

Rehabilitációs foglalkoztatás egy lehetséges útja Vas megyében

TARTALOMJEGYZÉK

1. Téma választásom indoklása	4. oldal
2. Mentális betegség fogalma	5. oldal
3. Pszichiátriai betegségek, tünetek csoportosítása	6. oldal
4. Pszichiátriai betegek rehabilitációja	6. oldal
4.1. Orvosi rehabilitáció	7. oldal
4.2. Szociális rehabilitáció - Közösségi Pszichiátria	8. oldal
4.3. Foglalkoztatási rehabilitáció	9. oldal
5. Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása	10. oldal
5.1. 2012 új rendszer	10. oldal
5.2. Egészségkárosodás megállapítása	11. oldal
5.3. Egészségkárosodások alapvető csoportosítása	12. oldal
5.4. Megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási rehabilitációjának fő lépései	13. oldal
5.4.1. Rehabilitációs eljárás menete	13. oldal
5.4.2. Rehabilitációs járadék	13. oldal
5.4.3. Foglalkoztatás menete	15. oldal
6. Támogatási rendszer	17. oldal
6.1. A megváltozott munkaképességű embereket érintő jogforrások	17. oldal
6.2. Munkaerőpiacon való elhelyezkedés, lehetőségek, támogató programok	19. oldal
6.2.1. Mikor éri meg megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztatni	19. oldal
6.2.2. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának hazai rendszere	19. oldal
6.2.3. Akkreditált munkáltatóknál történő foglalkoztatás	20. oldal
6.2.4. Nem akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás	21. oldal
6.2.5. Szociális intézményben ellátott személyek intézményen belüli foglalkoztatása	21. oldal
6.2.6. TÁMOP 1.1.1	22. oldal
7. Szombathelyi Egyházmegyei Karitás, Szikla Közösségi Pszichiátriai	

Gondozó	23. oldal
8. Hipotézis.....	25. oldal
9. Kutatás bemutatása, és módszertana	25. oldal
10. Diszkusszió.....	47. oldal
11. Összegzés	49. oldal
12. Mellékletek.....	50. oldal
1. számú melléklet - Irodalomjegyzék	
2. számú melléklet - Ábrajegyzék	
3. számú melléklet - Pszichiátriai betegségek, tünetek csoportosítása	
4. számú melléklet - Megváltozott munkaképességűeket érintő jogforrások	
5. számú melléklet - Vizsgált dokumentumok	
6. számú melléklet - Interjúk	

1. Témaválasztás

Kutatásomban a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatással történő rehabilitációval foglalkozom. E témán belül is a pszichiátria betegek foglalkoztatása érdekel leginkább.

Azért választottam ezt a témát, mert véleményem szerint a mai kor társadalmában a munkanélküliség, a munkába való állás nagy problémát jelent. Ha a piaci helyzetet tekintjük, úgy gondolom, hogy nagy figyelmet kell szentelni az egyes csoportoknak. Ezekbe a csoportokba tartoznak bele a megváltozott munkaképességű emberek is. Nagyon fontos, hogy ezeknek az embereknek segítsünk visszatérni a munkaerő-piacra. Szerencsére napjainkban sok intézkedést tehetnek, de tesznek is a civil szervezetek.

Véleményem szerint az ember akkor tudja jól végezni a munkáját, ha meg van mellette a kellő elhivatottság. Az eltelt két évben betekintheztem egy olyan szakmába, melyet csak igazán szakmai elhivatottsággal és szeretettel lehet végezni. A pszichiátriai betegek gondozása - véleményem szerint - nagy feladat. Olyan emberekbe kell erőt, és lelkesedést önteni, akiknek nagy erőfeszítést jelent reggel az ágyból való felkelés is. Az eltelt időszakban betekintést nyerhettem azoknak a betegeknek a mindennapi küzdelmeiben, akik a szombathelyi Egyházmegyei Karitás Szikla Szociális Központban „dolgoznak”. Látogatásaim folyamán tapasztaltam, hogy a kliensek erejükön felül, próbálnak a mindennapi életben, és munkájukban helyt állni. Ezen alkalmak mellett részt vettem különféle rendezvényeiken (levendulaültetés, adománygyűjtés, konferencia). Ezeken az eseményeken, és az intézményben tett látogatásaim során lehetőségen nyílt a kliensekkel beszélgetnem, és mindezek ösztönöztek arra, hogy kutatásomat a pszichiátriai betegek foglalkoztatásáról, munka rehabilitációjukról szeretném végezni.

2. Mentális betegek fogalma

Mielőtt a mentális betegekről írnék véleményem szerint fontos, hogy a mentális egészséget is megemlítssem. „Mentális egészség nélkül nincs egészség”¹ olvashatjuk az Európai Unió Zöld könyvében. A mentális egészséget a WHO következőképpen definiálja: „a jólét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.”² Tehát ha az egyén testi, szellemi, szociális állapota jó, akkor a mentális állapot is ideális. Azért, hogy ez így is legyen, az Európai Unió valamit, világszerte számos kezdeményezés történik. Ugyan is napjainkban egyik komoly társadalmi valamint egészségügyi probléma az, hogy az embereknek nem megfelelő a mentális egészségük, ezáltal mentálisan betegek.

A mentális betegeknek nincs konkrét definíciója. Különböző megfogalmazásokat találhatunk az egyes dokumentumokban, de ezeknek lényegük ugyan az. A Zöld Könyvben a következőket olvashatjuk: „a mentális betegségek körébe tartoznak a mentális egészségügyi problémák és veleszületett jellegek, a szorongással, tünetekkel járó csökkent működés és a diagnosztizálható mentális rendellenességek, mint amilyen a skizofrénia vagy a depresszió.”³ A WHO 2001-ben írt megfogalmazása szerint „a súlyos mentális betegségek tüneteit az érzéksalódásokhoz és téveszmékhez társuló súlyos szorongás jellemzi, melyek torzítják az egyén ön, valamint a környezetének felismerését, és amelyek komoly testi egészség – problémákat és szociális deprivációt okoznak.”⁴

¹Európai Közösségek Bizottsága (2005): Zöld Könyv. Brüsszel, 4. p. Elérhető az interneten: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_hu.pdf (2011.11.11)

²Európai Közösségek Bizottsága (2005): Zöld Könyv. Brüsszel, 4. p. Elérhető az interneten: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_hu.pdf (2011.11.11)

³Európai Közösségek Bizottsága (2005): Zöld Könyv. Brüsszel, 4. p. Elérhető az interneten: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_hu.pdf (2011.11.11)

⁴World Health Organization (2001): World Health Report Mentalhealth: New understanding, new hope. WHO, Geneva.

3. Pszichiátriai betegségek, tünetek csoportosítása

Egy, s más betegség elkülönül egymástól. Azért, hogy a betegségeket jól el tudják különíteni, s csoportokba tudják sorolni őket létrehoztak egy kódrendszer, a betegségek nemzetközi osztályozását. Rövidítve BNO kódrendszer. A nemzetközi szakirodalomban e kódrendszer rövidítése ICD. Ez a kódrendszer a világon mindenhol ugyan az. A WHO adta ki a kódrendszert, mely a következő képen épül fel. A BNO rövidítés után egy betű következik, majd ezt követően két szám. A negyedik karakter szintén egy betű, mely az adott betegség típuson belül egy altípust jelöl. A pszichiátriai betegek esetén a BNO kód F20-tól F42-ig terjed.

A betegségek további jellemzései, a 3. számú mellékletben találhatóak.

4. Pszichiátriai betegek rehabilitációja

Az Egészségügyi Világszervezet a WHO 1980-ban fogalmazta meg a rehabilitáció fogalmát, mely a következő: „a rehabilitáció szervezett tevékenység, amelyet a társadalom nyújt a fogyatékos vagy rokkant embereknek, hogy megmaradt képességeivel ismét elfoglalhassa helyét a közösségben. A rehabilitáció orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű együttese és összehangolt, az egyénre szabott alkalmazása, amelyben a rehabilitálandó személy aktív részvétele nélkülözhetetlen. „⁵

A rehabilitáció komplex jellegű, rövidebb vagy hosszabb ideig tart, mely során egy folyamat zajlik le, a rehabilitációt igénylő személy és több szakember együttes munkájával. (Bujdosó - Kemény 2008)

Ahogy a definíciók is sugallják a rehabilitáció egy komplex folyamat, mely a következő fontos elemeket kell, hogy tartalmazza:

- Fontos, hogy a rehabilitáció egy csapatmunka, nem végezheti egy adott terület, több szakember összehangolt munkával végzi.
- Az is megtudtuk már, hogy egy folyamat. E folyamat során a cél a foglalkoztatás, melyet fokozatosan ér el a beteg.
- Egyénre szabott, tehát egyéni tervet kell készíteni a betegnek, s kellő módon motiválni is kell, hisz az egyén akarata nélkül nem lehet rehabilitálni a beteget.

⁵World Health Organisation (1980): International classification of impairments, disabilities and handicap .Geneva, World Health Organisation. Elérhető az interneten: <http://mek.oszk.hu/09800/09834/09834.pdf> p.15

- Mindezek mellett nagyon fontos, hogy meg kell ismernünk a megváltozott munkaképes ember szociális környezetét, készségeit, képességeit, és demográfiai jellemzőit.

Ha ezeket az alapelveket betartják, akkor az egyén jól rehabilitálható. (Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Alapítvány 2007)

A rehabilitációs folyamat mindig orvosi rehabilitációval kezdődik, ezt követően az idő előre haladtával, az orvos szerepét átveszi a szociális és/vagy foglalkozási rehabilitáció.

4.1.Orvosi rehabilitáció

A pszichiátriai betegek orvosi rehabilitációja a következőképpen néz ki. A pszichiátriai betegség kialakulása hosszú folyamat, amit nem minden esetben vesznek észre sajnos a háziorvosok. Egy nagyobb trauma, az egyén életben bekövetkezett törés által a felszínre jön a betegség.

Pszichiátria orvosi rehabilitáció: „Az a folyamat, amelyben a betegség megjelenésének, ill. felismerésének pillanatától a beteg társadalomba való visszailleszkedéséig aktív gyógyító-gondozó- tanító- kommunikációs-szocializációs védelme történik.”⁶

Célja: „a lélektani működéseiben rokkant, vagy sérült, megváltozott képességű személyt segítse visszailleszkedni a társadalomba, hogy esélyt kapjon a társadalmilag is hasznos, értelmes életre, és minél kisebb esélye legyen a visszaesésre. A pszichiátriai rehabilitáció egyik alapelve a zárt rehabilitációs lánc, azaz a beteg útjának nyomon követése otthonában és munkahelyén (alapellátás), a beilleszkedésben és visszailleszkedésben nyújtott szakmai segítség (gondozó intézet), megóvás az újabb betegségfázistól, szükség esetén ismételt gyógykezelés (kórház). „⁷

A gyógyszeres kezelés mellett pszichoterápiás, és szocioterápiás segítséget is kap a beteg. „Fontos, hogy a páciens saját maga vegyen részt a gyógykezelésben, tudja elfogadni a betegségét, azzal képes legyen együtt élni, és úgy viszonyuljon a segítőhöz, hogy abból egy valóságos segítő viszony jöjjön létre. A betegnek tudnia kell, hogy mi a betegsége, és azon hogyan lehet segíteni. Ezt a páciensekkel és hozzátartozóikkal pszicho-edukációs módszerekkel lehet megtanítani.”⁸

⁶Bugát Pál Kórház, Pszichiátria, rehabilitációs elmeorvosozati osztály Elérhető az interneten: <http://www.bugatpal.hu/gyogyito-osztalyaink/pszichiatria.html> (2011.12.14.)

⁷ Bugát Pál Kórház, Pszichiátria, rehabilitációs elmeorvosozati osztály Megtalálható az interneten: <http://www.bugatpal.hu/gyogyito-osztalyaink/pszichiatria.html> (2011.12.14.)

⁸ Bugát Pál Kórház, Pszichiátria, rehabilitációs elmeorvosozati osztály Megtalálható az interneten: <http://www.bugatpal.hu/gyogyito-osztalyaink/pszichiatria.html> (2011.12.14.)

4.2. Szociális rehabilitáció

A szociális rehabilitáció fő feladata a társadalomba való visszailleszkedés, illetve egy adott környezetbe való beilleszkedés. A szociális rehabilitáció során nagy szerepe van a Közösségi Pszichiátriának.

Közösségi pszichiátria: A szociális alapszolgáltatások egyik formája. Azzal a céllal hozták létre, hogy a pszichiátriai, és szenvedélybeteg problémával élők részére, az általános szociális szolgáltatásokon túl a családdal együtt szociális rehabilitációt nyújtson.

„A közösségi ellátás célja, elsősorban az, hogy a hatékony ellátás során a kliens a mindennapi élethez szükséges készségeket megtartsa, fejlessze, konfliktusait, problémáit a szociális környezetét megtartva tudja rendezni, másodsorban pedig, hogy az intézményi ellátásból (szociális otthon, krónikus egészségügyi ellátás) a családi környezetbe való integrálás elérhetővé váljon. „⁹

A szolgáltatás során a gondozó segíti a kliens életvezetését, mentális gondozását.

Közösségi ellátás: A pszichiátriai, és szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás, mely a következőképpen fő elemeket tartalmazza:

- „lakókörnyezetében történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában
- a meglévő képességek megtartása, illetve fejlesztése
- a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését.
- A pszicho szociális rehabilitáció, a szociális és mentális gondozás.
- Az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése, és figyelemmel kísérése.”¹⁰

„Közösségi ellátás szolgáltatásai:

- Problémaelemzés, problémamegoldás:
 - a személyes célok meghatározásának segítése
 - a változtatásra motiváló tényezők feltárása
 - problémamegoldó beszélgetések

⁹Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.: Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés jegyzet 2009, 10p.

¹⁰Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Alapítvány (2007): Foglalkoztatási rehabilitáció, Budapest, Tóth Egon a kuratórium elnöke. 166p.

- Készségfejlesztés:
 - életvitellel kapcsolatos tréningek, szervezése vagy közvetítése
 - az önellátásra való képesség javítása és fenntartása
 - tájékoztatás a betegséggel kapcsolatos tudnivalókról, az ahhoz való alkalmazkodás és kezelés teendőiről.
- Pszicho-szociális rehabilitáció:
 - a munkához való hozzájutás segítése
 - a szabadidő szervezett eltöltésének segítése
 - szabadidős, önszervező csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése
 - tanácsadás, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybeviteléről. „¹¹

4.3. Foglalkozási rehabilitáció

A rehabilitációk úgymond utolsó fázisa, mikor már a kliens a rehabilitációk során olyan szintre emelkedett, hogy vissza tud térni a munkaerő piacra. Sajnos már maximálisan azt a munkát nem tudja elvégezni, melyet betegség előtt végzett, de nagyon fontos az egyén érdekelt legyen a munkavállalásban.

„ Foglalkoztatási rehabilitációra szorul minden olyan dolgozó, aki eredeti munkakörét változatlan munkakörülmények között egészségi állapotának károsodása nélkül, átlagos teljesítménnyel huzamosan betölteni nem képes. A megváltozott munkanélküli dolgozó foglalkoztatási rehabilitációjának célja, az orvosi rehabilitációt követően, egészségi állapotának, szakképzettségének megfelelő munkavégzés biztosítása.”¹²

A foglalkoztatási rehabilitációt bővebben, a 6. pontban, a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásánál fejtem ki.

¹¹Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.: Községi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés jegyzet 2009, 13 p.

¹²8/1983. (VI. 29.) EüM-PM

5. Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása

A Foglalkoztatási törvény általános definíciója szerint az a megváltozott munkaképességű személy, „aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.”¹³

Egy másik megfogalmazás szerint: „Megváltozott munkaképességűnek tekinthető az a személy, aki veleszületett, balesetből, vagy betegségből kifolyólag nem képes olyan módon vagy mértékben elvégezni a rá bízott feladatokat, mint a hozzá korban, nemben, képzettségben hasonló személyek általában.”¹⁴

5.1. 2012. Új rendszer

2012. január elsejétől nagy változáson megy át a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása. Ennek első lépése, hogy azokat a betegeket visszahívják felülvizsgálatra, akik 2011. december 31-én III. csoportba tartozó rokkantsági, baleseti, rokkantsági nyugdíjban, illetve rendszeres szociális járadékban részesülő személyek közül azok, akik nem érték el a fenti időpontig az 57. életévüket.

A rehabilitációs hatóság komplex minősítés keretében megvizsgálja a kérelmező egészségi állapotának százalékos mértékét. A jövőben a rokkantság által besorolt csoportok százalékos aránya is megváltozik. Ezt követően meghatározzák, hogy a beteg rehabilitációs ellátást, vagy rokkantsági ellátást fog kapni. Ha az egyén nem foglalkoztatható, a rehabilitáció nem javasolt, akkor az egyén rokkantsági ellátást kap. Azok, akik rehabilitációs ellátásban részesülnek, kötelesek dolgozni, de ha nem tudnak elhelyezkedni maximum 3 évig, kaphatnak rehabilitációs ellátást. Ha ez idő alatt munkaviszonyuk lesz, az ellátás szüneteltetik, és csak munkabért kapnak.¹⁵

Szakedolgozatomban a régi rendszer szerint végzem a kutatást, mivel az új rendszer egyik alapvető része, hogy a rokkantnyugdíjas, és járadékban részesülő személyeket visszahívják vizsgálatra. Kutatásomat a januári, februári hónapban végzem, amikor még a betegek nem voltak felülvizsgálaton.

¹³ A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 58.§ (5) bekezdés m) pont

¹⁴ Wikipédia: megváltozott munkaképesség. Megtalálható az interneten: http://hu.wikipedia.org/wiki/Megv%C3%A1ltozott_munkak%C3%A9pess%C3%A9g (2011.11.11)

¹⁵ Nemzeti Erőforrás Minisztérium Szociális Lakossági és Tájékoztató Osztály: A megváltozott Munkaképességű személyek ellátása. Dr Veres Gábor Budapest 2012. január

5.2. Egészségkárosodás megállapítása

Ha egy egyén munkaalkalmasságában, és egészségi állapotában változás áll fent, akkor az Országos Orvos Szakértő Intézet vizsgálja meg az egyén állapotát. Az intézet szakvéleményt ad:

- Munkaképesség-csökkenésre
- Egészségkárosodás mértékére
- Járadék igényekre
- Keresőképességi vizsgálatokra
- Alkalmassági vizsgálatokra
- Egyéb vizsgálatokra (fogyatékosági, közlekedési kedvezmény stb.)¹⁶

Az egészségkárosodás mértékét valamint a munkaképesség-csökkenés mértéket is megállapítják százalékos arányban.

Egészségkárosodás mértékei:

- 80-99%
- 50-79%
- 40%

Munkaképesség-csökkenése:

100%
67%
50%

Ezek alapján létrehoztak 3 rokkantsági csoportot, mely a következően épül fel:

- I. rokkantsági csoportba azok tartoznak, aki 100% -os munkaképesség csökkentek, és önmagukat nem tudják ellátni, tehát ápolást igényelnek.
- II. rokkantsági csoportba azok tartoznak, aki 100% munkaképesség csökkentek, és önmaguk ellátására képesek.
- III. rokkantsági csoportba azok tartoznak, akiknek egészségi károsodásuk meghaladja az 67%-ot. (1997. évi.81. törvény 29.§(1))

A besorolási csoport is változik a 2012.január elsejétől.

WHO (1980) meghatározása szerint a rokkantság „az egyén életkor, neme és társadalmi szerepe szerint elvárható mindennapi tevékenység tartós akadályozottsága. A rokkantság az embereknek, mint társadalmi lénynek a társadalmi funkcióban bekövetkező zavar.

¹⁶Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Az OOSZI alaptevékenysége, feladat- és hatásköre. Elérhető az interneten: http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=77,2105851&_dad=portal&_schema=PORTAL (2011.11.11)

Rokkantság tehát akkor keletkezik, ha az adott egyén teljesítőképessége nem éri el a társadalmi elvárás szintjét.”¹⁷

Rokkantsági nyugdíjba azok részesülnek, akinek egészségkárosodása:

- 79 százalékot meghaladó mértékű, vagy
- 50-79 százalékos mértékű, ezzel összefüggésben a jelenlegi vagy az egészségkárosodását megelőző munkakörében, illetve a képzettségének megfelelő más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmas, azonban a rehabilitációs szakértői szerv szakhatósági állásfoglalása alapján rehabilitációja nem javasolt
- az életkorára előírt szolgálati idővel rendelkezik
- kereső tevékenységet nem folytat, vagy keresete, jövedelme legalább 30 százalékkal alacsonyabb az egészségkárosodást megelőző négy naptári hónapra vonatkozó keresete, jövedelme havi átlagánál, (akinek az egészségkárosodása a szolgálati idejét megelőzően keletkezett, annak az igénybejelentés időpontját megelőző négy naptári hónapra vonatkozó keresetét kell vizsgálni)
- táppénzben, baleseti táppénzben nem részesül.¹⁸

5.3. Egészségkárosodások alapvető csoportosítása

Egészségkárosodásban szenvedő betegeket rehabilitáció szempontjából a következő csoportokba sorolhatóak:

- Belső szervek megbetegedése (a szervezeti működés és funkció zavarai)
- Mozgásszervi károsodások (végtagok, gerincoszlop sérülései, betegségei)
- Idegrendszeri károsodások (pszichés zavarok)
- Érzékszervi károsodások (látás, hallás)
- Mentális károsodás (értelmi, belátási, képesség korlátozásai, zavarai).

Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességet eredményező egészségkárosodások között nagy számban a mozgásszervi megbetegedések vannak, és jelentősen növekszik az idegrendszeri, pszichés, neurotikus, depressziós megbetegedések száma, s ebből adódóan ezekből a csoportok jelennek meg nagyobb többségben a megváltozott munkaképességűek a munkaerő piacán.

¹⁷ Dr. Katona Ferenc, Dr. Siegler, János (szerk.): Orvosi rehabilitáció, Medicina, Budapest, 1999

¹⁸ Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság: Fogalomtár. Elérhető az interneten: <http://www.onyf.hu/index.php?module=news&action=show&nid=4926&root=ONYF&rand=04edc85b59d6520f2c67ae525fc8dfc6> (2011.11.11)

5.4. Megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási rehabilitációjának fő lépései

A beteg egészségkárosodása miatt való leszázalékolása után a munkaügyi központban regisztráltatja magát. Ha a munkaügyi központ által felkínált szolgáltatásokat, és támogatásokat nem kívánja igénybe venni, akkor sem lesz a betegnek joghátránya.

5.4.1. Rehabilitációs eljárás menete

Miután regisztrálták a munkaügyi központban, egy egészségügyi alkalmasságon kell részt venni. Az eredményhez mérten tudják megállapítani, hogy az ügyfelt rehabilitációs tanácsadásra irányítják-e, vagy az elhelyezkedéshez szükséges munkaerő piaci szolgáltatásokra.

A *rehabilitációs tanácsadás* „a megváltozott munkaképességű ügyfelek számára nyújt segítséget a számukra megfelelő munkakör, munkahely, valamint képzés meghatározásában és megtalálásában. A tanácsadói beszélgetés során a tanácsadó és a tanácskérő áttekintik a megváltozott munkaképességű személy munkavállalását és munkavégzését akadályozó egészségi tényezőket. Közösén feltárják a tanácskérő elvárásait, értékorientációját, képességeit, érdeklődését, személyiségtulajdonságait, motivációját, illetve az ügyfél megmaradt képességeire alapozható elhelyezkedési lehetőségeket. A Rehabilitációs Információs Centrum (RIC) a megváltozott munkaképességű, elhelyezkedést akadályozó egészségi problémával küzdő személyek számára széleskörű információt nyújtó hely.”¹⁹

5.4.2. Rehabilitációs járadék

Mivel a 2012-től ez a rendszer is megváltozott így a következőkben én a régi 2011-ig életben lévőket mutatom be. 2012-től a rehabilitációs járadék elnevezést a rehabilitációs ellátás váltja fel.

Járadékot, azt a személyek kaphatják, akik rehabilitálhatók, és a feltételeknek megfelelnek. Azok az egészségkárosodott személyek, akik nem rehabilitálhatók, és a szükséges feltételekkel rendelkeznek, rokkantsági nyugdíjra szerezhetnek jogosultságot.

Az *jogosult* a járadékra, aki:

- 50-79 százalékos egészségkárosodást szenvedett, foglalkoztatási rehabilitáció nélkül nem alkalmas előző, illetve más munkakörébe visszatérni.

¹⁹ Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat: Rehabilitációs tanácsadás. Elérhető az interneten: http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=allaskeresoknek_tanacsadas&switch-content=ak_rehab_tanacsadas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full (2011.11.11)

- rehabilitálható, és az életkora szerint, a rokkantsági nyugdíj megállapításához szükséges szolgálati időt megszerezte.

Az *nem jogosult* járadékra, aki:

- öregségi nyugdíjban, öregségi járadékban, munkaképtelenségi járadékban, özvegyi járadékban,
- bányásznyugdíjban, korengedményes nyugdíjban, közszolgálati járadékában
- terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, táppénzben, baleseti táppénzben,
- az állami foglalkoztatási szerv által folyósított pénzbeli ellátásban,
- átmeneti járadékban, rendszeres szociális járadékban, stb. részesül.

