meglévő szakemberek rendszeres továbbképzésére. A pályázati pénzből a Semmelweis Egyetemen 200 egészségbiztosítási szakorvos képzése valósul meg 2011 végéig. A gyöngyösi Károly Róbert Főiskolán tavaly megkezdődött 120 rehabilitációs gazdasági menedzser másoddiplomás képzése. A feladatuk a megváltozott munkaképességű személyek sorsának a „menedzselése”

lesz az eredeti munkahelyükön, vagy speciális munkahelyeken. A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen idén kezdődött el a rehabilitációs műszaki szakértői másoddiplomás képzés, a kiképzendő szakemberek feladata lesz a megváltozott munkaképességű személyek számára az állapotuknak megfelelő épített környezet (lakás, középületek, közterületek, munkahelyek) optimális tervezése, kialakítása, a segédeszközök fejlesztése, tervezése. Az intézetünk szakértői számára két év alatt hét régióban 4-4 továbbképzést tartunk. Országos konferenciákon ismertetjük meg a házi orvosokat, foglalkozás-egészségügyi szakorvosokat az átfogó rehabilitáció új szemléletével, rendszerével. Ismételten ki szeretném emelni, hogy az egész rendszer kidolgozása, működtetése Dr. Juhász Ferenc főigazgató úr érdeme.

*– Tiszteletre méltó vállalkozás és én különben nem vagyok az ördög ügyvédje, de Önök olyan időkben kívánják a rokkantokról, a rehabilitálandókról mélyen a társadalomba ívódott képet alapvetően megváltoztatni, amelyben az egészségesek sem nagyon tudnak beilleszkedni, munkát találni...*

– Magyarország az Európai Unió tagja, ránk ugyanúgy vonatkoznak az ENSZ Alapokmányának passzusai,

mint az Unió jogszabályai. Nevezetesen, az esélyegyenlőségnek hazánkban is érvényesülnie kell! Ha valakinek valamilyen tartós egészségkárosodása van, akkor az abból eredő hátrányt a társadalomnak kompenzálnia kell, mindent meg kell tennie a hátrány csökkentéséért! Magyarországon a megváltozott munkaképességű személyeknek csak 10 százaléka dolgozik, az Európai Unióban ez az arány 40-50 százalék, Hollandiában 60 százalék. Az utóbbi országok példája egyebek mellett annak is köszönhető, hogy kialakították az egészségkárosodás, a szakmai munkaképesség-változás felmérésének objektív rendszerét, amely lehetővé teszi a személyre szóló foglalkoztathatóság megállapítását, végső soron a társadalmi értékteremtő tevékenység visszanyerését. A megváltozott munkaképességű személyek itthoni foglalkoztatási rendszere is korszerűsítésre szorul, ennek egyik lehetséges formája az úgynevezett „voucher-rendszer”, amelyben az egészségkárosodott személy „magával viszi” a nemzetgazdaság teljesítőképességétől függő támogatást, mert ebben az esetben a munkáltatónak is érdeke lesz, hogy az érintetteket foglalkoztassa.

**Krasznai Éva**