A járadékot a rászoruló egy rendszeresített nyomtatványon tudja *igényelni* a lakóközösségéhez legközelebb lévő Regionális Nyugdíjbiztosító Igazgatóságnál. Az igény benyújtása során az elbírálás következik, mely a megkereséstől számított 60 napon belül:

- komplex minősítést végez, és szakvéleményt ad az egészségkárosodás mértékéről,
- a szakmai munkaképességről, a rehabilitálhatóságról,
- a rehabilitáció lehetséges irányáról, valamint a rehabilitációs szükségletekről,
- továbbá a rehabilitációhoz szükséges időtartamról.²⁰

A járadék a rehabilitációhoz *szükséges időtartamra*, három évre állapítható meg. Ha a három év eltelt, de a rehabilitáció még tart, akkor még egyszer meg lehet hosszabbítani három évre, a sikeres rehabilitáció érdekében.

Ha a Regionális Nyugdíjbiztosító Igazgatóság *elutasítja* a járadék igénylését, az elutasítást követően 12 hónapon belül ismét be lehet adni a kérvényt, ha egészségügyi dokumentáció igazolja, hogy az egyén állapota romlott.

A rehabilitációs megállapodás létrejötte után a *betegnek kötelezettségei* vannak.

- „Vállalja az együttműködési kötelezettség teljesítését, valamint elfogadja a számára felajánlott megfelelő munkahelyet, valamint térítési kötelezettséggel nem járó képzési lehetőséget, továbbá.
- A rehabilitációs járadékban részesülő önálló munkahely keresésének formáit.
- Az állami foglalkoztatási szerv által a rehabilitációs járadékban részesülőnek nyújtandó, külön jogszabályban meghatározott rehabilitációs szolgáltatásokat, valamint,

²⁰ Nemzeti rehabilitációs és Szociális hivatal: Rehabilitációs járadékról. Elérhető az interneten: <http://www.orszi.hu/index.php?ID=98#c8> (2011.11.11)

- A rehabilitációs járadékban részesülőnek az állami foglalkoztatási szervnél történő jelentkezési gyakoriságát, a kapcsolattartás módját. „²¹

A foglalkoztatási rehabilitáció alapvetően a munkáltató feladata. Az ő munkáját segíti alapvetően, ha van állandó üzemorvos, illetve van olyan hely, ahol az üzemorvosi szolgálat működik, s munkáltatói rehabilitációs bizottságot hoznak létre. (Bujdosó – Kemény 2008)

5.4.3. Foglalkoztatás menete

Ahhoz, hogy ez a hosszadalmas folyamat elérje végső célját, fontos a hálózat szerepe. Ebbe a hálózatba azok az intézmények tartoznak (Állami Foglalkoztatási Szolgálat, ORSZI, Regionális Nyugdíjbiztosító Igazgatóság, háziorvos, közösségi- nappali ellátó intézmények, munkaadók...), akik azon törekednek, hogy az egészség károsult személy, olyan folyamaton menjen keresztül, melynek vége, hogy az egyén ismét teljes értékű életet tudjon élni mindenféle diszkrimináció és elutasítás nélkül.

A hálózat tagjai kapcsolatban állnak, s segítik is egymást. E hálózat utolsó, s egyben legfontosabb állomása, a munkahely, s a munkaadó.

Mikor az első találkozás megtörténik a munkáltató és a megváltozott munkaképességű személy között, nagyon fontos, hogy az interjú során a lehető legtöbbet megtudjuk a betegről. Miután a személyéről, többet tudtunk meg, a következő, amit meg kell, ismerünk, az, hogy a betegsége előtt, hol dolgozott, milyen munkakörben, milyen területen voltak sikerei, és mik voltak azok, amiben nehézségei voltak. Ezt követően térhetünk rá a betegségére, s persze nagyon finoman, és óvatosan kell ezt a témát feszegetni, de a munka szempontjából mindenképpen ismerni kell a munkavállaló betegségét.

Nagyon fontos, hogy a munkáltató, aki a beszélgetést lefolytatja, megfelelő készségekkel rendelkezzen, fontos, hogy az egész beszélgetés fel legyen építve, s ne érezze úgy a beteg, hogy letámadják. Véleményem szerint a pszichiátriai betegeknél ez a folyamat talán még nehezebb, mint a fogyatékos embereknél. Ezt az állításomat arra alapozom, hogy a Szombathelyi Egyházmegyei Karitás Szikla Szociális Központban eltöltött idők alatt, azt tapasztaltam, hogy a pszichiátriai betegek esetében bizonyos dolgok megértetése több időt vesz igénybe, mint más megváltozott munkaképességű embereknél.

Ha a megfelelő ismereteket tudjuk a betegről, akkor nincs más hátra, mint hogy számára megfelelő munkát megtaláljuk. Miután az egyén betöltötte munkakörét, az úgymond utolsó

²¹ Nemzeti rehabilitációs és Szociális hivatal: Rehabilitációs járadékról. Elérhető az interneten: <http://www.orszi.hu/index.php?ID=98#c8> (2011.11.11)

rehabilitációs fázis jelenik meg. Véleményem szerint ez a legfontosabb rész, ugyan is figyelni kell arra, hogy a (pszichiátria beteg) megváltozott munkaképességű beteg eddig javult állapota ne essen vissza. Ezek alapján a következő szempontokra figyelni kell:

- a munkavállalóval folyamatos kapcsolattartás,
- konzultációk,
- a mostani munkájában elért sikerek,
- felmerült-e a betegnél valamilyen probléma (Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány 2007)

A rehabilitációban résztvevőknél figyelni kell arra, hogy az egészségkárosodásból adódóan túlzó önértékelési problémák jelennek meg, az önbizalom nagymértékben csökken, s ezzel motiváció csökkenés is párosul. A beteg a végzettségét, az egészség károsodás előtti sikereit értéktelennek gondolja. Ezek a tényezők nagymértékben befolyásolják a sikeres rehabilitációt, ezért nagyon fontos, az egyén számára, a bármiféle segítségnyújtás, főleg a munkáltatótól, és a munkatársaktól.

6. Támogatási rendszer

A következőkben bemutatom, hogy a törvényi szabályozásban milyen változások történtek, milyen törvények, és rendeletek jöttek létre a megváltozott munkaképességű emberekkel kapcsolatban. Ezt követően az elhelyezkedési lehetőségeket, az elhelyezkedést segítő programokat ismertetem.

6.1. A megváltozott munkaképességű embereket érintő jogforrások

A megváltozott munkaképességű emberekhez kapcsolódóan számos törvény és rendelet jött létre.

- 1961. október 8-án Torinóban aláírták az *Európai Szociális Kartát*, mely hatására hazánkban létrejött az *1999. évi C. törvény*. A törvény 15. Cikke kimondja, hogy „fizikailag vagy szellemileg fogyatékos személyek szakmai képzéshez, a rehabilitációhoz és a társadalomba történő újrabeilleszkedéshez való jogát.”²² A törvény kimondja, hogy joguk van a szakmai képzésre, rehabilitációra, és a visszailleszkedéshez, ezáltal munkába álláshoz, és foglalkoztatáshoz.

²² 1999.évi C. törvény. Elérhető az interneten: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900100.TV (2011.11.11)

- A Nemzetközi Munkaügyi Szervezetnek (ILO) Magyarország 1922 óta tagja. A szervezet 1983. június 20.-án létrehozta 159. számú egyezményét mely a szakmai rehabilitációról és a foglalkoztatásról szolt, mely a magyar törvényhozásban 1985.évi. IX. évi törvényrendeletben köszönt vissza.²³
- Az *Európai Közösségek Bizottság 2204/2002/EK* rendelete az EK-Szerződés 87. és 88. cikkének a foglalkoztatásra nyújtott állami támogatásra történő alkalmazásáról szóló rendelet lényege, hogy szigorú szabályok között, de lehetővé teszi, hogy az EU tagállamok, megváltozott munkaképességű munkavállalói csoportok foglalkoztatásához támogatást nyújtsanak, az őket alkalmazó munkaadóknak.²⁴

Hazai szabályozás

Első alaptörvény Magyarország új alkotmánya, mely nem csak a megváltozott munkaképességűek jogát, hanem alapvetően minden ember jogát védi.²⁵

Ezt követően az első jelentő törvény a magyar történelemben az ILO 159. számú egyezménye alapján jött létre 1991. évi. IV. törvény, mely a foglalkoztatásról elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szolt.²⁶ 1996-ban módosításra került a törvény, mely a kötelezettségek teljesítése miatt volt. Ezt követően 1998-ban volt még egy módosítás. A tervezett változások irányát az Országgyűlés a megváltozott munkaképességűek és rokkantak társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerének átalakításáról szóló 75/1997.(VII. 18.) OGY. határozata határozta meg.”²⁷

2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról. Melyben az Országgyűlés elismeri „minden ember jogát ahhoz, hogy egyenlő méltóságú személyként élhessen, Magyarország területén tartózkodó természetes személyekkel, ezek csoportjaival, valamint a jogi személyekkel és a jogi személyiséggel nem rendelkező

²³ Szociális és Munkaügyi Minisztérium: Magyarország által ratifikált ILO egyezmények. Elérhető az interneten: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21058> (2011.11.11)

²⁴ Európai Közösségek Bizottsága: 2204/2002/EK rendelet. Elérhető az interneten.: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:YBld7xOQQ4YJ:www.pc-unio.hu/cgi-bin/itworx/itworx.cgi%3Fmodul%3Ddoctar/downloadfile%26task%3Ddownloadfile%26vid%3D209%26doid%3D22%26uid%3D1+2204/2002/EK+rendelet&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEESisCh5_A6Sb7nlgRhav059F2R_JUuTHx7A6pw7VM6_vTp_io9ZO5uNPxZnWMgvxD8Uy8jz62TFIhBoT8jW2licmJntelHtyXxjKPv5_tKHUL6Vz1HKOp_cf2mcb81Rst1Hyl066&sig=AHIEtbRoFg1zGMzf04bLMYodxBw2pqNHew (2011.11.11)

²⁵ Magyarország alkotmánya. Elérhető az interneten: http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=137076.221387

²⁶ 1991. évi. IV. törvény. Elérhető az interneten: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV (2011.11.11)

²⁷ Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Foglalkoztatási és Felnőttképzési Főosztály, Foglalkozási rehabilitációs Főosztály (2006): A magyar foglalkoztatási rehabilitáció rövid bemutatása. Budapest. Elérhető az interneten: www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=11850 (2011.11.11)

szervezetekkel szemben e törvény rendelkezései szerint azonos tisztelettel és körültekintéssel, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell eljárni.”²⁸

Napjainkban a törvényi szabályozás nagy változásokon megy át Magyarországon. Most azokat a törvényeket szemléltetem, melyek jelenleg, dolgozatom készítésekor hatályban vannak.

177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról szól, melynek célja „a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának elősegítése, képzettségüknek és egészségi állapotuknak megfelelő munkavégzés feltételeinek biztosítása, a nyílt munkaerőpiacra való visszavezetésük érdekében adaptációs készségük fejlesztése, valamint az állapotukból adódó foglalkoztatási hátrányok kiegyenlítése.”²⁹

176/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályozásával foglalkozó rendelet, mely „kiterjed a munkáltatóval munkaviszonyban álló megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának minősítésére, illetőleg az akkreditációban érintett munkáltató ellenőrzésére.”³⁰

1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló, mely hatályban volt 2012. 03. 31.-ig.³¹

A következőkben azokat a törvényeket sorolom fel, melyek már jelenleg nincsenek hatályban, de 2011.12.31. megváltozott munkaképességű személyre vonatkoztak.

- 321/2007. (XII. 5.) Korm. rendelet a komplex rehabilitációról
- 2007. évi LXXXIV. rehabilitációs járadékról szóló törvény
- 2009. évi CLVII. törvény a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény módosításáról

A dolgozatomban már többször említettem, hogy 2012-től változás történik a megváltozott munkaképességűek törvényi szabályozásában. 2011. évi CXCI. törvény foglalja össze azokat

²⁸ 2003. évi CXXV. törvény. Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=75251.572709 (2012.02.20)

²⁹ 177/2005. Kormányrendelet Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=94774.582963 (2012.02.20)

³⁰ 176/2005 Kormányrendelet. Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=94767.132040 (2012.02.20)

³¹ 1997. évi LXXXI. törvény. Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=29483.572332 (2012.02.20)

a változásokat, és azoknak a törvényeknek a változását, mely 2012. február. 2.-tól hatályba lépett.³²

Megváltozott munkaképességűeket érintő jogforrások részletesebben a 4. számú mellékletben található.

6.2. Munkaerőpiacon való elhelyezkedés, lehetőségek, támogató programok

6.2.1. Mikor éri meg megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztatni

Elsősorban akkor, amikor a megváltozott munkaképességű emberek a foglalkoztatási rehabilitációt követően azonos munkát tudnak végezni, az egészséges emberekkel. A második esete, mikor a megváltozott munkaképességű személy nem tud azonos munkát végezni a betegségéből kifolyólag, ilyenkor kisebb teljesítménnyel dolgozik, de az állam támogatással kompenzálja ezt.³³

6.2.2. A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának hazai rendszere

Az egészségkárosodott személyek foglalkoztatását négy csoportba sorolhatjuk:

- „*Integrált foglalkoztatás*: Amikor a beteg olyan munkahelyen dolgozik, ahol a munkatársak döntő többsége nem megváltozott munkaképességű.
- *Védett foglalkoztatás*: Ahol a beteg olyan helyen dolgozik, ahol a speciális igények az egyének számára ki vannak alakítva, s ehhez megfelelő munkakörülmények, és munkafeltételek tartoznak. Ezt a fajta, foglalkoztatást az állam nagymértékben támogatja.
- *Szociális (intézményi) foglalkoztatás*: A munkáltató szociális intézmény, a foglalkoztatottak szociális gondozásra szoruló személyek és a foglalkoztatás elsődleges célja maga a rehabilitáció és nem piacon gazdaságosan értékesíthető termékek előállítása.
- Megkülönböztetnek egy negyedik típust is, mely a *Védett szervezeti foglalkoztatás*: amely egyfajta átmenet a védett foglalkoztatás és a szociális (intézményi) foglalkoztatás között.”³⁴

³² 2011. évi CXCI törvény. Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=143417.584868 (2012.02.20)

³³ Dr. Palay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata Állami Számvevőszék Kutató Intézete Budapest, 2009. október

³⁴ Dr. Palay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata, Állami Számvevőszék Kutató Intézete Budapest, 2009. október

6.2.3. Akkreditált munkáltatóknál történő foglalkoztatás

Magyarországon 2005-ben vezették be a munkáltatók akkreditálását, mely szerint csak azok a munkáltatók (legyen az egy civil szervezet, gazdasági szervezet, vállalkozó) akik akkreditáltatják magukat, és foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű embereket, a foglalkozáshoz költségvetési támogatást kapnak. Tehát az előzőekben felsorolt típusok közül védett foglalkoztatás valósul meg. Ilyen esetben a munkavállalóknak legalább 50%-ban legalább megváltozott munkaképességűnek kell lennie. Az akkreditációt a 176/2005. (IX. 2.) Kormányrendelet szabályozza. A rendelet alapvető kötelezettségeket ír elő, melyeknek meg kell felelni. Pl.: munkavégzés helyének, környezetének, akadálymentesítésének, eszközöknek stb.

Ez a rendszer egyrészt védi a beteg embereket, másrészt a munkáltatókat is minősíti.

Az akkreditációnak többféle típusai is lehet, melyek a következők:

- „Az *alaptanúsítvány* igazolja, hogy a munkáltató a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatására irányadó alapvető akkreditációs követelményeknek megfelel, azaz akkreditált foglalkoztató.
- A *rehabilitációs tanúsítvány* a munkáltatót rehabilitációs foglalkoztatónak nyilvánítja.
- A *kiemelt tanúsítvány* munkáltatót védett foglalkoztatónak minősíti. A feltételes tanúsítvány a kiemelt tanúsítvány megszerzésére való felkészülést segíti elő.
- *Feltételes tanúsítvány* a kiemelt tanúsítvány megszerzésére való felkészülést segíti elő”³⁵

„Az akkreditációs díj összegét a foglalkoztatáspolitikai és munkaügyi miniszter a 26/2005. (XII. 27.) FMM rendelet szabályozza. Az akkreditációs díjak egy székhely/telephely/fióktelep akkreditálását foglalják magukban. Ha a kérelmező több helyszínt kíván akkreditáltatni, akkor az alapösszeg telephelyenként, illetőleg fióktelepenként 50-50 ezer Ft-tal nő. Az akkreditációs díj összegét a kérelem benyújtása előtt kell megfizetni postai befizetéssel vagy átutalással a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal MÁK-nál vezetett előirányzat-felhasználási számlájára.”³⁶

³⁵ Dr. Palay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata Állami Számvevőszék Kutató Intézete Budapest, 2009. október

³⁶ Foglalkoztatási rehabilitációs és Akkreditációs Főosztály. Elérhető az interneten: <http://www.orszi.hu/index.php?ID=348> (2011.12.09)

6.2.4. Nem akkreditált munkáltatónál történő foglalkoztatás

A munkáltatók nagy része nem akkreditáltatja magát, így ők nem részesülnek költségvetési támogatásban. Természetesen támogatást ők is kapnak, de nem olyan nagy arányban, mint akik akkreditáltatják magukat. Az ő támogatásuk a Munkaerőpiaci Alapból származik, ha megváltozott munkaképességű álláskereső vagy rehabilitációs járadékban részesülő személy foglalkoztatását vállalják.

„ A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 41/A. § (1) – (2) bekezdés előírja, hogy ha legalább 20 főt foglalkoztató munkáltatók létszámuk 5 százalékáig kötelesek megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztatni, ellenkező esetben rehabilitációs hozzájárulást kell fizetniük a Munkaerőpiaci Alapba. Ez egyfajta ösztönzési rendszer. „³⁷

6.2.5. Szociális intézményben ellátott személyek intézményen belüli foglalkoztatása

Intézményi jogviszonyban álló beteg intézményen belüli foglalkoztatását a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvény 41/A. § (1) – (2) bekezdés, szabályozzák. A szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatás támogatásáról szóló 112/2006.(V. 12.) Kormányrendelet szerint meghatározott, hogy kik azok, akik szociális foglalkoztatásban foglalkoztatóként, illetve szervezetként vehet részt. Az intézmények egy szakmai programot készítenek, amiben az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs terv szerepel. A szociális foglalkoztatás keretében a megváltozott munkaképességű személyek elsajátíthatják azokat a készségeket és technikákat, mellyel a megmaradt képességeiket a lehető legjobban tudják hasznosítani.

A törvény módosítása két új foglalkoztatási forma bevezetését eredményezte:

- Munka-rehabilitáció, amelyre kizárólag az intézménnyel kötött megállapodás alapján kerülhet sor, - abban az esetben is, ha az ellátott cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt áll. Munka-rehabilitációnak minősül az intézmény környezetében végzett kisegítő, kiegészítő jellegű, karbantartással a külső-belső környezet rendben tartásával kapcsolatos feladatok ellátása. Legfeljebb napi négy, heti húsz óra lehet a foglalkoztatás.
- A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás, amely során biztosítani kell, hogy az intézményben a személyek elsajátíthassák azt a tudást, technikát, amelyek fejlesztik

³⁷Dr. Palay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata Állami Számvevőszék Kutató Intézete Budapest, 2009. október

munkaerő piaci alkalmasságukat. Legfeljebb napi nyolc, és heti negyven órában történhet a foglalkoztatás.³⁸

Ezen felül a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeit a 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet határozza meg. Ha szociális intézményekről beszélünk, akkor beletartozik a nappali, közösségi, rehabilitációs, ápolást, gondozást, illetve átmeneti sürgős feladatok ellátó intézmények.

6.2.6. TÁMOP 1.1.1

Az Európai Unió támogatásával a 2007–2013. évi Társadalmi Megújulás Operatív Program 1.1.1 „Megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának és foglalkoztatásának segítése” című projekt célja „egészségkárosodással élő, és a rehabilitációs járadékban részesülő személyek számára olyan foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások biztosítása, amelyek segítik a korábbi munkahelyre való visszatérést vagy az újbóli elhelyezkedést, valamint a munkáltatók ösztönzése megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására.”³⁹ A projekt 2008. március 1-jén indult és 2013. február 28-ig tart.

„A program nem csak az egyént, hanem a munkáltatókat is támogatja. Bértámogatás, bérköltség támogatás, utazási költségtérítés munkába járáshoz, a munkahely adaptációja: fizikai és infokommunikációs akadálymentesítés. A sikeresség és a monitoring a projekt fontos eleme. Sikeresen befejeződik a projekt, akikre az alábbiak közül legalább az egyik érvényes: a foglalkoztathatósága javult, képzést sikeresen elvégezte és/vagy munkakipróbáláson vett részt és/vagy munkagyakorlaton vett részt.”⁴⁰

³⁸ Szociális és Munkaügyi Minisztérium: Szociális intézményekben élők foglalkoztatása Elérhető az interneten: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=874&articleID=31411&ctag=articlelist&iid=1> (2011.12.09.)

³⁹ Nemzeti Fejlesztési Ügynökség: Együtt a tevékeny életért, a Közép-magyarországi Regionális Munkaügyi Központ kiadványa, Reprográf Nyomdaipari Kft, Budapest, 2009. október. Elérhető az interneten: http://krmrk.afsz.hu/engine.aspx?page=krmrk_tamop&switch-content=krmrk_tamop_tamop111&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full (2011.12.09)

⁴⁰ Nemzeti Fejlesztési Ügynökség: Együtt a tevékeny életért, a Közép-magyarországi Regionális Munkaügyi Központ kiadványa, Reprográf Nyomdaipari Kft, Budapest, 2009. október. Elérhető az interneten: http://krmrk.afsz.hu/engine.aspx?page=krmrk_tamop&switch-content=krmrk_tamop_tamop111&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full (2011.12.09)

7. Szombathelyi Egyházmegyei Karitás, Szikla Községi Pszichiátriai Gondozó

A kutatásomat a szombathelyi Egyházmegyei Karitásznál, azon belül is a Szikla Községi Pszichiátriai Gondozóba készítettem. Az intézmény és működése a következőképpen épült fel az évek folyamán.

1991-ben alakult meg az Egyházmegyei Karitás Szombathelyen. Dr. Konkoly István akkori megyéspüspök Tucziné Régvári Mariettát nevezte ki a szervezet vezetőjének, s mellé Győrvári Edithet kérte fel a munkák elkezdésében. Dr. Konkoly István megyéspüspök körlevélben szólította fel a plébániák vezetőit a saját plébániájuk karitatív csoportjának megalakítására. Ezzel a folyamattal elindult a családsegítés, és a rászorulóknak nyújtott segélyakció, mint itthon, mint külföldön. Ezáltal elsőként a *Családsegítő Szolgálat* alakult meg, mely ruha élelem támogatása mellett indokolt esetben pénzbeli juttatás, tanácsadás, lelki vigasz, ügyintézésben segítés, vagy egyszerűen szeretettel meghallgatás is nyújt.

A következő intézmény a Karitás életében a *RÉV Szenvedélybeteg Segítő Szolgálat* megalakulása volt. „A Szolgálat szenvedélybetegek, elsősorban alkohol-, gyógyszer- és kábítószerfüggők, játékszenvedély rabjai valamint hozzátartozóik ambuláns, alacsony küszöbű, pszicho-szociális szakellátására vállalkozik.”⁴¹

„Caritas Alapítvány országos szinten egyedülálló kezdeményezésként, Szombathely város önkormányzatával együttműködve, ellátási szerződés keretében, 1999 novemberétől nyújt pszichiátriai és szenvedélybetegeknek a szociális törvény valamint a Szociális és Családügyi Minisztérium előírásait követve intézményes formában szolgáltatásokat.

Ekkor jött létre, a *HÁRSFA-HÁZ a Pszichiátriai és Szenvedélybetegek Átmeneti Otthona és Nappali Ellátója*.

Az intézmény „gyógyult, fekvőbeteg-gyógyintézetekben kezelt, illetve rehabilitációs intézményben gondozott szenvedélybetegek valamint pszichiátriai problémákkal küzdő, de szociális otthonban történő kezelésre nem szoruló kliensek reszocializációjára vállalkozik.”⁴²

2006-ös év szintén egy fordulópont volt az intézmény életében, ugyan is egy újabb szolgálatot hozott létre, még pedig a *SZIKLA Pszichiátriai Betegek Községi Gondozóját*. Ez az intézmény jelenleg több mint 80 ember pszichiátriai betegek közösségi gondozását végzi. A szakmai munkát 1 fő koordinátor, és 3 közösségi gondozó látja el, valamint munkájukat segíti

⁴¹Tucziné Régvári Marietta: A Szombathelyi Egyházmegyei Karitás családsegítő tevékenysége, Nemzetközi Karitás Konferencia, „Karitás a boldogabb családokért” Elérhető az interneten: http://www.vhf.hu/vhf_new/images/dokumentumok/konferenciak/Karitasz_Konferencia/tuczaine.pdf (2011.12.09)

⁴²Tucziné Régvári Marietta: A Szombathelyi Egyházmegyei Karitás családsegítő tevékenysége, Nemzetközi Karitás Konferencia, „Karitás a boldogabb családokért” Elérhető az interneten: http://www.vhf.hu/vhf_new/images/dokumentumok/konferenciak/Karitasz_Konferencia/tuczaine.pdf

egy pszichiátriai szakorvos, akinek megbízási szerződése van az intézménnyel illetve egy lelki pásztor segíti az intézmény munkáját.

2010-es év egy mérföldkő volt a Karitás életében, ugyanis az intézményvezető Tuczainé Régvári Marietta és Veres András megyés püspök támogatásával létrejött a Kríziskamra 2010 elnevezésű projekt. A projekt keretén belül megváltozott munkaképességű és munkanélküli embereket, bajba jutott családokat egyaránt segíti. A program lényege, hogy üres plébániaépületekből nappali rehabilitációs foglalkoztatókat alakítanak ki, munkahelyeket teremtve főként kis településeken élő, halmozottan hátrányos helyzetű emberek számára. A munkát három cég biztosítja, a szombathelyi telephelyű TDK Epcos, a celldömölki Cell Comp, és a jánosházi Car Inside.

A projekt első állomása Vásárosmiske, ahol 40 tartósan munkanélküli, és megváltozott munkaképességű embert foglalkoztatnak a Levendula házban. Az itt dolgozókat egy részét a Cell Comp foglalkoztatja. A Celldömölki telephelyű foglalkoztató elektronikában használt alkatrészeket gyárt különböző háztartási eszközökbe. Az üzem működése során keletkezett anyaghibás áru leselejtezése szétszedése átválogatása tartozik a megváltozott munkaképességű dolgozó férfiak feladatai közé.

Az itt dolgozók közül, 4 fő munkaidejét teszi ki az ostya dagasztása, sütése, szaggatása illetve csomagolása. Továbbá egy fő állandó jelleggel az árusításban is segédkezik. Ezen felül az asszonyok nagy rész jó kézügyességgel rendelkeznek, ezáltal termékeket állítanak elő. A levendulaház mögött található közel fél hektáros területen levendulatermelés folyik ez által az ősszel learatott levendulából, illatpárnákat, és egyéb tárgyakat készítenek.

Második állomás a nagylengyeli Szent Család Szociális Központot. Az itt dolgozó megváltozott munkaképességű embereket a szombathelyi telephelyű TDK Epcos foglalkoztatja. Az Epcos dolgozói egy műanyag gyűrűre rá ragadt papírfelesleget távolítják el. Azok a gyűrűk melyeken ez a papír a termelésben fent marad az selejt, így miután a kliensek leszedik a papír, ismét visszakerülnek a termelésbe. Ezen felül gyümölcsfák terméseiből lekvárt készítenek, illetve gyöngyfüzés, festészet, és kerámiafoglalkozás is van a betegek részére.

Kemenespálfi Szent Pál Szociális Központ tavaly nyáron nyitotta meg kapuit. Az itteni dolgozókat a Jánosházi telephelyű Car Inside foglalkoztatja. A dolgozók bőrfeldolgozást csinálnak, egy műanyag sablonok segítségével négyzet alakú bőrdarabokat vágni ki, melyeket a cég dolgozói vissza tudnak vinni a munkafolyamatba, s ez által is megkönnyítve az ő munkájukat.

A szombathelyei Központban, mint a Can Inside mint a TDK Epcos egyaránt foglalkoztat betegeket. A négy telephelyen összesen 180 megváltozott munkaképességű embernek adtak munkát, és a munka során adtak lehetőséget a betegségük rehabilitációjára.

8. Hipotézis

- a) Szakirodalom szerint pszichiátriai betegek többsége nő.
- b) A betegeknél a pszichés zavar 30 és 40 év között alakul ki, olvasható.
- c) Pszichiátriai betegséggel kezelték többsége schizophreniában szenved.
- d) A betegségek lefolyásánál a passzivitás és a szegregáció negatív hatású, a rehabilitációs foglalkozás során állapotuk stabilizálódik.
- e) A rehabilitációs foglalkoztatás pozitív hatással van a betegek életére.

9. Kutatás bemutatása, és módszertana

Az általam kutatott téma vizsgálatakor dokumentumelemzést, illetve interjúkészítést választottam kutatási módszerként. A pszichiátriai gondozó szakemberekkel folytatott beszélgetések alapján számomra világossá vált, hogy a betegek sokszor vagy nem ismerik fel a betegségüket, vagy azt tagadják, illetve ha állapotuk után érdeklődnek sokan fizikai fájdalomra egyéb szervi problémákra panaszkodnak. A dokumentumelemzésekor megtudhatom a kliensek alapvető adatait, betegségeit, az interjú során pedig a rehabilitációs munkával kapcsolatban gyűjthetem információt. Szakdolgozatomban 70 pszichiátriai betegek vizsgáltam.

A vizsgálat során a következő dokumentációkat elemeztem:

- Kérelem a közösségi gondozás igénybe vételéről. Ezen a kérelmen a beteg személyes adatát (neme, születési ideje, TAJ szám stb.) is megtalálhatóak.
- Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet Szakvéleménye, melyen nem csak a betegsége, hanem a rokkantás százalékos száma, a rokkantsági csoport, iskolai végzettség, illetve a felülvizsgálat időpontja is szerepel többek között.
- Pszichiátriai szakvélemény, mely a betegség megnevezését, BNO kódját, és a szakvéleményt tartalmazza, mellyel a pszichiáter javasolja nappali foglalkoztatásra, rehabilitációs munkára.
- A rokkantsági határozatról megtudtam, hogy a kliens rokkant nyugdíjas-e s ezt követően milyen ellátást kap, rokkantási nyugdíjat, rehabilitációs járadékot, rendszeres szociális járadékot, vagy egyiket sem.

- Közösségi ellátás, nappali ellátás nyilvántartása, melyből megtudhatom, hogy ki melyik ellátást veszi igénybe.
- Rehabilitációs munkát végzők nyilvántartása, TDK Epcos, és Car – Inside nyilvántartás
- Önellátást felismerő, és szükségletfelmérő tesztek, segítségével megtudtam, hogy melyek azok a feladatok, és tevékenységek, melyeket a betegek képesek, kevésbé képesek, vagy nem képesek elvégezni.

A dokumentumelemzéskor az adatokat excel táblázatba rögzítettem, és kódoltam.

Interjú során arra törekedtem, hogy a személyes adatokon kívül minél többet tudjak meg arról, hogy a kliens hogy került rehabilitációs munkába, a munka változtatott-e valamit az életén, illetve a betegségén, valamint hogy milyen a kapcsolata a munkatársaival. Interjú 6 személlyel készítettem, három nővel és három férfival. Az interjúalanyok különböző korosztályból és betegségi csoportból választottam ki.

Az adatgyűjtés során a személyes jogokat tiszteletbe tartva, név nélkül és a kliensek beleegyezésével történt.

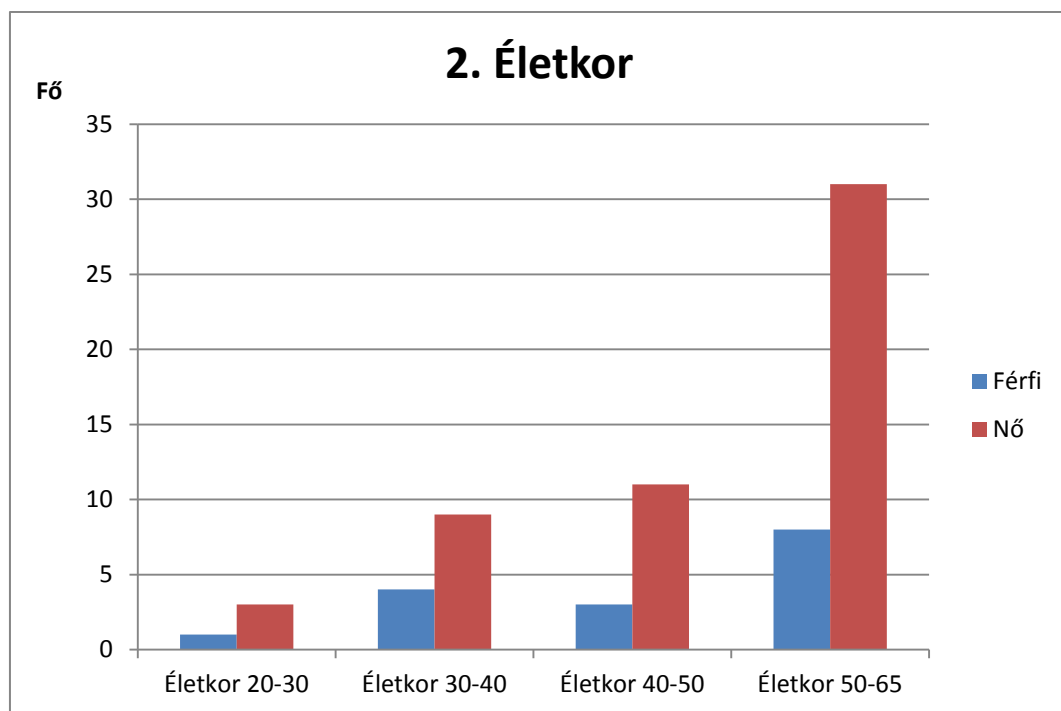
A dokumentumelemzés 1. diagramján a **nemek szerinti eloszlás** a található, melyről a következő adatokat tudjuk meg. A 70 megváltozott munkaképességű ember közül 54 nő, illetve 16 férfi adatait szerepelnek a kutatásomban.



1. ábra: A pszichiátriai betegek nemek szerinti megoszlása

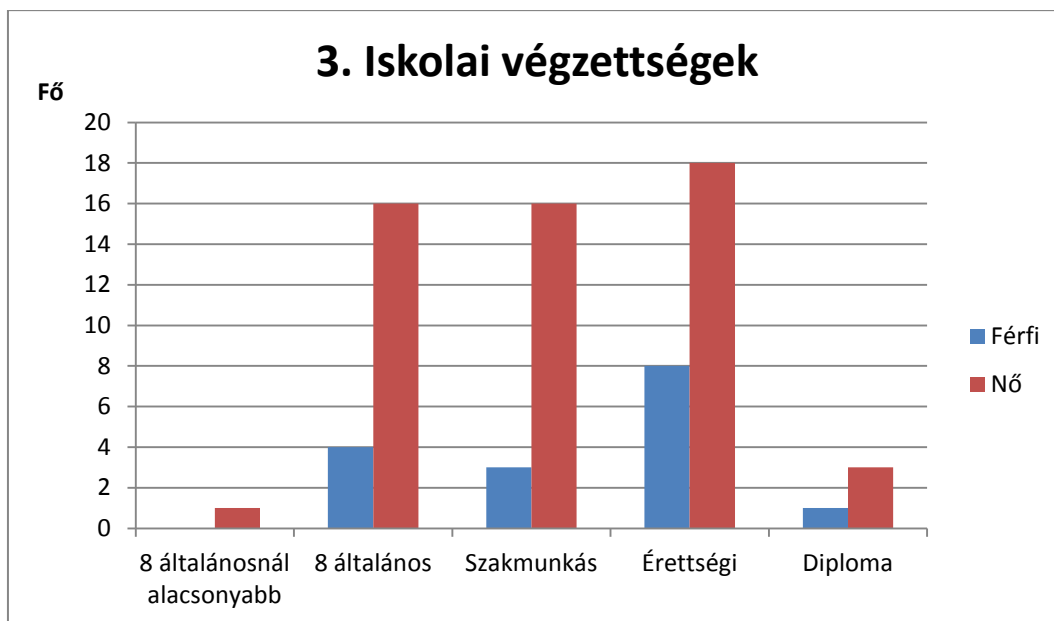
A 2. diagramon a kliensek **életkor szerinti eloszlását** tartalmazza.

A táblázatot 4 különböző életszakaszokra osztottam fel, azon belül is külön a nőket és a férfiakat tekintve. Jól megfigyelhető, hogy nagy eltérés van a nemek között. Szembetűnő, hogy a nők többsége 50-65 év között. A statisztika által megtudjuk, hogy dolgozók többsége 50 éves kor felett vannak. Szembetűnő, hogy míg a nők életkor görbéje követi a normált, miszerint a kor előrehaladtával a számuk nő, addig a férfiak görbájében 40-50 év között egyfajta törés, visszaesés figyelhető meg, s majd 50 kor felett nagymértékű emelkedés figyelhető meg. Feltételezhető, hogy ebben a korban azért nő a férfiak száma, mert nagyobb többségben egyedülállóak, így a protektív tényezők sem olyan erősek, mint párkapcsolat, illetve házasság alatt. Ezt az állításomat a 4. diagram is alátámaszta, melyben azt mutatom be, hogy a kliensek betegségei mely korban alakult ki.



2. ábra: A pszichiátriai betegek kor szerinti eloszlása

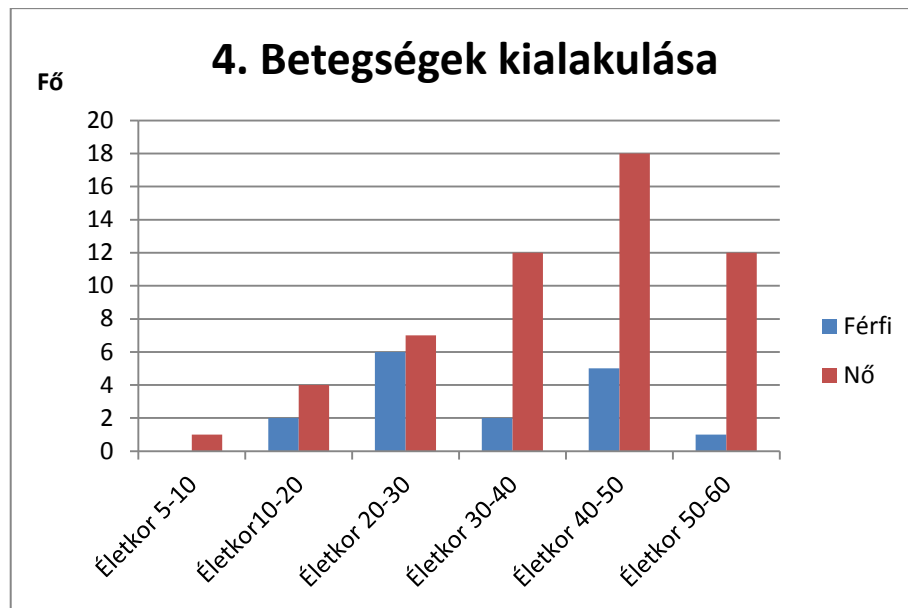
A 3. diagramon a kliensek **iskolai végzettségüket** mutatom be. A diagram jól mutatja, hogy az általam vizsgált pszichiátriai betegek többsége érettségivel rendelkezik, valamint a szakmunkás és 8 általánossal rendelkező betegek száma szinte azonos. Az is szembetűnő, hogy a diplomás betegek száma nagyobb a 8 általánosnál alacsonyabb végzettséggel rendelkezők számánál.



3. ábra: A pszichiátriai betegek végzettségeinek a megoszlása

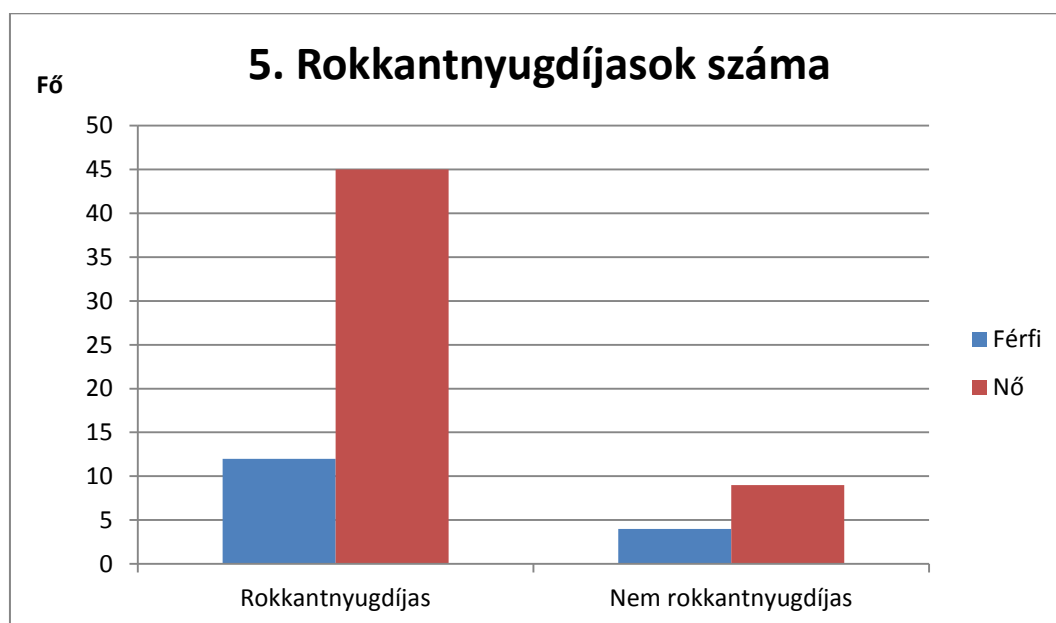
A 4. diagram által megtudhatjuk, hogy a megváltozott munkaképességű emberek **betegsége hány éves korukban alakult ki**. Az ábra jól mutatja, hogy a betegség kialakulása bármely életkorszakban megtörténhet. Ha először a férfiakat nézzük, náluk a betegség kialakulása nagyobb részüknél, körülbelül 38%-nál a 20-30 éves kor között, illetve 25%-nál a 40-50 éves korra tehető. Míg az általam vizsgált nőknél 30-40 éves kor között körülbelül 23%-nál alakult ki a betegségük, valamint kevesebb, mint 34%-nál 40 év feletti korban jelent meg. Ha összességében nézzük, a táblázatot megállapíthatjuk, hogy a betegség kialakulása a legtöbb esetben 40-50 év kor között jelen.

Ha a 3. diagramot összevetjük, ezzel a kimutatással megállapíthatjuk, hogy a végzettség nem játszik szerepet a betegség kialakulásában. Mint már azt a 2. diagramnál is megfigyelhettük, a férfiak görbéje itt is hullámzó, nem követi a nők görbáját.



4. ábra: A pszichiátriai betegség kialakulása életkor szerint

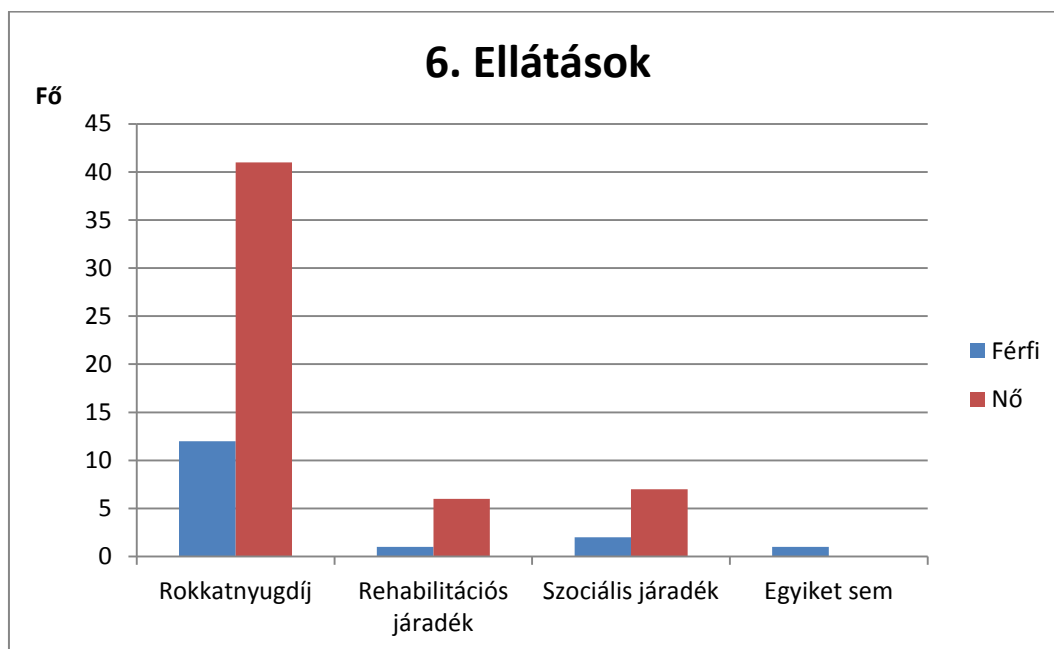
Az 5. diagram által megtudhatjuk, hogy a rehabilitációs munkában részt vevők közül hányan **rokkantnyugdíjasok**. Szembetűnő, hogy a betegek 80% rokkantnyugdíjas, ami azt jelenti, hogy egészségkárosodásuk következtében a betegségük miatt, az előző munkakörében, illetve más munkakörben való foglalkoztatásra rehabilitáció nélkül nem alkalmasak a betegek. Ha a diagramot külön nemenként nézzük, elmondható, hogy míg a férfiak közel 80%, addig a nők 85% rokkant



5. ábra: A rokkantnyugdíjasok száma nem szerinti elosztásban

A 6. diagram bemutatja, hogy **milyen ellátást kapnak a betegek**. A dőzsezők nagy része, 75% rokkantsági nyugdíjat kapnak, és csak kevesen, 10% kap rehabilitációs járadékot, amit

2012-től rehabilitációs ellátás néven szerepel, illetve körülbelül 12% szociális járadékot, valamint egy személy semmilyen ellátást sem kap.

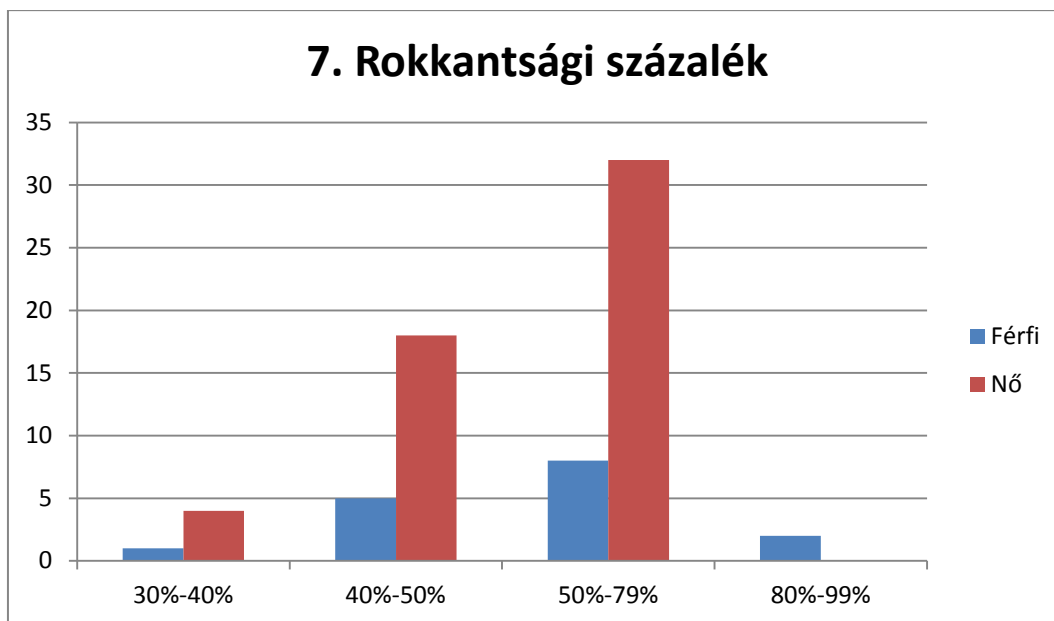


6. ábra: Az ellátások megoszlása nemek szerint

Mint már az elméleti részben is írtam, ahhoz hogy a betegek a fent említett három ellátás közül bármelyiket is kapják, ahhoz pontos kritériumok vannak, melyek közül az egyik, hogy a beteg hány százalékos rokkant, valamint a rokkantság által hányadik besorolási kategóriába tartozik. A következőkben ezt szeretném bemutatni.

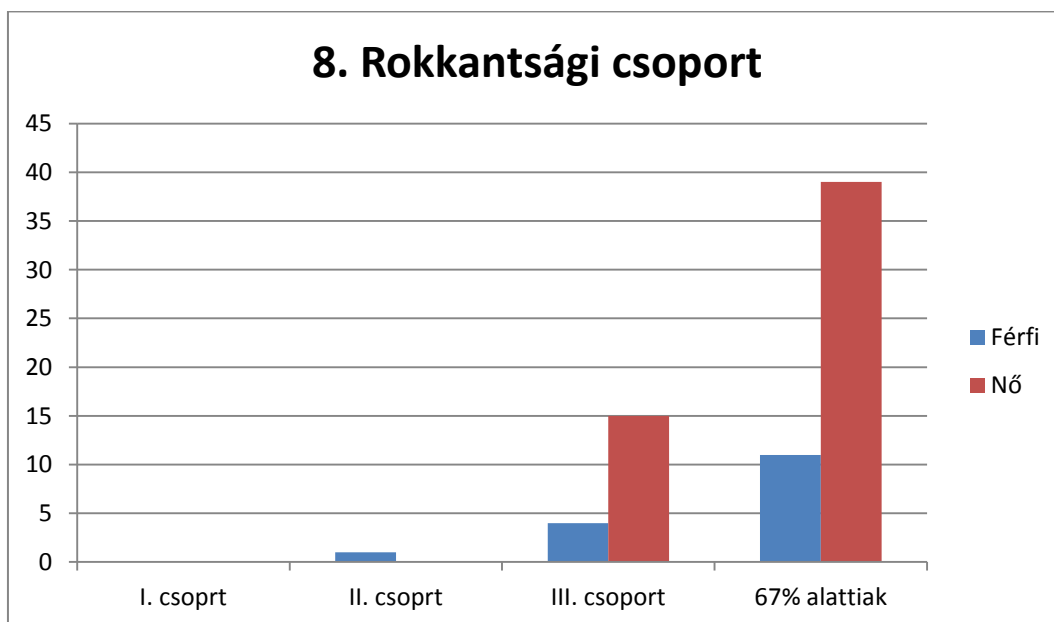
Tehát a 7. diagram, **a betegek százalékos rokkantságát tartalmazza**. A rokkantási százalék megállapítását az Országos Orvos Szakértői Intézet végzi, adott táblázat segítségével.

A táblázat által megtudjuk, hogy a betegek több mint 57%, 50-79% közötti rokkantak. Mint a nők, mint a férfiak többségére is ez a jellemző.



7. ábra: A rokkantsági százalékok megoszlása

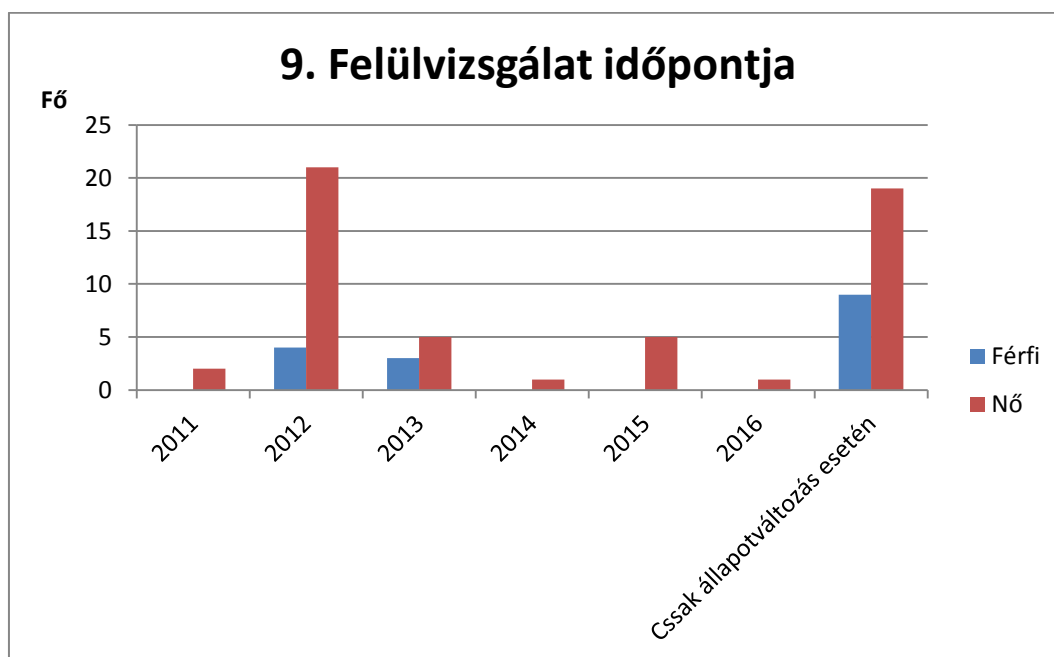
A 8. diagramban a rokkantsági százalék által besorolt **rokkantsági csoportok eloszlását** mutatom be. Az általam vizsgált betegek nem tartoznak az I. rokkantsági csoportban, valamint csak egy fő tartozik a II. csoportba. A kutatásomból kiderül, hogy a rokkantak több mint 27% III. csoportba tartozik. A betegek 57%-a, 67% alatti rokkant, ami azt jelenti, hogy ők nem tartoznak rokkantság által besorolt csoportokba.



8. ábra: A rokkantsági csoport szerinti besorolás

A 9. diagram a rokkantsági **felülvizsgálat várható időpontját** mutatja be. Ebből a diagramból megtudhatjuk, hogy a betegeknek mikor kell visszamenniük felülvizsgálatra. A diagramból jól látható, hogy a nők esetében a legtöbben az idei évben mennek felülvizsgálatra. Viszont ha összességében a nőket és a férfiakat egyaránt nézzük,

megállapíthatjuk, hogy legtöbbjüknek, 28%-nak csak állapotváltozás esetén kell felülvizsgálatra menniük, tehát az ő állapotuk statikusnak mondható. Az év elejétől kezdve viszont minden betegek visszahívnak felülvizsgálatra. Ez a 2012 új rendszer első lépése.



9. ábra. A felülvizsgálat várható időpontjának a megoszlása

A következőkben a kutatásom azon részét szeretném ismertetni, mely az általam vizsgált emberek pszichiátriai betegségére vonatkozik. Ezen belül is, hogy mi a betegségük, BNO kód szerint.

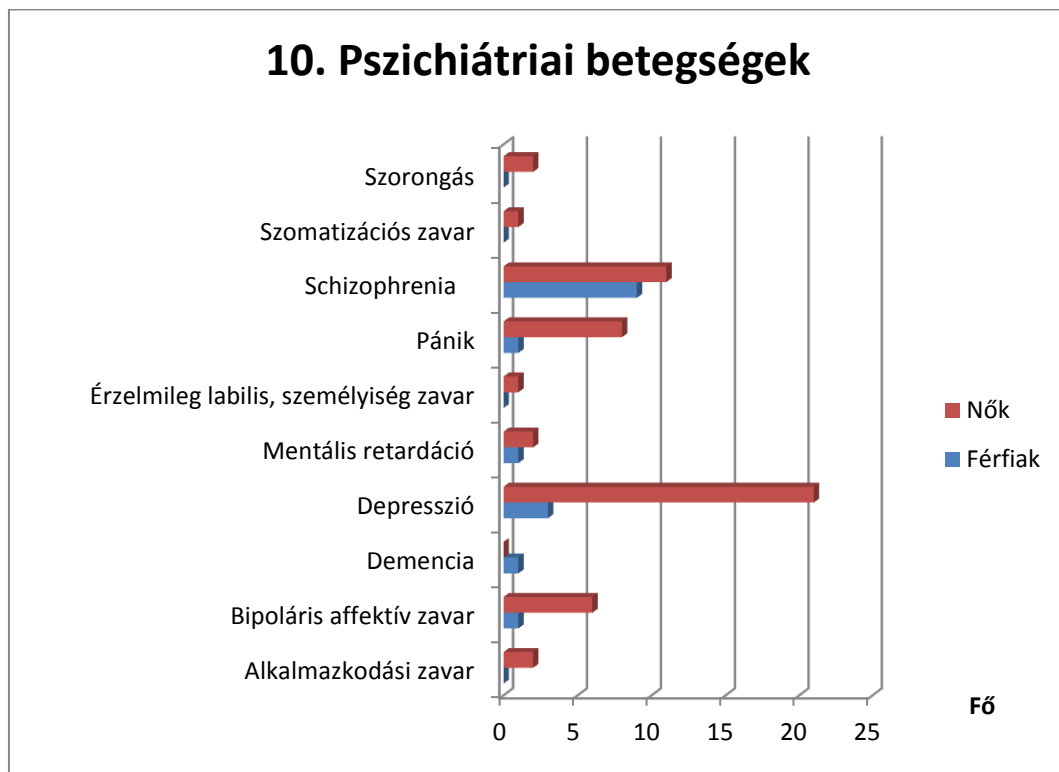
A 10. diagramon **az előforduló pszichiátriai betegségeket szemlélteti** az általam vizsgált betegeknél.

Mielőtt a táblázatot elemezném, fontosnak tartom, hogy pár betegség fogalmát megmagyarázzam, melyek esetlegesen nem szerepeltek részletesebben a szakirodalmi részben.

- A szomatizációs zavar a szomatoform zavarok egyik fajtája, melyről a dolgozatomban már részletesebben írtam.
- A pszichotikus zavarokról is már tettem említést, s ezen belül a schizophrenia jelenik meg a táblázatban.
- Akkor beszélünk mentális retardációról, mikor az intellektuális működés és teljesítmény az átlag alatt van, valamint általában társul hozzá magatartás és szociális készségek hiányossága is.
- A demencia a szellemi képesség hanyatlását és csökkenését jelenti, de nem tartozik ide az időskori szellemi csökkenés.

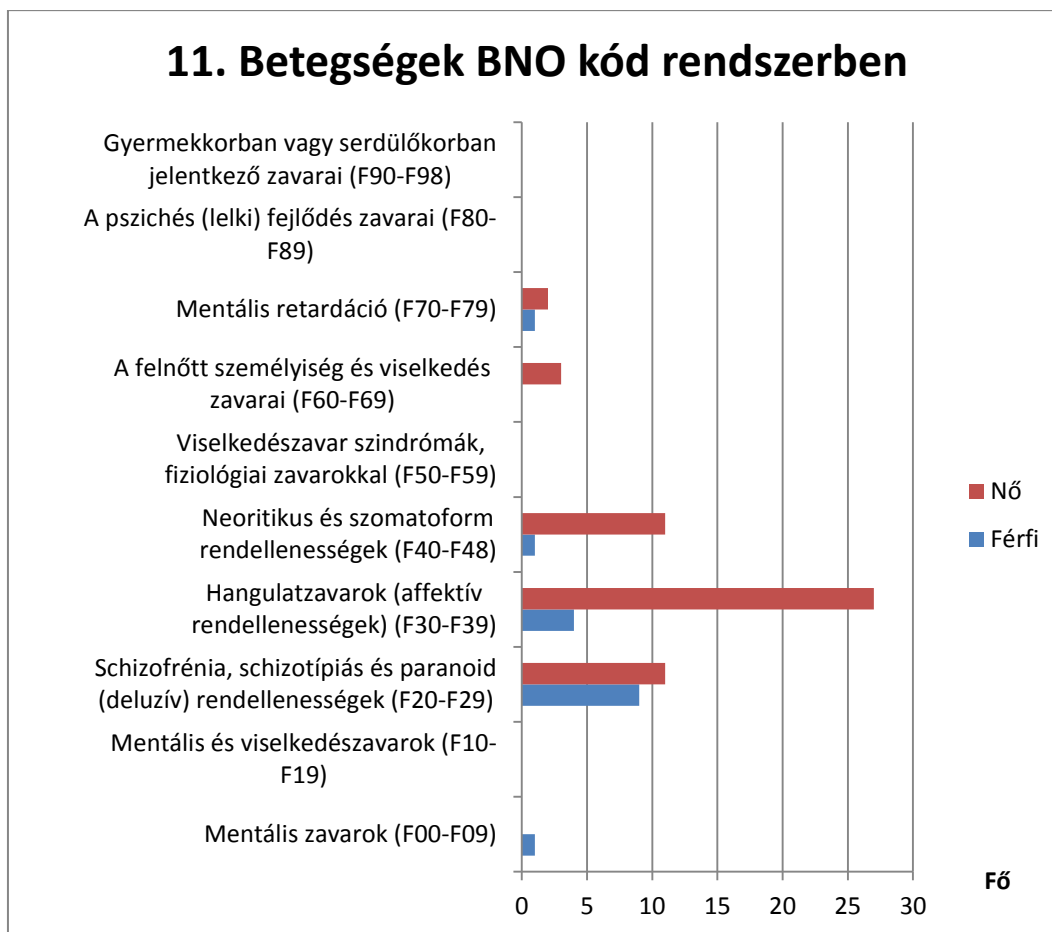
- Bipoláris affektív zavar a depresszió és a mánia keveréke.

A táblázatból megtudhatjuk, hogy az általam vizsgált pszichiátriai betegek nagyobb többsége, majdnem 35% depresszióval küzd. Ezt követően a schizopheniával több mint 28%, és pánik betegségben kevesebb, mint 13% küzd. Ha a nőket és a férfiakat külön nézzük, megállapíthatjuk, hogy míg a férfiak többsége 56% schizopheniában szenved, addig a nők nagy részének több mint 37%-nak depressziós betegsége van.



10. ábra: Pszichiátriai betegségek eloszlása nemek szerint

A 11. diagram a **betegségeket BNO kód szerint** mutatja be. A pszichiátriai betegségeket 10 nagy BNO kód csoportba sorolják melyek a táblázatban is jól láthatóak. Azonban az általam vizsgált pszichiátria betegeknél nem mind jelenik meg, a tízből csak hat csoport. Az előző táblázatot is alátámasztva jól látható, hogy az F30-F39-ig tehát a hangulatzavar betegséggel rendelkezők, (ilyen például a depresszió) vannak többen. Ez követi a schizophrenia betegség, és altípusai mely F20-F29-ig terjed.

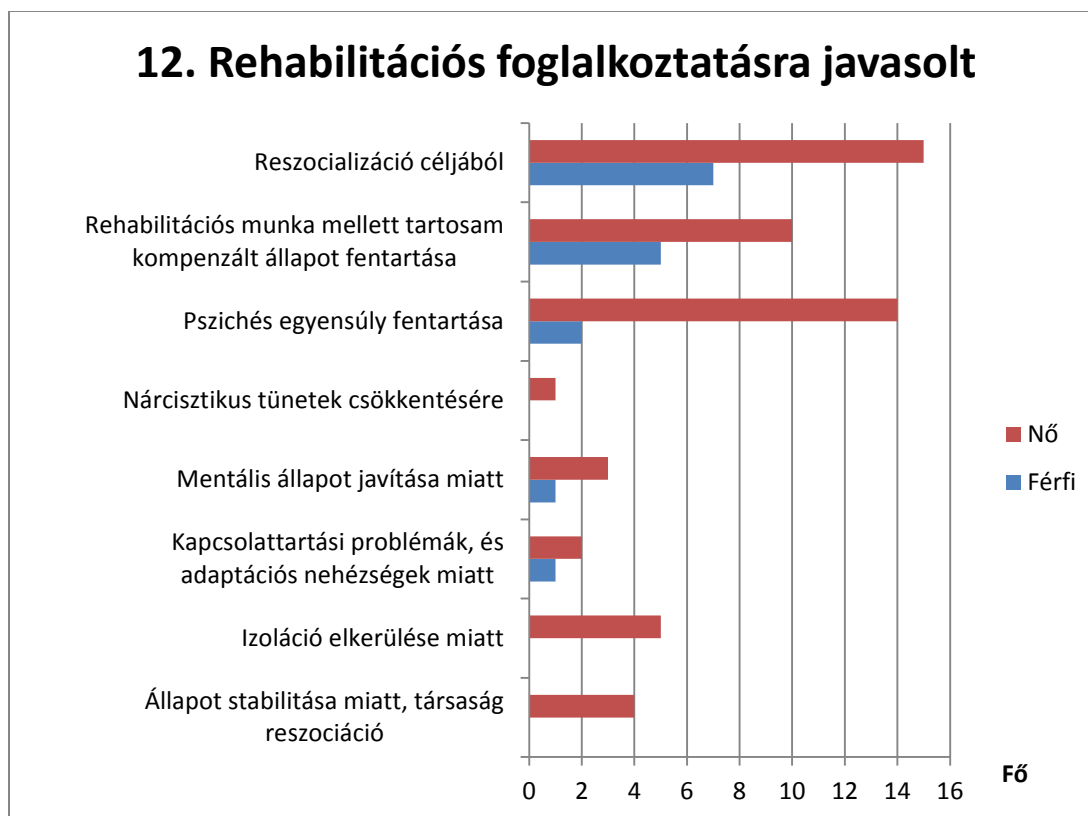


11. Pszichiátriai betegségek besorolása BNO kódrendszerbe

A következőkben arra szeretnék áttérni, hogy az általam vizsgált személyeket milyen céllal küldték rehabilitációs foglalkoztatásra, illetve ezt követően bemutatom, hogy az intézményben milyen szolgáltatást vesznek igénybe a betegek, valamint hogy milyen rehabilitációs munkába tartoznak.

A 12 diagram tartalmazza azokat a célokat melyekkel **a betegeket rehabilitációs foglalkoztatásra javasolták**. Jól látható, hogy a 70 megváltozott munkaképességű embert összesen nyolc fő cél miatt javasolták rehabilitációs foglalkoztatásra. Először a férfiakat nézve láthatjuk, hogy a fő cél a reszocializáció volt, kevesebb, mint 44%-nál, mely a társadalomba való visszavezetést, visszailleszkedést jelenti. A betegségből fakadóan a kliensek nagy része nem mozdul ki otthonról, bezárkózik otthonába, illetve a társas kapcsolatait is megszakítja. Véleményem szerint ezért az egyik fő cél a reszocializáció. A másik nagy csoport mely a férfiaknál több mint 31%-nál megjelenik az a tartósan kompenzált állapot elérése a rehabilitáció munka mellett. Ennek lényege, hogy az e céllal küldött férfiak betegségénél már egy stabil állapot figyelhető meg, s ezt a stabil állapotot a munka során fenntartsák. Ha a nőket nézzük jól megfigyelhető, hogy a fő cél itt is a reszocializáció, mely

több mint 27%-nál jelenik meg. Pszichés egyensúly fenntartása szintén nagy aránnyal, 26% jelenik meg. Összességében elmondható, hogy mind a férfiakat, és mind a nőket a szakorvosok azért küldték rehabilitációs foglalkoztatásra, hogy az állapotuk stabilizálódjon, illetve a társadalmi kapcsolataik bővüljenek.

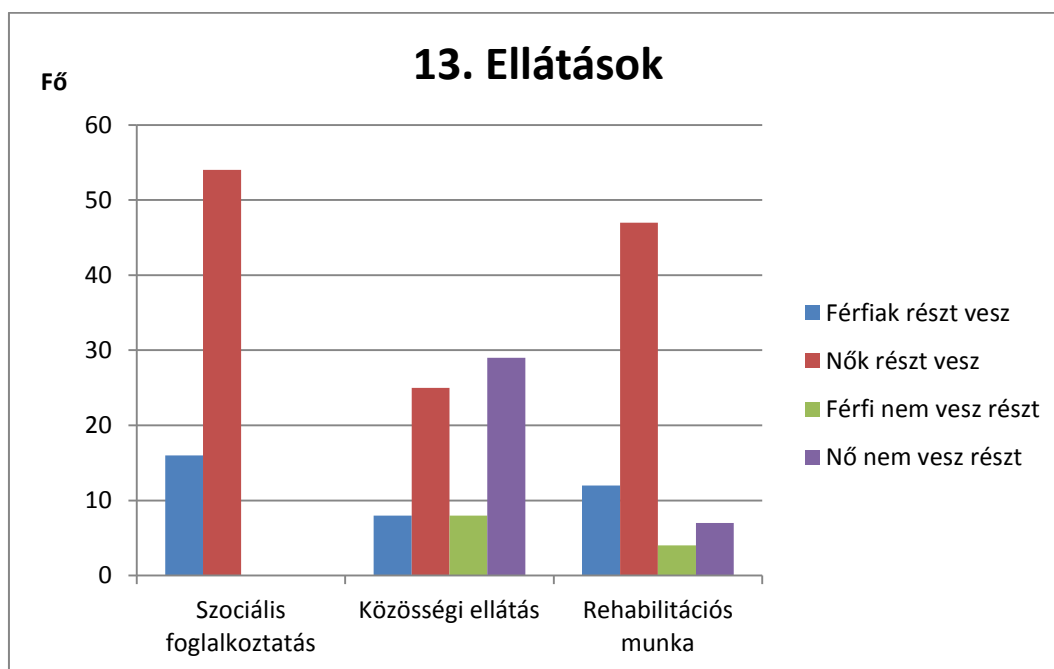


12. ábra: A pszichiáter szakorvos javaslata rehabilitációs foglalkoztatásra

A 13. diagramban szeretném bemutatni, hogy a Szombathelyi Egyházmegyei Karitás intézményében **hány fő vesz részt szociális foglalkoztatásban, közösségi ellátásban, illetve rehabilitációs munkában.** Jól megfigyelhető, hogy szociális foglalkoztatásban mind a 70 megváltozott munkaképességű személy vesz részt. Ezt követően a rehabilitációs munkában a kliensek több mint 80%-a vesz részt, viszont csak majdnem 50% vesz részt közösségi ellátásban.

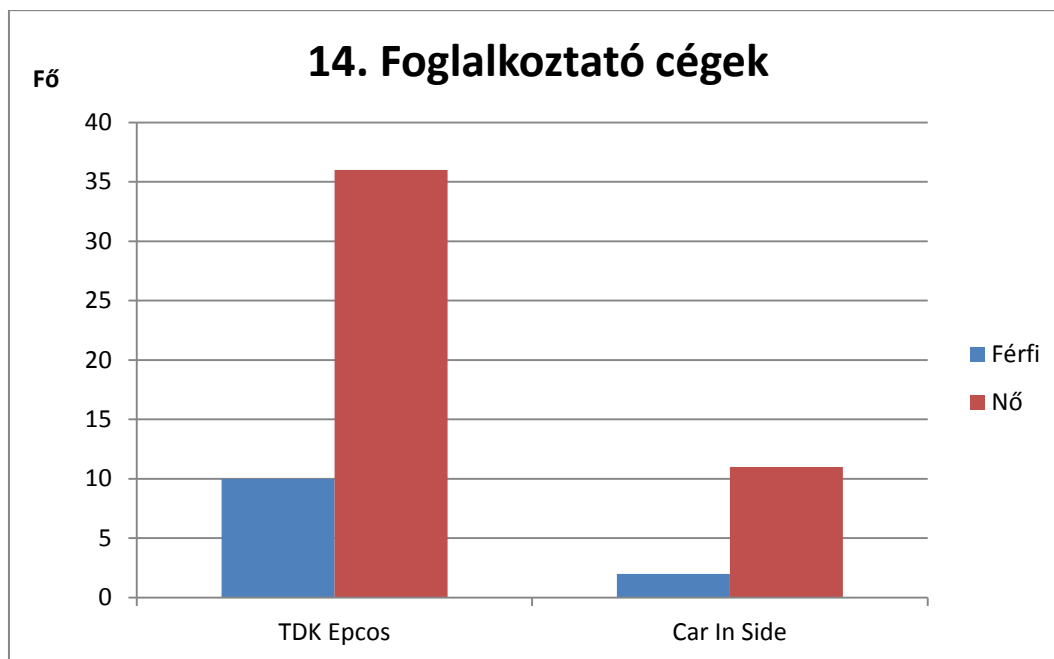
A statisztikai adatainak a fő okai a következők. Azok a kliensek aki, rehabilitációs munkában részt vesznek, nagy többségük előtte már a szociális foglalkoztatóban dolgozott. A szociális foglalkoztatót önkéntesen tudják igénybe venni a kliensek. A kliensek másik csoportja viszont közösségi ellátásból került rehabilitációs munkába. Ez nagy fejlődés, hisz a közösségi ellátás a betegek otthonába történik, s a gondozás mellett olyan szinten javult, illetve stabilizálódott a beteg állapota, hogy otthonából kiszakadva munkát tud vállalni. Ebben az esetben a klienseket egy ideig nyomon követik, majd végleg megtörténik az elválás. Az ellátás folytatásának

lehetőségét, ha a kliensek a későbbiekben igénylik, fenntartják. Az elvállás azért van, mert a munka során a betegségük vélhetően stabilizálódik.



13. ábra: A pszichiátriai betegek milyen ellátásokat vesznek igénybe a Szombathelyi Egyházmegyei Karitászban.

A 14. diagramban arra térek ki, hogy a megváltozott munkaképességű emberek **mely cég által vannak foglalkoztatva**. Mint már azt írtam a betegek két cég foglalkoztatja. A Szombathelyi telephelyű TDK Epcos, illetve a Jánosházi Car-Inside cég. Az előző diagramból már megtudtuk, hogy a dolgozók több mint 80% foglalkoztatva van. A diagramból pontosan kiderül, hogy összesen embert foglalkoztatnak. Jól látható, hogy a dolgozók többsége a TDK Epcos alkalmazásában áll, számszerűsítve pontosan 46 ember, melyből 26 nő, és 10 férfi. Míg a Car-Inside alkalmazásában, csak 13 állnak, azon belül is 11 nő és 2 férfi.

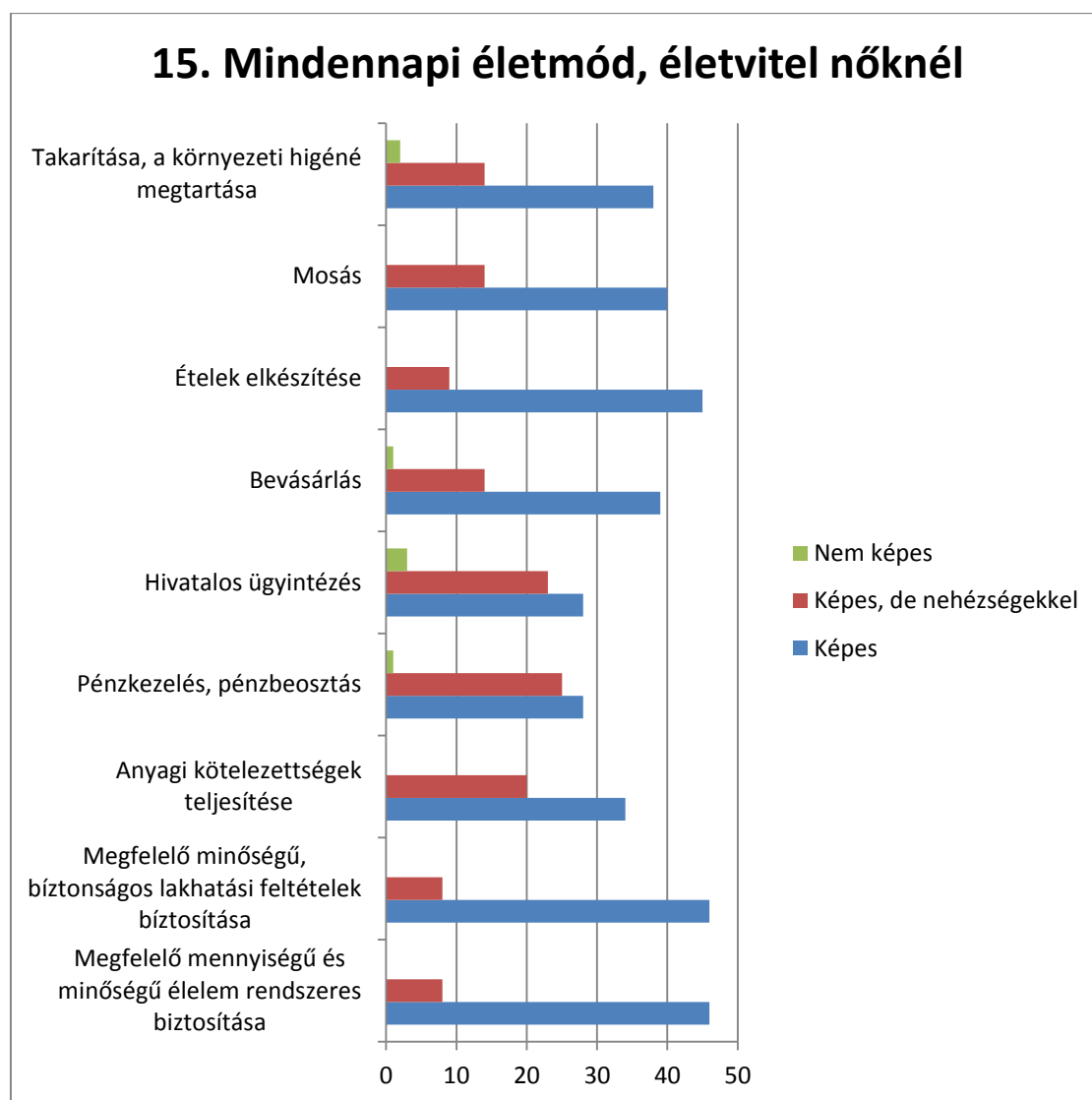


14. A betegeket eloszlása foglalkoztató cégek szerint.

A következőkben az önellátó, és szükségletfelmérő tesztek elemzését mutatom be. A tesztek segítségével ismertetem, hogy a betegek képesek-e bizonyos feladatok ellátására, társas kapcsolatok kialakítására, otthoni teendők elvégzésére, anyagi kötelezettségek ellátására.

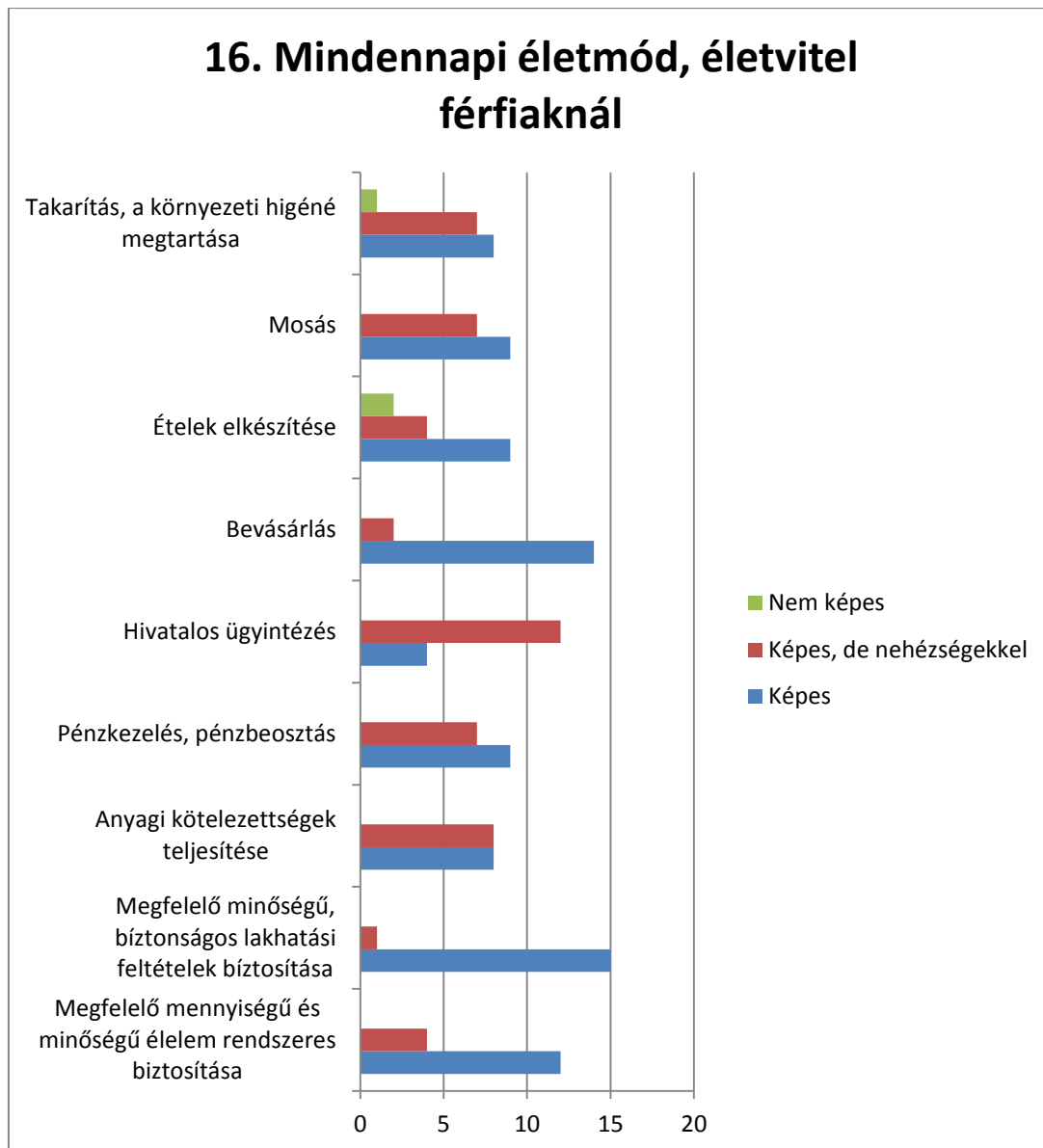
A kérdéscsoportok elemzése során a férfiakat és a nőket külön-külön mutatom be.

Az első kérdéscsoport **a mindennapi életmóddal, életvitellel** kapcsolatos (15. diagram). A tevékenységeket nézve jól látható, hogy a nők többsége a feladatok ellátására képes. Az általam vizsgált nők 85% takarításra, a környezeti higiéne megtartására, valamint ruházatuk tisztántartására képesek. Jól megfigyelhető, hogy a nők többsége, majd nem 85%-nak az ételek elkészítése nem okoz problémát. Viszont a hivatalos ügyek, és a pénzbeosztással ellentétben, ahol a nők több mint 45% képes, de csak nehézségekkel ellátni feladataikat.



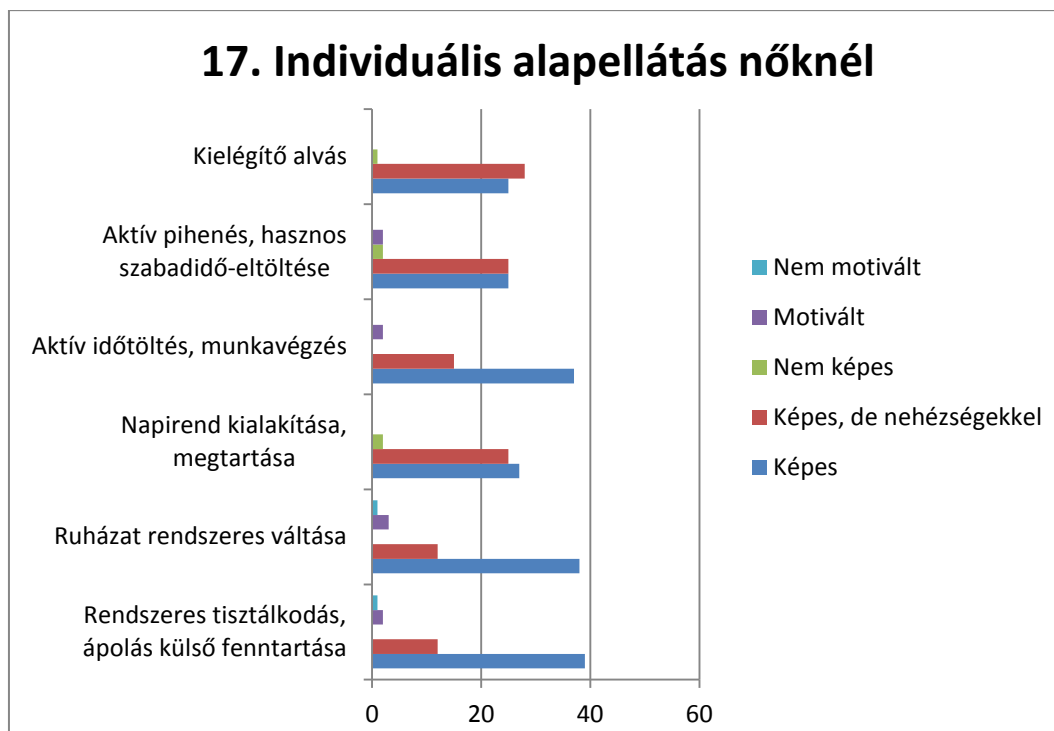
15. ábra: A mindennapi életmóddal, életvitellel kapcsolatban a nők milyen feladatokat tudnak ellátni

Ha a férfiak adatait nézzük a mindennapi életmód, életvitel tevékenységekkel kapcsolatban (16. diagram) jól látható, hogy a férfiak többségi is, mint a nők tekintetében a feladatok ellátására képes. Kiemelkedő eltérést a hivatalos ügyek elintézése mutatja, mely a férfiak több mint 72% csak nehézségekkel képes ügyeit elintézni. Nagyobb mennyiségben jelentek meg azokat az adatok, melyek által a férfiak csak nehézségekkel képesek bizonyos kötelezettségek elvégzésére, ilyen például az anyagi kötelezettségek. Összességében a férfiakat és a nőket nézve meghatározható, hogy mindkét félnek nehézségei vannak főleg a hivatalos ügyek, de az anyagi kötelezettségek teljesítésére is.

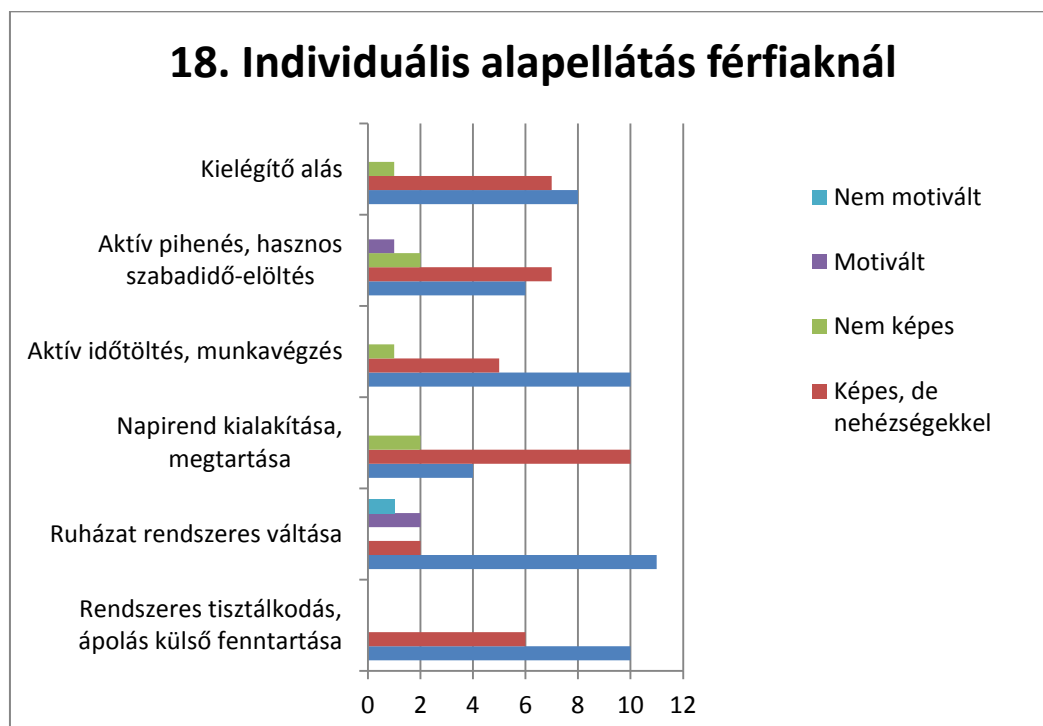


16. ábra: A mindennapi életmóddal, életvitellel kapcsolatban a férfiak milyen feladatokat tudnak ellátni

A második kérdéscsoport az **individuális alapellátásokkal** kapcsolatos. A következőkben szemléltetem, hogy mely tevékenységet jelentenek esetleges problémát először a nőknél, majd a férfiaknál. Jól látható, hogy az aktív időtöltés, ruházat rendszeres váltása, és a tisztálkodás a nők több mint 70 %-nál nem jelent problémát. (17. diagram) Viszont megállapítható az is, hogy az általam vizsgált nők felénél nehézségek merülnek fel a kielégítő alvás, aktív pihenés eltöltésével, és a napirendek kialakításával.

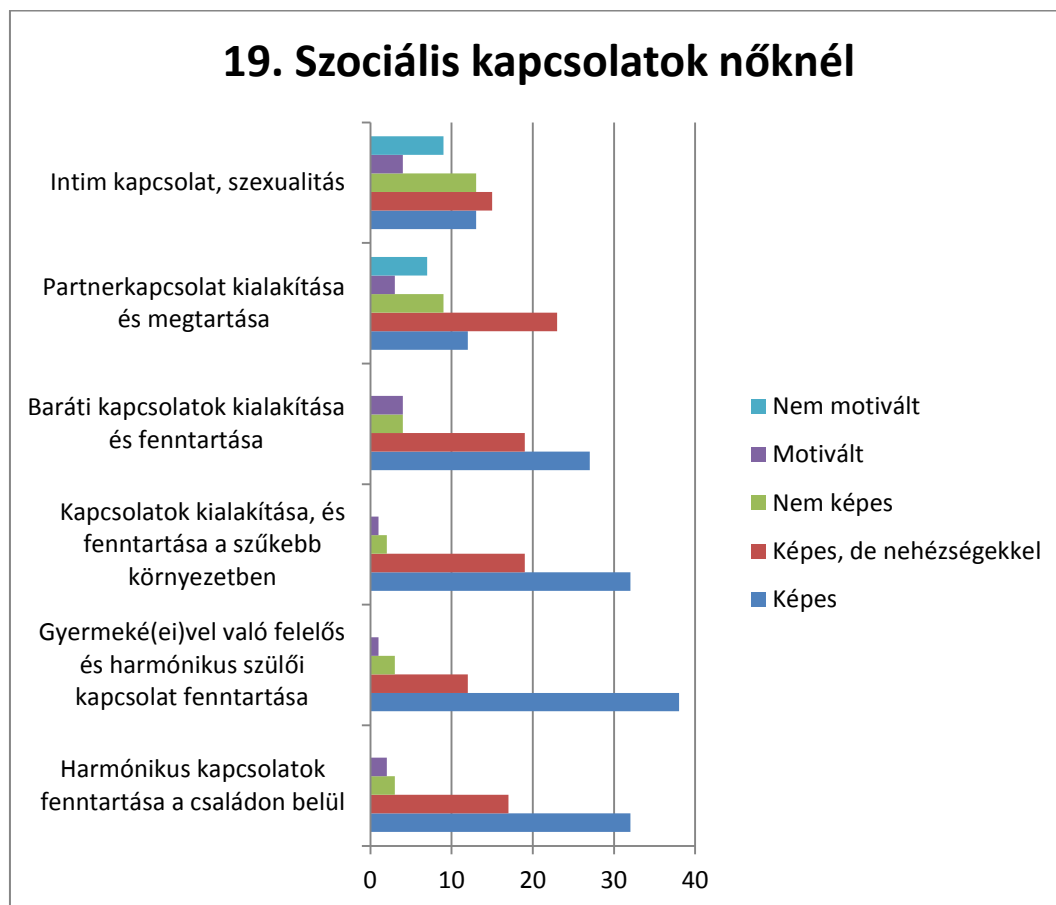


17. Ábra: Az individuális alapellátások közül milyen feladatok elvégzésére képesek a nők. A férfiaknál nézve személyes alapellátásuk, mint például: aktív időtöltés, ruházat váltása, és a tisztálkodás, náluk sem jelent gondot (18. diagram). Azonban nagyobb problémát jelent a napirend kialakítása, aktív pihenés, és az elegendő alvás. Emellett fontos megemlíteni, hogy mint a nőknél, és mint a férfiaknál vannak olyan kliensek, akik nem képesek bizonyos alapellátások elvégzésére pl: szabadidő eltöltésére. Jól látható, ha összevetjük a két nem táblázatát, hogy ugyan azok a képességek, és nehézségek vannak jelen a betegeknél.



18. ábra: Az individuális alapellátások közül milyen feladatok elvégzésére képesek a férfiak

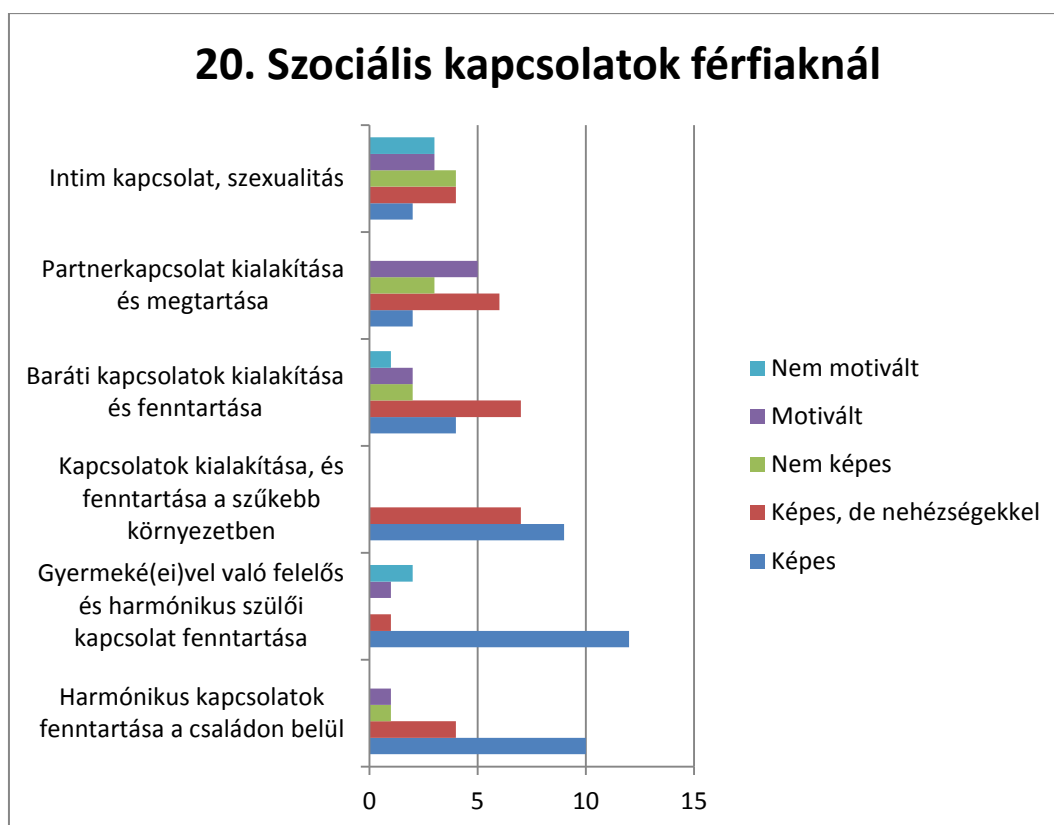
A 19. diagram nagyon érdekes adatokat mutat. A témakör a **szociális kapcsolatokban tanúsított viszonyulás**. Itt is először a nők majd a férfiak adatait mutatom be. Ha először azokat a kérdéscsoportokat nézzük, melyekre képesek a nők, akkor jól látható, hogy több mint 60%-nak nem okoz problémát a családdal, gyermekeivel, és szűkebb környezetükben a kapcsolatok kialakítása. Ezzel az adatokkal ellentétben viszont nagyobb számban jelennek meg olyan társas feladatok, melyeket a nők nem képesek ellátni. Majdnem 20% nem tud partneri kapcsolatot kialakítani, és 25% nem tud intim, szexuális kapcsolatot kialakítani. Ez az adat viszont annak is betudható, hogy a nők többsége 50-65 éves kor között van.



19. Milyen szociális kapcsolatok kialakítására képesek a nők

A 20. diagramban a férfiaknál ugyan ezeket a tényezőket nézve a következő adatok láthatóak. A diagram jól mutatja, hogy a férfiak 75%-a gyereké(i)vel képes jó kapcsolat ápolni, illetve 62% a családjával is jó kapcsolatot tud fenntartani. Szűkebb környezetben csak az általam vizsgált betegek 56% tud kialakítani kapcsolatokat. Viszont a partneri és baráti kapcsolatok kialakításában már nehézségeik adódnak. Az is szembetűnő, hogy több mint 30% motivált

abban, hogy partneri kapcsolatuk legyen. Ez arra ad következtetést, hogy ők egyedül állóak, így alá tudom támasztani a 2. diagramhoz kapcsolódó állításomat mi szerint 40 éves kor felett azért nő a férfi betegek száma, mert egyedülállóak, és nincs meg számukra, a párkapcsolat által nyújtott biztonság. S mivel motiváltak, hogy párkapcsolatuk legyen ezért megállapítható, hogy a férfiakra pozitívan hat a párkapcsolat. 25%-25% azoknak a férfiaknak az aránya, akik képesek, de nehézségekkel, illetve nem képesek intim kapcsolatot kialakítani.



20. ábra: Milyen szociális kapcsolatok kialakítására képesek a férfiak

Az utolsó téma a szükségletfelmérők vizsgálatánál a **betegséghez való viszony**. A megváltozott munkaképességű embereknek a legtöbb problémát az jelenti, hogy nap, mint nap a betegségükkel kell harcolniuk, illetve azt el kell fogadniuk, együtt kell élniük vele. Ezért nagyon fontos, hogy a rehabilitációs foglalkoztatásban lévő betegeknél megvizsgáljuk azt, hogy a betegségüket hogyan tudják kezelni, s a nehézségeket hogyan tudják megoldani. Először, mint már az előzőekben a nőkre, majd a férfiakra vonatkoztatva mutatom be a tevékenységeket.

A nők több mint 40% tud a betegségéről beszélni személyes, közelebbi környezetben, valamint 45% képes, de nehézségekkel (21. diagram). A nők 62% agresszív gondolatok esetén tud segítséget kérni, viszont több mint 32% csak nehézségekkel. A vizsgálatban az is

kiderül, hogy a nők több mint 51% önpusztító gondolatait kezelni tudja. A pszichés betegségből adódó nehézségeket a nők esetében több mint 37% csak nehezen tudják kezelni. A diagram jól mutatja, hogy 64%, csak nehézségekkel, de együtt tud élni a betegségével. S az utolsó mely megjeleni a betegségekhez való viszonyról az az, hogy a kliens mennyire ismeri betegségének egyéni tüneteit. Jól látható, hogy szinte mindenki, képes, vagy képes, de nehézségekkel betegségről beszélni.



21. ábra. A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a nők

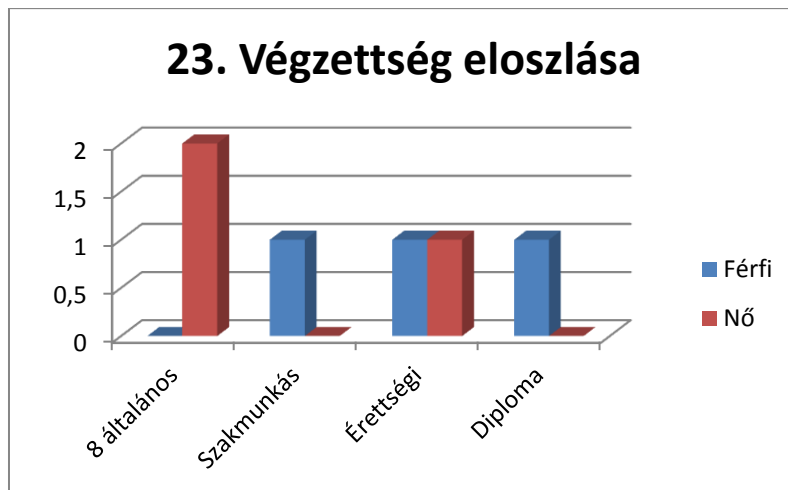
A férfiak esetében jól látható, hogy egy olyan tevékenység sincs, melyet képesek nagyobb mértékben elvégezni. 50% képes a betegségével együtt élni, illetve annak mindennapi hatásának kiküszöbölésére, valamint 50% ugyan erre a tevékenységekre képes, de csak nehézségekkel. A férfiak 63% az önpusztító és agresszív gondolatok esetén csak nehézségekkel tud segítséget kérni. A diagram jól mutatja, hogy a betegek 19% nem képes a betegség megfelelő kommunikálására személyes környezetben.



22. ábra: A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a férfiak

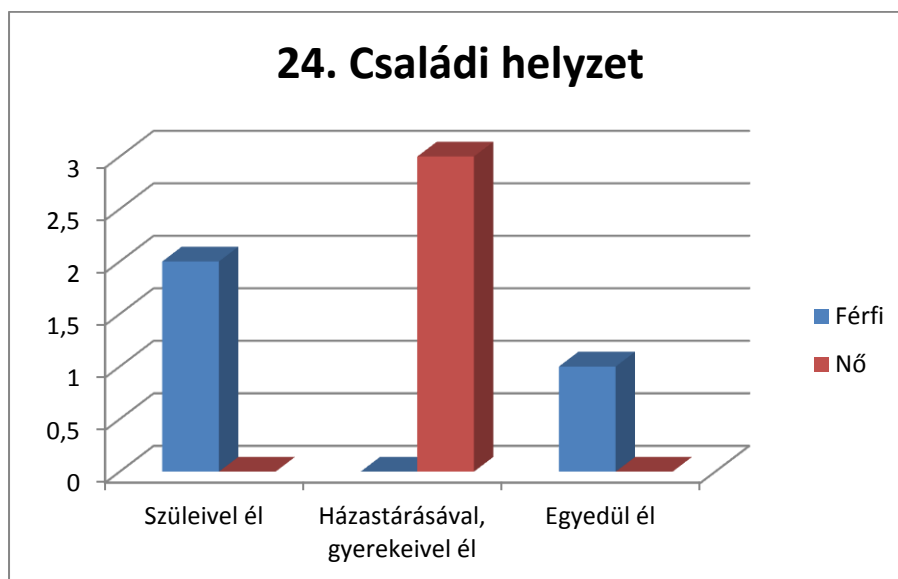
Az irodalomelemzés és a statisztikai adatok elemzése nem képes arra, hogy az indítékokat, motivációkat, és érzelmeket megtudjuk. Ez különösen a pszichiátriai betegek esetén fontos, ezért nagy hangsúlya van az interjúknak. Az interjú során a megkérdezettek saját véleményüket mondják el, ezáltal még többet tudunk meg a betegségükről, és a munkájukról. Így a következőkben az interjú elemzésére térek át.

Az interjú első részében a személyes adatokat elemzem. A hat interjúalanyom átlag életkora pontosan 48 év. A **végzettségeket** tekintve két főnek 8 általánosa, egy főnek szakmunkás bizonyítványa, szintén két főnek érettségi, és egy embernek diplomás végzettsége van.



21. ábra: A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a férfiak

A **családi helyzetet** nézve az általam vizsgált 6 beteg közül ketten otthon a szüleivel élnek, hárman családot alapítottak, így a szülőktől távol házastársukkal, gyermekeikkel élnek, illetve egy fő külön él szüleitől, és barátnőjétől. Jól látható, hogy a betegség hatással van a családi helyzetre is, s ez főleg a férfiaknál jelenik meg.



22. ábra: Az interjúban részt vett pszichiátriai betegek családi helyzeteinek a megoszlása

A személyes adatok után a **betegséggel kapcsolatos** kérdésekkel folytattam az interjúkat, melyekre a következő válaszokat kaptam. Azt általam kérdezett kliensek közül két nő depresszióval, egy nő pánik betegséggel, és három férfi schizophreniával küzdenek. A kérdések során az is kiderült, hogy a **betegségek kialakulásakor** az átlag életkor 40 év volt. A **betegségek tünetei** nagyban megegyeznek azon kliensek tüneteivel, kiknek ugyan az a betegsége. Az egyik kliensnél, akinek pánik betegsége van, a következő tüneteket vette észre: „Úgy kezdődött a betegségem, hogy nagyon fájt a gyomrom, majd elkezdtem remegni,

és olyan érzésem volt mintha a cukrom leesett volna és innom kellett, egyszerre. Volt, hogy az utcán jött rám, volt, hogy az autóba, fontos volt, hogy egyszerre igyak vizet.” (3. interjú) A **betegség kialakulásának következtében** a kliensek **élete** nagyban **megváltozott**, s sajnos nem jó irányban. A munkájukat nem tudták folytatni, „tanári állásomat muszáj volt otthagynom” (2. interjú) mondta az interjú során az egyik beteg. Mind a hat interjú alanyom válaszaiból az derül ki, hogy csak negatív irányba **változott az életük a betegség óta**. „Talán egy pozitív, hogy itt dolgozom” (1. interjú) Összesen tizenkilenc kérdést tettem fel az interjú során, és már a kilencedik kérdésnél, az előbb említett mondat elhangzott. A kliensek életében a betegség csak negatívumokat hozott, egyedül a munkát említik meg, mint pozitív eseményt. A dolgozókra egyaránt jellemző, hogy a pszichiáter szakorvos, és közösségi gondozójuk ajánlotta nekik a munkát, és így **kerültek kapcsolatba az Szombathelyi Egyházmegyei Karitással**. A következőkben arra kérdeztem rá, hogy **milyen segítséget kaptak az itt dolgozóktól**. Nagy megdöbbenésemre mindenki szinte ugyan azt mondta. A válaszadásból kiderült, hogy a hat megkérdezett beteg mindegyike közösségi ellátásból került ki. A 13. diagram során már írtam, hogy ez nagyon nagy előrelépés, a betegség folyamatában. „Először én is, mint sokan közösségi gondozásban voltam, ami nagyon segített a betegségeim javulásában. Mikor már jobban voltam, és volt lehetőségem erre a munkára jelentkezni, nagyon szívesen jelentkeztem.” (1. interjú) Ha esetlegesen **probléma adódik**, akár rosszullét, vagy bármi másban kell **segítséget kérniük** a dolgozóknak, a válaszadók közül négyen, a volt közösségi gondozójukhoz szeretnek fordulni, hisz vele alakult ki mélyebben a kapcsolatuk. Egy fő, a rehabilitációs csoportvezetőhöz fordul, hisz ő van velük a munka során, s egy ember nem emel ki egy személyt sem: „Ő én így nem válogatok, mindenkit nagyon szeretek, és mindenki segítőkész. Aki épp a közelben van.” (5. interjú) A következőkben a kérdéseimet arra helyeztem át, hogy a dolgozóknak **hogyan tetszik a munka**. Mind a hat válaszadóm jól érzi magát a munkában. „nagyon jó a munka, szeretek itt dolgozni. Sokan nem is hinnék, hogy mennyit segít.” (1. interjú) Egy másik válaszadó a következőket mondta: „a munka jó, igaz egy kicsit monoton, de nem panaszkodom. Pozitívvá váltam a munka során, a gondolatokat is leköti, és elvonja a figyelmet a betegségről.” (3. interjú) Megtudhatjuk, hogy a betegek véleménye szerint a munka segít, mind a betegségről való figyelem elvonására, mind pedig a pozitív gondolatok elősegítésében, abban hogy ne csak mindig a negatív gondolataik legyenek. A **munkatársakkal való viszony** jó, a válaszokból ez derül ki. Az egyik beteg, az alkalmazkodás fontosságáról, illetve a csoportban való dolgozásról a következőket fogalmazta meg: „Jó. Van egy ember, akivel nem találjuk meg a hangot, de ebből probléma nem volt. Tudja, van, hogy bepörögnek, és indul a veszekedés. Vannak, akik nem tudják tolerálni a

másikat, tudja, betegek vagyunk az a baj. „ (6. interjú) A következő kérdés jól szemlélteti, hogy a **rehabilitációs foglalkoztatás mindenki életében hozott változást**. A kliensek mindennapi tevékenységeiben pozitív változás történt, mint például a kötelezettségekben, a napjaik strukturáltabbak lettek, társaságban vannak, s nem utolsó sorban havi bevételük több lett. „Egyrészt anyagilag is tudom támogatni a családot, más részt a betegségemben is pozitív változásokat hozott. Van kötelezettségtudatom ismét, ami a betegségem következtében eltűnt. Nem éreztem fontosnak, hogy elmenjek a boltba egy kiló kenyérért a családnak. „ (3. interjú) A **jövőben** a betegek számára nagyon fontos lenne, ha a gondjaikról, problémáikról ugyan úgy beszélhessenek, mint régen. Az a pozitív támogatás, és segítség, amit kapnak a gondozóktól nagyon jó hatással van a betegekre, és ezt nem szeretnék elveszíteni. Az utolsó kérdésben arra tértem rá, hogy **kaptak-e valamilyen plusz dolgot a munkán kívül**. Egy választ szeretnék itt kiemelni: „Tudok bocsánatot kérni. A betegségem miatt van, hogy indulatosabb vagyok, nem bántok senkit, ne úgy értsé, (meg akkor már nem is lennék itt), hanem szóban dűnnyögök, morgok, bunkózok, de ez csak egy időszak a betegségemnek. A gyógyszereket jól szedem, de még is van ilyen időszak. Ilyenkor másnap a másik ember szemébe tudok nézni, és bocsánatot kérni, ha megbántottam. Van, aki munkatársaim közül boszorkánynak hív ezért, de én nem haragszom csak nevetek rajta egy jót. Erre itt tanítottak meg. Sok mindent megtanultam a betegségemről, és hogy, hogy próbáljam kezelni. Ha otthon leszek ingerültebb, inkább lefekszem, nem akarom a kis családomat megbántani.” (5. interjú) Ebből a válaszból látható, hogy a betegeknek mennyi küzdelemmel, és nehézséggel kell megküzdeniük a betegségük miatt. S valamint, hogy mennyire próbálnak változtatni a betegségüket, hogy újra teljes életet tudjanak élni.

10. Diszkusszió

A következőkben a kutatásomban megfogalmazott feltevéseimet szeretném bebizonyítani, vagy megcáfolni.

a) Szakirodalom szerint pszichiátriai betegek többsége nő:

Ez a hipotézisem beigazolódt. Amint a szakirodalom is írja, és a kutatásom is alátámasztja (1. diagram) a pszichiátriai betegek többsége nő. 2002-ben készült helyzetelemzés szerint pszichiátriai gondozókban nyilvántartott betegek számának a 65% nő volt.⁴³

⁴³ Foglalkoztatási és Munkaügyi Minisztérium, Foglalkozási Rehabilitációs Titkárság: Helyzetelemzés a Rehabilitációs Partnerség Program számára, 2004 Pomáz. Elérhető az interneten: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQjZ078RxF4J:harmoniakert.hu/tanulmany_helyzet_elemzes.rtf+a+pszichi%C3%A1triai+betegek+t%C3%B6bbs%C3%A9ge+n%C5%91&cd=8&hl=hu&ct=clnk&gl=hu (2012.04.12)

- b) A betegeknek a pszichés zavar 30 és 40 év között alakult ki, olvasható a szakirodalomban.

Az általam vizsgált embereknél a pszichiátriai betegségek kialakulása 40-50 év közé tehető (4. diagram). Tehát ezt az állításom nem igazolódott be.

- c) Pszichiátriai betegséggel kezelték többsége schizophreniában szenved.

A dolgozatom megírása előtt, a szakirodalom áttekintése után azt állítottam, hogy a betegek többsége schizophreniában szenved. A kutatásomból kiderül (10. diagram), hogy ez az állításom nem igaz. Az általam vizsgált 70 ember többsége depresszióval küzd. Ha az interjúválaszokat összehasonlítjuk a 10. diagrammal, akkor jól láthatóak az arányok, miszerint mint a dokumentumelemzés, mint pedig az interjúk során kiderült, hogy míg a nők többsége depressziós, addig a férfiak schizophren betegségtől szenvednek.

- d) A betegségek lefolyásánál a passzivitás és a szegregáció negatív hatású, a rehabilitációs foglalkozás során állapotuk stabilizálódik:

A kutatásom előrehaladtával kiderült, hogy a pszichiáter szakorvosok azért küldték rehabilitációs foglalkoztatásra a betegeket, hogy állapotuk stabilizálódjon, és reszocializációlódjanak. A betegség negatív hatással van a kliensek életére, passzivitás áll fent náluk (12. diagram). Az 1. interjúalany is alátámasztja ezt, azt az állításomat miszerint a passzivitás és a szegregáció negatív hatású: „Vágytam kapcsolatokra, de soha nem tudtam normálist kialakítani, a mostani barátnőmmel sem sokáig leszünk már együtt, és ezek a dolgok melyek a betegségemből adódnak csak rossz felé változtatták az életemet. Talán egy pozitív, hogy itt dolgozhatom.” A foglalkoztatás során az állapotuk stabilizálódik állításomat a 17. és 18. diagram is alátámasztja, mely azt mutatja, hogy a nők és a férfiak képesek a munka mellett aktív időtöltésre. Ez a hipotézisem beigazolódott.

- e) A rehabilitációs foglalkoztatás pozitív hatással van a betegek életére.

A foglalkoztatás pozitív hatással van a mindennapi életvitellel kapcsolatos feladatok ellátására, és ez által képesek pl: bevásárlásra, ételkészítésre, takarításra az általam vizsgált 70 pszichiátriai betegek többségére igaz. (15. és 16. diagram). Valamint az interjúk többsége is alátámasztja a feltevésemet: 1. interjúban: „Nagyon jó a munka szeretek itt dolgozni. Sokan nem is hinnék el, hogy mennyit segít.” 3. interjúban: „A munka jó, igaz egy kicsit monoton, de nem panaszkodom. Pozitívvá váltam a munka során, a gondolatokat is leköti, és elvonja a figyelmemet a betegségről. Egyrészt anyagilag is tudom támogatni a családot, más részt a betegségemben is pozitív változásokat hozott. Van kötelezettség tudatom ismét, ami a

betegségem következtében eltűnt. Nem éreztem fontosnak, hogy elmenjek a boltba egy kiló kenyérért a családnak.” – olvasható.

11. Összegzés

A dolgozatom és kutatásom készítésénél arra törekedtem, hogy minél jobban megismerhessem – és az olvasóval megismertessem – a pszichiátriai betegségeket, jellemzőit, valamint a megváltozott munkaképességű emberekhez kapcsolódó elméleteket, és jogszabályokat.

Úgy gondolom, hogy a pszichiátriai betegségek, napjaink egyik fő problémái közé tartozik, mely a felgyorsuló világ hatására még nagyobb problémát fog jelenteni, ha nem követünk el mindent a betegek helyzetének jobbátétele érdekében. A mindennapi stressz, szociális kapcsolatok elgyengülése, élethelyzet, genetikai okok miatt, kort és végzettséget nem tekintve ma már bárkinél, és bármikor jelentkezhethet a mentális zavar. Kutatásom során arra törekedtem, minél jobban bemutassam, hogy a pszichiátriai betegeknek a mindennapi tevékenység milyen küzdelmekkel jár, és ezeket a küzdelmeket, enyhíteni tudja a foglalkoztatási rehabilitáció. Tényként lehet megállapítani, hogy a foglalkoztatás tényleg segít a betegségükön, ezért nagyon fontos lenne, hogy még több ember kerüljön be ebbe a rendszerbe, még többen kapjanak foglalkoztatási lehetőséget.

A 2012-ben bevezetett új rehabilitációs rendszer remélhetőleg a betegek érdekét, és foglalkoztatásuk esélyét segíti elő. A kutatásomban bizonyítást nyert, hogy a foglalkoztatás másik előnye a foglalkoztatott betegek pszichés állapotának stabilizálódása. Továbbá lényeges szempont, hogy a terápiás segítők figyelemmel kísérik mindennapjaikat ez által a segítségnyújtás időben megtörténik, mivel a kapcsolati háló jól működik, s nem esnek vissza, nem válnak passzívvá, nem szegregálódnak a betegek.

Remélhetőleg a Szombathelyi Egyházmegyei Karitásztól megvalósított ellátási rendszer mintaértékűvé válhat, akár országos szinten is.

Ha a jövőben további intézmények jönnek létre, amelyek pszichiátriai betegeket foglalkoztatnának, ez a köztudatban is elültethetné azt a szemléletet, amely a mentális betegségekkel küzdő emberekkel szembeni előítéletet csökkentené. Látható lenne, hogy ők nem feltétlenül veszélyesek embertársaikra nézve, és képesek a munka világában helyt állni ilyen szakmai segítő háttérrel.

MELLÉKLETEK

Irodalomjegyzék

- 51

26vid%3D209%26dokid%3D22%26uid%3D1+2204/2002/EK+rendelet&hl=hu&gl=hu&pid=bl&srcid=ADGEEsisCh5_A6Sb7nlgRhav059F2R_JUuTHx7A6pw7VM6_vTp_io9ZO5uNPxZnWMgvxD8Uy8jz62TFIhBoT8jW2IicmJntelHtyXxjKPv5_tKHUL6Vz1HK0pcf2mcb81Rst1HyI066&sig=AHIEtbRoFg1zGMzf04bLMYodxBw2pqNHe_w (2011.11.11)

12. Foglalkoztatási Rehabilitációs és Akkreditációs Főosztály, Akkreditáció, Dr. Pósfai Gábor sk főigazgató, 2012

Elérhető az interneten: <http://www.orszi.hu/index.php?ID=348> (2011.12.09)

13. Foglalkoztatási és Munkaügyi Minisztérium, Foglalkozási Rehabilitációs Titkárság: Helyzetelemzés a Rehabilitációs Partnerség Program számára, 2004 Pomáz. Elérhető az interneten:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hQjZ078RxF4J:harmoniakert.hu/tanulmany_helyzetelemzes.rtf+a+pszichi%C3%A1tria+beteg+tegek+t%C3%B6bb%C3%A9ge+n%C5%91&cd=8&hl=hu&ct=clnk&gl=hu (2012.04.12.)

14. Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Foglalkoztatási és Felnőttképzési Főosztály, Foglalkozási rehabilitációs Főosztály (2006): A magyar foglalkoztatási rehabilitáció rövid bemutatása. Budapest.

Elérhető az interneten:

www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=11850 (2011.11.11)

15. Hungarostudy Egészség Panel (HEP): Gyorsjelentés 2005 Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest.

16. Kanyik Csaba - Némethy Szabolcs - Sziklai István: Látélet a fogyatékosok munkabizottságának kérdéseiről (p. 10-26.) In: A munka biztonsága a rehabilitációs foglalkoztatásban. A fogyatékos személyek foglalkoztatási körülményeiről. [Szerk.]: Kanyik Csaba - Némethy Szabolcs - Sziklai István. Bp. Új Mandátum Kvk. - Krízisintervenció Központ, 2000.

17. Magyarország alkotmánya

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=137076.221387 (2011.11.11)

18. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Szociális Lakossági és Tájékoztató Osztály: A megváltozott munkaképességű személyek ellátása. Dr Veres Gábor Budapest 2012. január

19. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség: Együtt a tevékeny életért, a Közép-magyarországi Regionális Munkaügyi Központ kiadványa, Reprográf Nyomdaipari Kft, Budapest, 2009. október.
Elérhető az interneten:
http://kmrmk.afsz.hu/engine.aspx?page=kmrmk_tamop&switch-content=kmrmk_tamop_tamop111&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full
(2011.12.09)
20. Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat: Rehabilitációs tanácsadás.
Elérhető az interneten:
http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=allaskereseknek_tanacsadas&switch-content=ak_rehab_tanacsadas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full
(2011.11.11)
21. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal: Rehabilitációs járadékról.
Elérhető az interneten: <http://www.orszi.hu/index.php?ID=98#c8> (2011.11.11)
22. Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Az OOSZI alaptevékenysége, feladat- és hatásköre.
Elérhető az interneten:
http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=77,2105851&_dad=portal&_schema=PORTAL (2011.11.11)
23. Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság: Fogalomtár.
Elérhető az interneten:
<http://www.onyf.hu/index.php?module=news&action=show&nid=4926&root=ONYF&rand=04edc85b59d6520f2c67ae525fc8dfc6> (2011.11.11)
24. Putz Gabriella (2007): Megváltozott munkaképesség, munkába való visszatérés. In
25. Münnich Ákos (szerk.): Gyakorlati megfontolások és kutatási tapasztalatok a megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásához. Didakt, Debrecen. 321-356
26. Szellő János: A foglalkoztatási rehabilitáció elmélete és gyakorlata. Eötvös Lóránt Tudományegyetem Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest 2009
27. Szociális és Munkaügyi Minisztérium: Magyarország által ratifikált ILO egyezmények.
Elérhető az interneten: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21058>
(2011.11.11)
28. Szociális és Munkaügyi Minisztérium: Szociális intézményekben élők foglalkoztatása

Elérhető az interneten:

<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=874&articleID=31411&ctag=articlelist&iid=1> (2011.12.09.)

29. Tringer László: Pszichiátria tankönyve, Semmelweis Kiadó Budapest, 1999

30. Tuczainé Régvári Marietta: A Szombathelyi Egyházmegyei Karitás családsegítő tevékenysége, Nemzetközi Karitás Konferencia, „Karitás a boldogabb családokért”

Elérhető az interneten:

http://www.vhf.hu/vhf_new/images/dokumentumok/konferenciak/Karitasz_Konferencia/tuczaine.pdf (2011.12.09)

31. Wikipédia: Megváltozott munkaképességűek.

Megtalálható az interneten:

http://hu.wikipedia.org/wiki/Megv%C3%A1ltozott_munkak%C3%A9pess%C3%A9g (2011.11.11)

32. World Health Organization (2001): World Health Report Mentalhealth: new understanding, new hope. WHO, Geneva

33. 1/2000. (I. 7.) SzCsM

34. 8/1983. (VI. 29.) EüM-PM

35. 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet

36. 176/2005 Kormányrendelet.

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=94767.132040 (2012.02.20)

37. 177/2005. Kormányrendelet

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=94774.582963 (2012.02.20)

38. 321/2007. (XII. 5.) Kormányrendelet a komplex rehabilitációról

39. 1991. évi. IV. törvény.

Elérhető az interneten: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100004.TV (2011.11.11)

40. 1997. évi LXXXI. törvény.

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=29483.572332 (2012.02.20)

41. 1999.évi C. törvény.

Elérhető az interneten:

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900100.TV (2011.11.11)

42. 2003. évi CXXV. törvény.

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=75251.572709

(2012.02.20)

43. 2007. évi LXXXIV. rehabilitációs járadékról szóló törvény

44. 2009. évi CLVII. törvény a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV. törvény módosításáról

45. 2011.évi CXCI törvény.

Elérhető az interneten:

http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=143417.584868

(2012.02.20)

2. számú melléklet

Ábrajegyzék

1. ábra: A pszichiátriai betegek nemek szerinti megoszlása
2. ábra: A pszichiátriai betegek kor szerinti eloszlása
3. ábra: A pszichiátriai betegek végzettségeinek a megoszlása
4. ábra: A pszichiátriai betegség kialakulása életkor szerint
5. ábra: A rokkantnyugdíjasok száma nem szerinti elosztásban
6. ábra: Az ellátások megoszlása nemek szerint
7. ábra: A rokkantsági százalékok megoszlása
8. ábra: A rokkantsági csoport szerinti besorolás
9. ábra: A felülvizsgálat várható időpontjának a megoszlása
10. ábra: Pszichiátriai betegségek eloszlása nemek szerint
11. Pszichiátriai betegségek besorolása BNO kódrendszerbe
12. ábra: A pszichiáter szakorvos javaslata rehabilitációs foglalkoztatásra
13. ábra: A pszichiátriai betegek milyen ellátásokat vesznek igénybe a Szombathelyi Egyházmegyei Karitászban.
14. A betegeket eloszlása foglalkoztató cégek szerint.
15. ábra: A mindennapi életmóddal, életvitellel kapcsolatban a nők milyen feladatokat tudnak ellátni

16. ábra: A mindennapi életmóddal, életvitellel kapcsolatban a férfiak milyen feladatokat tudnak ellátni
17. Ábra: Az individuális alapellátások közül milyen feladatok elvégzésére képesek a nők.
18. ábra: Az individuális alapellátások közül milyen feladatok elvégzésére képesek a férfiak
19. Milyen szociális kapcsolatok kialakítására képesek a nők
20. ábra: Milyen szociális kapcsolatok kialakítására képesek a férfiak
21. ábra. A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a nők
22. ábra: A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a férfiak
23. ábra: A betegségekhez kapcsolódó ilyen feladatokra képesek a férfiak
24. ábra: Az interjúban részt vett pszichiátriai betegek családi helyzeteinek a megoszlása

3. Számú melléklet

3. Pszichiátriai betegségek, tünetek csoportosítása

A személyiség nagy általánosságban az egyén egyedi tulajdonságainak, megfigyelhető magatartásának összességét jelenti. (Tringer L. 1999) Az egyén önmagát, s környezetét máshogy értékeli, s ez az értékelés eltér a normáktól.

A személyiségzavarokat három csoportba lehet sorolni.

A. csoport: A Normától elérő különcök tartoznak ide.

- *Paranoid*: A beteget személyiségét a gyanakvás, és a bizalmatlanság jellemzi. Folyton kétségei vannak.
- *Szkizoid*: A szociális kapcsolatait iránt érdeklődést nem mutat, nincsenek közeli barátai, s főleg a magányos tevékenységeket kedveli.
- *Szkizotíp*: A egyén egy fantáziavilágban él, különként viselkedik, s annak is érzi magát, ami főleg az emberi kapcsolatok hiánya miatt jelentkezik.

B. csoport: Dramatikus jelzővel illetik

- *Antiszociális*: Társadalmilag felelőtlen magatartás jellemzi, másokat manipulál, és kihasznál. Nem képes a társadalom tagjaival együttműködni, így munkahelyen sem képes konfrontálódni, ezáltal családot sem képes teremteni.
- *Borderline*: Borderline személyiségzavarban szenvedők sokszor szélsőségesen viselkednek, másokkal való hangulatingadozás jellemzi őket. Sokszor környezetük nehezen viseli el őket.
- *Hisztrionikus*: Figyelemfelhívóan, provokatívan viselkednek. Túlzott érzelem jellemzi őket, s mindig a figyelem központjában akarnak lenni.
- *Narcisztikus személyiség*: Gőgös viselkedés, a nagyozolás, és az empátia hiánya jellemzi. Magukat kivételesnek, és különlegesnek tartják.

C. csoport: Szorongás jellemzi őket

- *Elkerülő személyiségzavar*: A kliens önértékelése nagyon alacsony, gátlásos, és szorongás jellemzi. Nehéz kapcsolatot kialakítani, és a munkáját is nehezen tudja elvégezni.
- *Dependens személyiségzavar*: Igényli a támogatást, ezáltal csak másokra hagyatkozik. Önmagától nem hoz döntést, és nem cselekszik.
- *Kényszeres opszesszív-kompulzív személyiségzavar* (Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.:2009)

3.1. Pszichotikus zavarok

„A schizofrénia az elmeműködés zavarának súlyos formája, melyet a különböző pszichés működéssel, mint például: észrevezés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás zavarai jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési zavarok kíséretében jelentkezik. „⁴⁴

A pszichiátriai zavarok közül az egyik legismertebb betegség, ami az átlag népesség 1% érinti. Kezelésben lévő betegeknél az életkor 15-55 év között van. (Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I, 2009)

3.1.1. Kiváltó tényezők

A betegséget kiváltó konkrét okot nem ismerik, de az biztos, hogy több tényező befolyásolja. Két fontos kiváltó ok, ami más betegségnél is felmerül, az a genetikai, valamint környezeti tényezők. A betegség kialakulásához a kiváltó okokon kívül nagy szerepet játszik a stressz. De ez csak egy a sok más okon kívül. A szakirodalmak megegyeznek abban, hogy a schizofrénia összefügg a drog, illetve az alkoholfüggőséggel, s ez által a betegség kiváltó okai is lehetnek. Tehát, ha egy személy genetikailag hajlamos a betegségre, elég egy egyszeri droghasználat ahhoz, hogy a betegség az előtérbe kerüljön.⁴⁵

3.1.2. Tünetei

Mivel a betegség több tünetből áll, ezért a történelem folyamán, többen más-más csoportokat alakítottak ki. Én Bleuler 4A csoportosítását, valamint Crow és Andreasen felosztását szeretném kiemelni.

Bleuler féle felosztás:

Ő elsősorban a betegséget úgy különítette el, hogy vannak elsődleges, alapvető tünetek, valamint megjelennek a járulékos tünetek. Az alapvető tüneteken belül létrehozta a négy A csoportosítást.

- *Asszociációs zavarok.* Itt megjelenik a logikátlanság, a gondolatok szétesnek, a célkép eltűnik.
- *Affektív zavar,* mely során az érzelmek ellaposodik, s nagyon ingadozó lesz.
- *Ambivalencia,* mely során egymással ellentétes érzések jelennek meg, s szélsőséges lesz, tehát vagy nagyon szeret, vagy gyűlöl az egyén. Valamint a magatartás is megváltozik, az elfogadási, és az elutasítási magatartásingadozó lesz.

⁴⁴ Országos Pszichiátriai Központ (2011): Pszichiátriai útmutató Klinikai Irányelvek Kézikönyve, Budakeszi, Medition Kiadó p.8

⁴⁵ Dr. Németh Attila PhD. : Útmutató, Klinikai Irányelvek Kézikönyve, Pszichiátriai irányelvek és terápiás javaslatok, Motesz, Budapest, 2011 7. p

- *Autizmus.* Az egyén realitása eltűnik, a világ számára zavarttá válok, s ez által visszahúzódik, csak a saját világában él.

A járulékos tünetek közé sorolja a,

- *Téveszmét,* ami főleg üldöztetési, és megfigyeltetés téveszmék.
- *Érzéksalódást,* amely során a beteg olyan dolgokat vesz észre az érzékszerveivel, amik nem valósak.
- *Katatón tünetek* során erőteljes mozdulatok jelennek meg, illetve a másik véglet mely során a kliens nem beszél, nem mozdul, s esetenként nem táplálkozik.

Crow és Andeasen is két fő csoportot hozott létre. Az egyik csoport a pozitív tüneteket tartalmazta, melyek főleg a téveszmék, és az érzéksalódások. A második nagy csoport a negatív tünetek. Ebbe a csoportba a következő fő elemek tartoznak: beszűkült érzelmi élet, gondolkodászavar, beszéd csökkenése, depresszió.⁴⁶

3.1.3. Betegség lefolyása

A betegség aktív szakasza előtt beszélhetünk egy kisebb fajta személyiség változásról, amit sokszor már hónapokkal a betegség tipikus jelei előtt megjelennek. Ilyen lehet a visszahúzódás, az egyén zárkózottá válik, érdeklődés csökken, vagy elvesz. A betegség aktív szakaszában hallucinációk, téveszmék, és gondolkodás zavar stb. léphet fel.

A betegség nem mindenkinél ugyan úgy jelenik meg s ez által elkülönítünk több alcsoportot is. A BNO kódrendszeren belül a Schizofrénia az F20-F29-ig terjed.

A betegség kezelés, mint minden más betegségnél is elsősorban gyógyszeres kezelés, de a pszichiátriai betegek esetén, s itt nem csak a schizofrénekre gondolok, nem elég csak a gyógyszeres kezelés. A gyógyszer az alapvető tüneteket csökkenti, de nagyon fontos hogy ehhez a betegnek folyamatosan szedni kell a gyógyszerét. Viszont ha a kliensnek reggel még az ágyból való felkelés is nagy feladatot jelent, akkor a gyógyszerek szedése is. Ezáltal nagy szerepet játszanak a biológiai a pszicho szociális terápiák, valamint a rehabilitáció.

3.2. Hangulatzavarok

„ A hangulat az egyén tudatát viselkedését, egész tevékenységét viszonylag tartósan befolyásoló érzelmi állapot.”⁴⁷ Az ember hangulatát mindig más és más jellemzi, s sok

⁴⁶Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.(2009): Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés jegyzet

⁴⁷Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.(2009): Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés jegyzet

minden befolyásolja. Ha az embert negatív esemény éri, akkor szomorú, ha viszont valami pozitív dolog történik vele, akkor öröm, s boldogság jelentkezik.

A hangulatzavar, vagy más néven bipoláris zavar, mint betegség a következőképpen mutatkozik. Az egyénnél két szélsőséges irányba kimozdul a hangulata, ami egy ideig, viszonylag tartósan abban az állapotban is marad. Tehát vagy a negatív, vagy pozitív irányba mozdul. A szakirodalmak szerint a hangulatzavar, s azon belül is a negatív a legrégebbi pszichiátriai szindróma. A WHO adatai szerint 1990-ben a világon a leggyakrabban keresőképtelenséget okozó első tíz betegség között nyilván tartották a bipoláris zavarokat.(Országos Pszichiátriai Központ 2011)

3.2.1. Kiváltó tényező

Első és legfontosabb kiváltó tényező, amit már említettem, az a hangulat kimozdulása valamely irányba, tehát olyan trauma, vagy esemény éri az egyént, ami hosszabb ideig tart. Kiváltó tényező itt is lehet a genetika, a környezet, szociális háló hiánya.

3.2.2. Hangulatzavarok fő típusai

A BNO kód besorolása szerint az F31-F39-ig terjed. Két csoportot különböztetünk meg: Az első a depresszió.

Depresszió jellemzői:

- levert hangulat
- az érdeklődés és az örömezés jelentős csökkenése
- jelentős súlycsökkenés, vagy gyarapodás
- álmatlanság
- csökkent gondolkodási, összpontosítási, és döntési képesség
- halál gondolatával gyakori foglalkozás, visszatérő öngyilkossági gondolat

A depressziós ember szomorúságot, lehangoltságot, és kétségbeesést érez, ami az arcán, és a testtartásán is látszik. A beszéde nagyon halk, a gondolkodása lassú, sokszor megáll egy adott témánál. Náluk az öngyilkosság veszélye nagyon nagy.

Vannak különböző szakaszai, melyeket a BNO kódok alapján különítenek el. Én három típust emelnék ki. Az egyik, mikor a betegség *enyhe fázisban* van, ez épp ugyan olyan veszélyes tud lenni, mint a másik véglet, a súlyos depresszió. S hogy miért? Azért mert az egyén, s környezete sem ismeri fel a betegséget, s sokszor nem is meri bevallani. A második típus a *közepes depresszió*, itt már a fáradékonyságon kívül 3-4 tünet is megjelenik. A harmadik, a

súlyos szakasz, mely során „az egyén szociális szerepeit betölteni nem tudja, munkáját nem, vagy csak nagy nehézségek árán képes ellátni.”⁴⁸

Kezelés nélkül a depresszió 3-4 hónapig, de sokszor akár 1 évig is eltarthat, és itt természetesen az enyhébb típusaira gondolnak a szakemberek. A kezelési itt is főleg gyógyszerekkel folyik, antidepresszánsokkal, de mellette fontosak a terápiák is.

A hangulatzavarok másik fő típusa, a *mánia*. A mánia a depresszió ellentéte, itt nincs, jelen a levert hangulat, a magába zárkózottság, azonban jelen van:

- a beteg egész magatartása, gondolkodásmódja jó hangulatot sugároz
- énekel, táncol, fütyörészik
- sokszor céltalan aktivitás jellemzi
- magatartása olykor nagyzasos
- aktivitás fokozódása (Orvosi pszichológiai és pszichiátriai alapismeretek, 1988)

De ez a viselkedés sokszor és hirtelen átvált, izgatott dühös kitöréssé, követelő lesz az egyén, és arrogáns.

E betegségnek is vannak fokozatai, a fokozott aktivitástól a betegség legsúlyosabb szintje mely során a kliensnek súlyos téveszméi, mániái lehetnek. Ilyen például az, hogy a kliens úgy gondolja, hogy egy adott dolgot ő talált fel, vagy esetleg az, hogy követik.

3.3. Szorongásos zavarok

„A szorongást úgy is jellemezhetjük, mint irracionális félelem, vagy tárgyaltalan félelem.”⁴⁹

Szorongás során az egyén belül, egy belső kint érez, amihez társul a fizikai fájdalom, ilyen például a hasgörcs, verejtékezés, sápadtság.

A szorongásos zavarokat több csoportba sorolják. Én közülük kettőt szeretnék kiemelni.

A *pánik* egy roham, mely során a klienst rosszullet fogja el. Tünetei lehet a légszomj, mellkasi fájdalom, szapora szívverés, remegés, zsibbadás. Ezek a rohamok 5-10, de akár fél óráig is eltarthatnak, s sokszor orvosi beavatkozást is igényel. A pánik roham attól válik betegséggé, ha többször, sűrűn előfordul. Gyakori helyszín a zsúfolt helyek, ilyen például a metró, egy áruház, ahol sokan vannak.

A második szorongásos zavar a *fóbia*. A fóbia nem más, mint valamitől, vagy valakitől való féltés, tehát egy félelem, ami irracionális. A beteg tudatában van annak, hogy ez a féltés túlzott, és felerősített, ő azonban még sem tud máshogy reagálni.

⁴⁸Tringer László (1999): A pszichiátria tankönyve

⁴⁹Berényi A., Dr. Bodrogi A., Bódy É., Harangozó J, Dr. Szabó L, Szilágyi K, Dr. Takács I.(2009): Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés jegyzet

3.4. Étkezési zavarok

„Az étkezési zavarok az elhízástól való fóbiás jellegű félelem, a testkép zavara és az evés magatartás anomáliái jellemzik.”⁵⁰ Alapvetően két fő formáját ismerjük.

Az egyik az *anorexia*, amely során az egyénné legalább 15% súlyfelesleg vesztes történik. Félt attól, hogy meghízik, sőt testképzavar is fellép, mely során kövérnek látja magát, viszont ehhez képest az egyén nagyon vékony.

A másik, a *bulimia* mely során a betegre evésroham jön, egy alkalommal 2000-5000 kcal is a szervezetbe kerül. Az evésroham után szégyen, büntudat lép fel, a beteg kövérnek látja magát, s ezt követően meghánytatja magát, vagy hashajtót vesz be, hogy a bevitt étel távozzon a szervezetéből.

3.5. Szomatoform zavarok

Akkor beszélünk szomatoform zavarokról, mikor a betegnek több hónapos fizikai, test valamely részén fájdalmai vannak, s azt nem magyarázza semmiféle ok. Tehát az egyén lelki, pszichés problémái miatt fizikai fájdalmak gyötrik. Ezek a zavarok korilag nem behatárolhatóak. Tehát a hét éves gyermeknél ugyan úgy előjöhethet, egy iskolai stressz, kellemetlen élmény folyamán, mint egy idősebb embernél.

3.6. Szenvedélybetegségek

A szenvedély nem más, mint „valamely szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan késztetés, amely minden más törekvést megelőz, és maga alá gyűri.

Szenvedélybetegségnek nevezzük azokat a kóros képeket, amelyek az agy állapotát befolyásoló, szenvedélykeltő anyagok túlzó vagy tartós használatával kapcsolatosak.”⁵¹

Az addikció szó lekötélkezés, ragaszkodást jelent. A WHO 1964-től nem javasolta a szó használatát, negatív asszociáció miatt. Magyarországon azonban a szó tovább él, mint addiktológia, vagy addiktológus szakorvos.

Szenvedélybetegség kialakulásában jelentős szerepet játszik, a közvetlen szociális hatások, és a munkanélküliség.

Ahhoz, hogy szerfüggőségről beszéljünk, három interakciónak kell létrejönni:

- Drog, ami lehet szerrel kapcsolatos, például az alkohol, és lehet nem szerrel kapcsolatos például a szerencsejáték.

⁵⁰Dr.Túry Ferenc: Evészavarok In: Füredi János (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve Medicina Budapest 2009. pp. 353-387

⁵¹Tringer László: A pszichiátria tankönyve Semmelweis Kiadó Budapest 2005.pp.262

- Személyiség
- Szociális környezet.

Ha egy személynél függőség alakul ki, akkor minden más érték, és tevékenység a háttérbe szorul. A szer hiánya során sóvárság lép fel, aminek az egyén nem tud ellen állni. Ha valami oknál fogva a beteg nem jut a szerhez, akkor megvonási/elvonási tünet jelentkezik. Egyértelmű függőségnek értelmezzük, azt, ha az egyén nem tudja abbahagyni a szer használatát. (Tringer L.2005)

3.6.1. Szenvedélyek csoportosítása:

Az első csoportban *kémiai szerek okozta* addikciók alatt a pszichoaktív anyagok, gyógyszerek, mérgezőanyagok használata következtében kialakuló függőségről beszélünk. (alkohol, kábítószer különböző fajtái, gyógyszerek)

A második csoportba a *viselkedési* addikciók tartoznak, melyek bizonyos magatartás szenvedély ismétlését jelentik, amelyek abban az esetben tekinthetők betegségnek, ha az egyén saját magára, környezetére nézve hátrányosak, és károsak. (játékszenvedély, pirománia, szex, szerelmi addikció, perverzió) (Szabóné Kálmán Judit:2005)

„A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) a 2002-es lakossági egészségfelmérés (Hungarostudy2002) folytatása azon személyek körében, akik beleegyeztek a nyomon követésbe. A panel-vizsgálat lehetőséget nyújt a megbetegedések kialakulása és a halálozások, valamint a társadalmi, gazdasági és pszicho szociális háttértényezők közötti ok-okozati összefüggések feltárására.”⁵² A vizsgált eredménye a következőket mutatta: „A pszichiátriai kezelésben részesülők között a legtöbben a középkorúak voltak (70,3%), ami megegyezett a pszichiátria kezelték középkorúak körében tapasztalható magasabb gyakoriságával. A kezelték többsége nő (73,8%). A pszichiátriai betegség miatt kezeltéknek a felét (54%) depresszió miatt, 31 százalékát szorongásos betegség és 14 százalékát más pszichiátriai betegség miatt kezelték.”

⁵² Hungarostudy Egészség Panel (HEP): Gyorsjelentés 2005 Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest. Elérhető az interneten: <http://www.magtud.sote.hu/hungarostudy-egeszseg-panel-gyorsjelentes.htm> (2011.11.11)

4. Számú melléklet

Megváltozott munkaképességeket érintő jogforrások:

„ Külső jog:

Nemzetközi jog:

(csak a rendszer komplex ismertetéséhez szükséges mélységben és tartalommal)

- A fogyatékosok jogai az *emberi jogok és alapvető szabadságjogok* nemzetközi jogi szabályozásában

(az Európa Tanácsmunkája eredményeként 1961. október 8-án Torinóban aláírt *Európai Szociális Karta*, mely hazánkban az 1999. évi C. törvénnyel került kihirdetésre; az Egyesült Nemzetek keretében 2006. december 13-án New Yorkban elfogadott, a Fogyatékossgal élő személyek jogairól, szóló egyezményről, mely a 2007. évi XCII. Törvénnyel (MK. 90. szám) lett a magyar jog részévé.)

- A megváltozott munkaképességű személyek jogosítványai *munkaügyi, szociális jogi* témájú egyezmények tárgyaiként.

(Nemzetközi Munkaügyi Szervezet ILO - Genfben, az 1983. évi június hó 20. napján kelt, a szakmai rehabilitációról és a foglalkoztatásról (rokkant személyek) szóló 159. számú egyezmény az 1985. évi 9. törvényerejű rendelet által lett a magyar jog részévé; a foglalkoztatásból és a foglalkozásból eredő hátrányos megkülönböztetésről szóló, a Nemzetközi Munkaügyi Konferencia 1958. évi 42. ülészakán elfogadott 111. számú Egyezmény szabályai a 2000. évi LX. törvényben köszönnek vissza.)

- Az *egészségügy* területén, az *egészségkárosodás, fogyatékossg, megváltozott munkaképesség minősítési* szabályainak egységesítésére az Egészségügyi Világszervezet, a WHO dolgozott ki rendszert, melyet a „Funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzetközi osztályozása” című dokumentumban, 2001-ben tett közzé.

Közösségi jog

(csak a rendszer komplex ismertetéséhez szükséges mélységben és tartalommal)

Római Szerződés releváns rendelkezései

- **Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete (2009. szeptember 16.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról EGT- és Svájc-vonatkozású szöveg**

- A Bizottság 800/2008/EK rendelete (2008. augusztus 6.) a Szerződés 87. és 88. cikke alkalmazásában a támogatások bizonyos fajtáinak a közös piaccal összeegyeztethetőnek nyilvánításáról (általános csoportmentességi rendelet)
- a Bizottság 2006. december 15-i a Szerződés 87. és 88. cikkének a de minimis támogatásokra való alkalmazásáról szóló 1998/2006/EK rendelete.
- a Tanács 2000. november 27-i 2000/78/EK irányelve általános keret létrehozásáról az egyenlő bánásmód biztosítására a foglalkoztatás és a munkavállalás területén
- a Tanács 1998. május 7-i 994/98/EK rendelete az Európai Közösséget létrehozó szerződés 92. és 93. cikkének a horizontális állami támogatások bizonyos fajtáira történő alkalmazásáról - a Tanács 659/1999/EK Rendelete (1999. március 22.) az EK-szerződés 93. cikkének alkalmazására vonatkozó részletes szabályok megállapításáról

Hazai jog

Törvények:

- *Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)*
- 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (polgári törvénykönyv)
- 1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról (foglalkoztatási törvény, Flt.)
- 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről (munka törvénykönyve)
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (szociális törvény)
- 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról (nyugdíjtörvény)
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (egészségbiztosítási törvény)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (egészségügyi törvény)
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- 1998. LXXXIV. törvény a családok támogatásáról
- 2003. évi LXXX. törvény a jogi segítségnyújtásról
- 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról (esélyegyenlőségi törvény)
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól

- 2004. évi CXXIII. törvény a pályakezdő fiatalok, az ötven év feletti munkanélküliek, valamint a gyermek gondozását, illetve a családtag ápolását követően munkát keresők foglalkoztatásának elősegítéséről, továbbá az ösztöndíjas foglalkoztatásról
- 2007. évi LXXXIV. törvény a rehabilitációs járadékról *(Hatályon kívül helyezte a 2011. évi CXCI. Törvény (Mmtv.). Az Mmtv. 34. § (3) bekezdése alapján azonban a 2007.évi LXXXIV. törvény 2011.december 31-én hatályos rendelkezéseit továbbra is alkalmazni kell a (3) bekezdésben említett kivétellel.)*
- 2009. évi CXX. Törvény a Polgári Törvénykönyvről.
- 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról (Mmtv.)

Kormányrendeletek:

- 83/1987. (XII. 27.) MT rendelet a rokkantsági járadékról
- 24/1994. (II. 25.) Korm. rendelet a bedolgozók foglalkoztatásáról
- 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról
- 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól (2009)
- 362/2004. (XII. 26.) Korm. rendelet az Egyenlő Bánásmód Hatóságról és eljárásának részletes szabályairól
- 176/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjának, továbbá az akkreditált munkáltatók ellenőrzésének szabályairól
- 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásáról
- 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet a pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól
- 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról
- 331/2010. (XII.27.) Korm. rendelet a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalról, valamint eljárásának részletes szabályairól
- 321/2007. (XII.5.) Korm. rendelet a komplex rehabilitációról *(Hatályon kívül helyezte a 327/2011.(XII.29.) Korm. rendelet. Az Mmtv. 34. § (3) bekezdése alapján azonban a 321/2007. (XII.5.) rendelet 2011.december 31-én hatályos rendelkezéseit továbbra is alkalmazni kell az Mmtv. 34.§ (3) bekezdésben említett kivétellel.)*

- 132/2009 (VI. 19.) Kormányrendelet a Társadalmi Megújulás Operatív Program 1. prioritás 1.1.2. konstrukció: „Decentralizált programok a hátrányos helyzetűek foglalkoztatásáért”, valamint a Társadalmi Megújulás Operatív Program 1. prioritás 1.1.1. konstrukció: „Megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációjának és foglalkoztatásának segítése” keretében nyújtható támogatásokról.
- 327/2011 (XII.29.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaival kapcsolatos eljárási szabályokról

Miniszteri rendeletek:

- 14/1995. (III. 31.) NM rendelet a szociális foglalkoztatásban alkalmazott bedolgozók foglalkoztatásáról
- 27/1995. (VII. 25.) NM rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról
- 6/1996. (VII. 16.) MüM rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról
- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 30/2000. (IX. 15.) GM rendelet a munkaerő-piaci szolgáltatásokról, valamint az azokhoz kapcsolódóan nyújtható támogatásokról
- 3/2002. (II. 8.) SZCSM-EüM együttes rendelet a munkahelyek munkavédelmi követelményeinek minimális szintjéről
- 14/2005. (IX. 2.) FMM rendelet a rehabilitációs akkreditációs eljárás és követelményrendszer szabályairól
- 15/2005. (IX. 2.) FMM rendelet a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatás megállapításának részletes szabályairól
- 7/2012. (II.14.) NEFMI rendelet a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról
- 8/2012. (II.21.) NEFMI rendelet a foglalkozási rehabilitációs szakértőkről

Az állami irányítás egyéb jogi eszközei:

- 10/2006. (II. 16.) OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról
- 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat Az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007–2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről

- 1502/2011. (XII.29.) Korm. határozat a rehabilitációs hatóság létrehozásáról⁵³”

⁵³ Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal. Elérhető az interneten: <http://nrszh.hu/index43f9.html?ID=380> (2012.04.02.)

5. Számú melléklet

PSZICHIÁTRIAI SZAKVÉLEMÉNY

Név:
Leánykor név:
Születési hely, idő:
Anyja neve:
Lakcím:
TAJ szám:
Gondozásba vétel dátuma:

Fent nevezettet, az alábbi diagnózis(ok) alapján javaslom Pszichiátriai Nappali ellátásba.

Szombathely, _____

Pszichiáter szakorvos

Nyugat-dunántúli Regionális Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság - Zalaegerszeg
Ügyintézés helye:
9700 Szombathely Kőszegi u. 36-40. Tel.: 94/516-460 Fax: 94/516-463
Üsz: Név: 1.lap
Kjssz:

H A T Á R O Z A T

rokkantságon alapuló ellátás
folyósítása alatt végzett felülvizsgálat eredményéről

Ügyszám: Törzsszám: ;
Az ügyfél neve: Született:
Születési hely: TAJ:
Anyja neve:
Címe:

Az ellátás típusa: rokkantsági nyugdíj

Az igazgatási szervhez érkezett:

A Nyugdíjfolyósító Igazgatóság az ügyfél ellátását a korábban megállapított és folyósított összegben folyósítja tovább.

Az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet elsőfokú szakértői bizottságának napján kelt számú szakvéleménye szerint a nyugdíjas egészségkárosodásának mértéke

Újabb felülvizsgálata csak állapotrosszabbodás esetén szükséges.

A határozat ellen - a kézhezvételét követő 15 napon belül - az igazgatási szerv vezetőjéhez lehet fellebbezni.

A fellebbezést - az ügyszámra hivatkozással - az igazgatási szervhez kell benyújtani. A fellebbezés elektronikus úton, az ügyfélkapun keresztül is előterjeszthető.

Az eljárás illeték- és költségmentes.

I N D O K O L Á S

Az igazgatóság az 1997. évi LXXXI. törvény 64. § (9) bekezdése szerinti felülvizsgálat során, a szakértői szerv szakvéleménye alapján megállapította, hogy az ügyfél egészségkárosodásának mértéke továbbra is eléri a törvényben előírt mértéket, ezért ellátása a korábban megállapított és folyósított összegben kerül továbbfolyósításra.

Az egészségkárosodás mértéke alapján az ügyfél III. rokkantsági csoportba tartozik.

Amennyiben egészségi állapotára vonatkozóan háziorvosa, kezelőorvosa állapotrosszabbodást igazol, úgy - az öregségi nyugdíjkorhatár betöltése előtt - kérheti felülvizsgálatát állapotrosszabbodás címén.

Nyugat-dunántúli Regionális Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság - Zalaegerszeg
Ügyintézés helye:
9700 Szombathely Kőszegi u. 36-40. Tel.: 94/516-460 Fax: 94/516-463
Üsz: Név: 2.lap
Kjáz:

A határozat elleni fellebbezés lehetőségét a 2004. évi CXI. törvény 98.
§ (1) bekezdése biztosítja.

A fellebbezés elektronikus úton ügyfélkapus azonosítással, vagy elektro-
nikus aláírással az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság honlapján
(www.onyf.hu) az "Elektronikus Ügyintézés" menüponton keresztül is be-
nyújtható. Az ügyfélkapu használatának leírása a www.magyarorszag.hu
internetes lapon található.
[2004. évi CXI. törvény 162. § (1) bekezdése]

A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervnek jelen elsőfokú határozata a
fellebbezésre tekintet nélkül végrehajtható közigazgatási határozat.
[2004. évi CXI. törvény 101. § (2) bekezdése]

Az eljárás illeték- és költségmentes.
[1997. évi LXXXI. törvény 81. §]

Az eljáró hatóság hatáskörét és illetékességét a 168/1997. (X. 6.) Korm.
rendelet 1. § (1) bekezdése határozza meg.
A hatóság illetékességi területét a 289/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet
melléklete tartalmazza.

Kelt:

Ügyintéző:
Revizor:



Osztályvezető

Melléklet:
Igénylő részére
OS. szakvélemény

Szükségfelmérés

Ellátott nyilvántartási szám: _____

A kliens a tevékenység elvégzésére				A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehezséggel	nem képes	nem motivált	Tevékenység	nem igényel segítséget	tanácsadást igényel	irányítást igényel	teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
				Mindennapi életmód, életvitel				
				Megfelelő mennyiségű és minőségű ételrendszerezés biztosítása				
				Megfelelő minőségű, biztonságos lakhatási feltételek biztosítása				
				Anyagi kötelezettségek teljesítése, számlák befizetése				
				Pénzkezelés, pénzbeosztás				
				Írás, olvasás, számolás				
				Hivatalos ügyintézés				
				Bevásárlás				
				Ételek elkészítése				
				Az ételek elfogyasztásához szükséges feltételek kialakítása: tálas, terítés, illetve az asztal leszedése				
				Étkezéshez kapcsolódó viselkedési és illemszabályok betartása				
				Az ételek megfelelő tárolása, tartósítása				
				Mosás				
				Ruházat vasalása				
				Ruházat javítása				
				Takarítás, a környezeti higiéné megtartása				
				Individuális alapellátás				

										Tájékozódás ismeretlen környezetben					
										Közlekedés egyáltalán					
										Közlekedési eszközök használata					
										Mások számára érthető verbális kommunikáció					
										Nyílt, kezdeményező kommunikáció					
										Kiegyensúlyozott, konfliktusmentes kommunikáció, viselkedés					
										Betegséghez való viszony					
										A betegség, az egyéni tünetek ismerete					
										A pszichés betegséggel való együttélés, a betegség mindennapi tevékenységekre gyakorolt hatásának kiküszöbölése					
										A pszichés betegségből adódó nehézségek, állapotok önálló befolyásolása, megoldása (szorongás, pánik, hallucinációk, stb.)					
										Autagresszív gondolatok, készletések esetén segítségkérés, megoldáskeresés					
										Agresszív gondolatok, készletések feloldása, segítségkérés					
										A betegség megfelelő kommunikálása személyes kapcsolatban, közösségben, munkahelyen					
										Az egészséges és kiegyensúlyozott állapot iránti igény és egészségmegőrzés					
										Együttműködési hajlandóság a pszichiáter szakorossal, formális és informális segítőkkel					
										A pszichiáter szakorvos rendszeres felkeresése a rendelőben					
										A panaszok időben történő és a valóságnak megfelelő jelzése					
										A pszichiátriai szakorvosi előírások betartása, rendszeres és pontos gyógyszeresedés					

PRIMROK iktatási szám:

Név:

ORSZÁGOS REHABILITÁCIÓS ÉS SZOCIÁLIS SZAKÉRTŐI INTÉZET
I FOKÚ BIZOTTSÁGÁNAK SZAKVÉLEMÉNYE

Szakvélemény száma:

Hivatkozási szám:

Bizottság száma:

Véleményezés módja: Kirendeltségen vizsgálva

SZEMÉLYI ADATOK**Név:****Vizsgálat időpontja:**

aktív

Születéskori név:

Születési hely, idő:

--

Anyja neve:

Személyi azonosító adatai: Szig.

szám:

inaktív

TAJ: 036 985 087

Állampolgárság:

4

Lakcím:

Iskolai végzettség:

Gépjárművezetői engedély:

jogosítványa

vél. vált.

Képzettségei:

Utolsó munkakör:

Hirlapkiadó/újságeladó/rokk.nyugdíjas

1

A SZAKVÉLEMÉNY KIÁLLÍTÁSÁT KEZDEMÉNYEZŐ SZERVEZET/SZEMÉLY

Vizsgálatát kéri: Nyugat-dunántúli Regionális Nyugdíjbiztosítási Igazgatóság

Zalaegerszeg Szombathelyi Működési hely 9700 Szombathely Kőszegi u. 36-40

A véleményezés jogcíme: Saját jogú (soros) vizsgálat a rokkantsági nyugdíjhoz/baleseti rokkantsági nyugdíjhoz

kérő

1

Megválaszolandó kérdés:

jogcím

02

Háziorvos neve, címe

j. típus

3

ORSZI (OOSZI) ELŐZMÉNY

5 alkalommal vizsgálta . Bizottság.

2002.05.09. mkcs.50 % 2003.május.Szakv. szám: 436031/2002.

2003.05.12. mkcs.50 % 2004.május.Szakv.szám: 436172/2003.

2004.06.24. mkcs.67 % 2007.júniusig.Szakv.szám: 432880/2004

2007.07.04. mkcs.67 % 2010.júliusig.Szakv. szám: 416500/2007

2008.03.07. ÖEK:58% III.csop.rokkant 2010.márciusig. Szakv.sz.:415327/2008.

DG: Paranoid schizofrenia. Főként allergiás asthma.

EGÉSZSÉGHÁROSODÁSOK MEGNEVEZÉSE, ÉRTÉKELÉSE, AZ AZOKAT MEGALAPOZÓ KRITÉRIUMOK

Legutolsó vizsgálata óta 2008.márc. 18-27-ig Szeged, Pszichiatriai Osztály kezelte. Dg: Paranoid schizofrenia. Önként kérte osztályos felvételét. Gyógyszereit önhatalmúlag elhagyta, halálféltelme volt, bizarr érzélelések jelentkeztek. Az alkalmazott kezelés mellett psychesen egyensúlyba került, rendezett állapotban bocsátották el.

2008. aug. 7-szept. 8-ig ismét a fenti osztály kezelte. Dg: Paranoid schizofrenia. Állapotrosszabbodás miatt vették fel, nyugtalanná vált, rosszul aludt, bizarr szervézései voltak. Felvételekor betegsége pozitív tüneteit észlelték. Kezelésük mellett állapota rendeződött, betegségének negatív tünetei maradéktalanul soha nem mulnak el. Egy alkalommal altatószos kezelés történt.

ROK iktatási szám:

Név:

Szakorvosi leletek

Psychiatria 2010. márc. 9.: 2002 óta áll pszichiatriai kezelés alatt. Rendszeresen jár ellenőrzésre, folyamatos fenntartó th-ban részesül.

Psychésen éber, orientált. Figyelem introvertált. Érzéksalódások aktuálisan nincsenek. Kóros vonatkoztatások, jelentőség tulajdonítások jelenleg is explorálhatók.

(Tudógondozóba gyakran jár, mert meg van győződve, hogy tudórákja van.) Ambivalencia, bizszerria, emocionális rezonancia hiány, emocionálisan szintelen, érdeklődése coenestopathias tartalmakra beszűkül. Rehab. munkát tartósan végezni nem tudott. Jelenleg művészet terápiára jár Szikla Községi Gondozóba.

Dg: Schizophrenia paranoides.

Állapotában lényeges változás az előző felülvizsgálathoz képest nincs. Dr.Molnár Zsuzsanna Szhely, Labor 2010. márc. 16.: Hb:10,6 Htk: 0,47 Fvs:6,3 Thr:225 We:7 Vércukor:5,8 CN:4,2 Se kreat: 125 Se chol:5,7 Triglic:3,5 GOT: 17 GPT: 47 GGT:99 Sebi:10,9

Mellkas rgt., nyaki gerinc felv. 2010.márc. 16:Norm. mellkasi kép.

Nyaki gerincen kóros nincs. Dr.Puskás Tamás Szhely.

Gyógyszerek: Leponex, Amitrex, Risperdal consta

Panaszok:

Alkatmu munkavállalói könyvel havi 4-5 napot dolgozik hirlapárusként. Karításban munkaterápiában vesz részt. Rendszeresen jár pszichiátriára, két hetente kap injectiot. Véryomása ingadozik. Testsulya gyarapodott. Jól alszik. Nyaka, lába is szokott fájni. Fáradékony. Édesanyjával él. Egyéb panaszt ismételt rákérdezésre sem említi.

Status:

Testsuly:107 kg Testmagasság:185 cm RR: 120/80 Hgmm P:76/min.

Kp.fejlett, jól táplált.

Bőr és nyálkahártyák kp.vérteltek.

Icterus, cyanosis, oedema nincs.

Fogazat javított. Pajzsmirigy norm.tap.

Mellkas részarányos, érdes légzés, zőrej nem hallható.

Ritmusos szívűködés, tiszta szívhangok.

Has: puha, betapintható. Nyomásérzékenységet nem jelez. Hepar, lien nem tapintható. Vesetájak szabadok.

Lábháti verőerek mko. tap.

Gerincgőrbőletek elsimultak. űtőgetési érzékenység nincs. Gerincmozgások megtartottak.

Kp. élénk mélyreflexek. Paresis, latens paresis nincs. Romberg negatív.

Psychésen: éber, orientált. Hangulata szintelen. Viselkedése szorongó. Előadásmódja körűlményes.

Figyelve nehezebben kelthető fel, nehezen tertelhető. Beszéde monoton, kissé elkent, nasalis szinezetű.

Psychomotilitása kissé meglassult. Vizsgálattal együttűködik, nyugodt, irányítható. Gondolkodása tartalmi zavarra nem utal.

Szervrendszerenkénti értékelés:

1. Psychiatriai károsodás: 11.1 táblázat 251. oldal ŐEK: 60 %

Paranoid schizophrenia miatt rendszeres psychiatriai gondozás, antipsychoticus kezelés alatt áll. Kóros vonatkoztatások, jelentőség tulajdonítások explorálhatók, érzéksalódások nincsenek. További gondozást, kezelést igényel.

Össz-szervezeti egűszsűgkárosodása 60 (hatvan)%, harmadik (III) csoportu rokkant.

DIAGNŐZIS (BNO)

BNO kód:	DIAGNŐZIS:
R F2000	Paranoid schizophrenia

Kiadványi szám:

Név

I. ÖSSZ-SZERVEZETI EGÉSZSÉGHÁROSODÁS

Üzemi baleseti ÖEK:	—	()	%
Foglalkozási ÖEK:	—	()	%
Össz-baleseti ÖEK:	—	()	%
Össz-szervezeti egészségkárosodás:	60	(hatvan)	%

II. SZAKMAI MUNKAKÉPESSÉG VÁLTOZÁSA

- Egyéb - jelenlegi, vagy egészségkárosodását megelőző, illetve képzettségének megfelelő munkakörén kívüli - munkakörben rehabilitációval foglalkoztatható

III. REHABILITÁLHATÓSÁG

Rehabilitálható, de komplex (intézményes) rehabilitációja nem javasolt.

IV. A VIZSGÁLT SZEMÉLY EGÉSZSÉGHÁROSODÁS-MÉRTÉKÉNEK, SZAKMAI MUNKAKÉPESSÉG VÁLTOZÁSÁNAK, REHABILITÁLHATÓSÁGÁNAK KOMPLEX MINŐSÍTÉSE ALAPJÁN:

III. (harmadik) csoportú rokkant.

Rokkantsága túlnyomóan: Nem üzemi baleseti eredetű

V. EGYÉB, A MEGKERESŐ ÁLTAL FELTETT TOVÁBBI KÉRDÉSEKRE ADOTT VÁLASZ

Nincs kérdés

VI. FELÜLVIZSGÁLATI IDŐ

Következő felülvizsgálat ideje: 2013. március

MEGJEGYZÉS

Önállóságot, fokozott figyelmet igénylő munkakörök és nehéz fizikai munka nem javasolt. Egyszerű, könnyű rész munkát végezhet.

Szombathely, 2010. március 18.

P.H.



Az önellátás felmérése

Tevékenység	Soha nem okoz problémát	Néha okoz problémát	Gyakran okoz problémát	Mindig problémát okoz
Étkezés				
Testi higiéné				
Pénzkezelés				
Mozgás				
Otthoni tennivalók				

**Szombathelyi Egyházmegyei Karitás
Szikla Pszichiátriai Betegek Nappali Ellátója
9700 Szombathely Hollán E. u. 10-12**

Kérelem

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybevevő adatai

Név: _____
Születési név: _____
Anyja neve: _____
Születési helye, időpontja: _____
Lakóhelye: _____
Tartózkodási helye: _____
Állampolgársága: _____
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____
TAJ szám: _____
Személyigazolvány szám: _____
Telefonszáma: _____
Tartásra köteles személy: _____
Tartásra köteles személy telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának, törvényes képviselőjének:

Neve: _____
Lakóhelye: _____
Telefonszáma: _____
Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: _____

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri? **Pszichiátriai Betegek Nappali Ellátása**

Ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását? _____
Étkezést igényel? igen, (normál, diétás) _____ nem
Milyen egyéb szolgáltatást igényel? _____

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az ellátás során a jogszabályok által előírt dokumentációkban történő felhasználáshoz.

Szombathely, 20_____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

GONDOZÁSI NAPLÓ

1. Nyilvántartásba vétel kelte, száma: _____
2. A kliens neve: _____
Szül.hely, idő: _____
 - 2.1. Gazdasági aktivitás: _____
 - 2.2. Iskolai végzettség: _____
 - 2.3. Foglalkozása: _____
 - 2.4. Családi állapota: _____
 - 2.5. Lakóhelye: _____
 - 2.6. Tartózkodási helye, ott-tartózkodás minősége: _____

 - 2.7. Gyermekének száma, neme, életkora: _____

 - 2.8. Gondozásba vétel: _____
 - 2.9. Gondozásának megszűnése: _____
3. Esetfelelős neve: _____

Nappali ellátásban résztvevők

[illegible]

6. Számú melléklet

I. Interjú

1. Neme?
Férfi
2. Hány éves?
54
3. Mi a végzettsége?
Érettségim van
4. Családi helyzet, lakhely?
Egyedül élek, de van egy barátnőm szombathely.
5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?
Schizophreniával rokkantasítottak le
6. Mikor kezdődött a betegsége?
Pontosan 1984-ben, soha nem felejttem el.
7. Milyen tüneteket vette észre?
Azt hittem, hogy mindent elbírok, és meg tudok csinálni, de sajnos nem így lett, s a végén hatósági közeg megsértése miatt bevittek a rendőrök, majd így kerültem a pszichiátriára.
8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?
Rosszabb lett, az állandó gyógyszeresedés, rosszul éreztem, sokszor pánikszerű rohamot is kaptam, a kardiológiára is rendszeresen járnom kellett. Kapcsolatokat nem tudtam kialakítani, szakmát sem tudtam tanulni.
9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?
Vágytam kapcsolatokra, de soha nem tudtam normálist kialakítani, a mostani barátnőmmel sem sokáig leszünk már együtt, és ezek a dolgok melyek a betegségemből adódnak csak rossz felé változtatták az életemet. Talán egy pozitív, hogy itt dolgozhatom.
10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?
A pszichiáterem ajánlotta.
11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?

Először én is mint sokan közösségi gondozásban voltam, ami nagyon segített a betegségem javulásában. Mikor már jobban voltam és volt lehetőség erre a munkára jelentkezni nagyon szívesen jelentkeztem. Elmondathatom, hogy a kezdetektől fogva itt vagy, dolgozom a rehab munkába.

12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?

Ez igazából problémától függ, hogy ha nagyon személyes, akkor a volt gondozómhoz fordulok legszívesebben.

13. Hol hallott erről a munkáról?

A közösségi ellátás alatt már bejártam a szociális foglalkoztatóba, hogy még is közösségbe legyek, egyfajta időtöltés, legalább nem otthon voltam a négy fal között. Elég jól megszoktam a helyet és az embereket és így ajánlották a munkát.

14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?

Nagyon jó a munka szeretek itt dolgozni. Sokan nem is hinnék el, hogy mennyit segít.

15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?

A munkatársaimmal is jó a kapcsolat. Ők egyfajta húzóerőként tekintenek rám, mint egy brigád vezetője vagy valami ilyesmi, de ugye ez valójában nem valósul meg, mindenki egyenlő, de engem még is valahogy kiemelnek.

16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?

Elsősorban elfoglaltság, nem az otthoni bezártság, másrészt odafigyelés, mint rám figyelnek oda, mint én másokra.

17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?

Nappali foglalkoztatóba itt szoktam maradni munka után.

18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?

Nagyon örülök neki, hogy már a saját dolgaimat el tudom intézni és arra törekszem, hogy ez az állapot így is maradjon.

19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a karitás a munkán kívül?

Nagyon sokat kaptam, egyrészt az itteni közeg munkatársak elismerik a munkámat, és ez egyfajta erkölcsi plusz. Lelkiismeretesség, amit kaptam, és ezzel együtt próbálok cselekedni.

II. Interjú

1. Neme?
Férfi
2. Hány éves?
37
3. Mi a végzettsége?
Némettanár diplomám van
4. Családi helyzet, lakhely?
Szüleimmel élek Szombathelytől nem messze.
5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?
Schizophreniával rokkantasítottak le.
6. Mikor kezdődött a betegsége?
2002-ben fordultam orvosi segítséghez, de már előbb elkezdődött.
7. Milyen tüneteket vette észre?
Nagyon rossz volt a közérzetem, befordultam, az iskolában sem úgy tudtam tanítani, ahogy az elején.
8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?
Tanári állásomat muszáj volt otthagynom, valamint a személyiségem is nagyon megváltozott.
9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?
Nem, nem emlékszem.
10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?
Otthon voltam, a tv-t néztem, és reklámozták az intézményt, hogy itt nappali ellátás van, ami ingyenes, és gondoltam eljövök, mert vágytam társaságra.
11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?
Nem volt egyszerű közösségbe visszailleszkedni, ezért a segítő beszélgetések során sok támogatást kaptam.
12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?

Több munkatársam ezt elfelejti, de a munka során úgy mond, csoportokra vagyunk osztva, ez igaz termenként különül el, és van minden teremnek csoportvezetője, aki sokat van az ottani dolgozókkal, tőle szoktam segítségek kérni, ha kell.

13. Hol hallott erről a munkáról?

Tv-ben láttam a hirdetést.

14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?

A tanári állás után ez egy kicsit monoton, de jó nem panaszkodóm, örülök neki.

15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?

Nagyon jó csoportban vagyok. van olyan munkatársam, aki régen az Önkormányzatnál dolgozott, így sok mindenben tudok tőle is tanácsot kérni.

16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?

Igen. A betegségem következtében nem volt napi rutinom, nem csináltam semmit csak otthon voltam. Most már strukturáltabbak a napjaim, jó érzés felkelni.

17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?

Nappali foglalkozásban vagyok, jelenleg kukoricacsuhéból lábtörlőt készítek.

18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?

A beszélgetések nagyon fontosak számomra.

19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a karitás a munkán kívül?

Jó kulturált környezetben vagyok, ami fontos számomra. Ez a munka egy mentőöv, és lehetőség számomra.

III. Interjú

1. Neme?

Nő

2. Hány éves?

48

3. Mi a végzettsége?

Érettségi, gyors és gépíró

4. Családi helyzet, lakhely?

Férjemmel és egy fiammal itt lakunk Szombathelyen.

5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?

Pszichiátriai betegséggel, pánik.

6. Mikor kezdődött a betegsége?

2004-ben volt az első rosszullétem.

7. Milyen tüneteket vette észre?

Úgy kezdődött a betegségem, hogy nagyon fájt a gyomrom, majd elkezdtem remegni, és olyan érzésem volt mintha a cukrom leesett volna és innom kellett, egyszerre. Volt, hogy az utcán jött rám, volt, hogy az autóba, fontos volt, hogy egyszerre igyak vizet.

8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?

Óriási változást hozott. A legnagyobb változás, hogy nem tudtam visszamenni, dolgozni a szakmámba.

9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?

A betegséget követően csak negatív események történtek. Nagyszüleim neveltek fel, akiknek a halála nagy traumát okozott az életembe. Sajnos, nagyanyám halálát követően nagyapám is hamar meghalt. Adósságim voltak ezért a házat is elárverezték. Innentől fogva elvesztettem a biztonságérzetem.

10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?

Dr. Sopán Márta doktornő ajánlotta.

11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?

Először közösségi gondozásban voltam, majd átkerültem a munkába. Mikor közösségi gondozásba bekerültem nem éreztem fontosnak semmit, dolgozni sem akartam, majd a gondozóm ajánlásával még is megpróbáltam a munkát, és azóta dolgozok.

12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?
A közösségi gondozóm sokat tud rólam, ezért hozzá bármikor fordulhatok segítségért.
13. Hol hallott erről a munkáról?
Gondozóm mesélt róla, és ő ajánlotta nekem. Először nem akartam dolgozni, nem volt kedvem, de még is úgy döntöttem, hogy így tényleg jobb lesz, és jobb lett.
14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?
A munka jó, igaz egy kicsit monoton, de nem panaszkodom. Pozitívvá váltam a munka során, a gondolatokat is leköti, és elvonja a figyelmemet a betegségről.
15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?
Többnyire jó. Nem gondoltam volna, hogy én valaha is dolgozok majd közösségben.
16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?
Egyrészt anyagilag is tudom támogatni a családot, más részt a betegségemben is pozitív váltázásokat hozott. Van kötelezettségtudatom ismét, ami a betegségem következtében eltűnt. Nem éreztem fontosnak, hogy elmenjek a boltba egy kiló kenyérért a családnak.
17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?
Nappali foglalkoztatásba is vagyok. Most termékeket készítünk húsvétra.
18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?
Próbálom megoldani a gondjaimat egyedül. Itt mindenki kap segítséget.
19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a karitás a munkán kívül?
Mint már elmondtam a kötelezettségtudat visszatért, ami fontos, hisz ha belegondol nem volt fontos számomra, hogy a családomnak adjak enni, valamint itt bármikor kaphatok segítséget.

IV. Interjú

1. Neme?
Férfi
2. Hány éves?
35
3. Mi a végzettsége?
Gáz és fűtésszerelő végzettségem volt. Vagy is van, de már nem tudok dolgozni
4. Családi helyzet, lakhely?
Anyukámmal ketten lakunk itt Szombathelyen
5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?
Schizophreniával vagyok lerokkantasítva, de más betegségem is van. Sokszor nagyon fáj a lábam és ezért rosszul leszek.
6. Mikor kezdődött a betegsége?
2000-ben kezdődött a betegségem és rá 5 évre le is rokkantasítottak.
7. Milyen tüneteket vette észre?
Rosszul lettem mindig orvost kellett hívni.
8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?
Igen nagymértékben megváltozott. Nem tudtam a szakmámba dolgozni. Nem igen beszélgetek.
9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?
Egyedül a betegség negatív irányba. Azóta nem igen beszélgetek, csak ha kérdeznak.
10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?
Dr. Molnár Zsuzsa doktornő ajánlotta, hogy jöjjek, ide dolgozni legalább nem otthon vagyok, hanem társaságban.
11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?
Beszélgetünk, ha van, valamilyen probléma segítenek, ügyek intézésében is. Sokszor rosszul vagyok, mert fáj a lábam, ilyenkor is segítenek.
12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?

Lucia volt a közösségi gondozóm, és a munkában is ő figyel ránk, ezért ha rosszul vagyok, neki szólok.

13. Hol hallott erről a munkáról?

Mikor ide kerültem még nem volt munka csak közösségi gondozásba voltam, és a Lucia mondta a munkát.

14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?

Jól érzem magam, leköt a munka is nem nehéz.

15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?

Jó a kapcsolatom, beszélgetünk.

16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?

Igen, színesebbek a napjaim, a betegségem miatt régebben csak otthon feküdtem, beszélni sem akartam.

17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?

Itt ebédelek, és csütörtökönként tornára járunk, ami nagyon jó otthon is szoktam gyúrni.

18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?

Igen, az jó hogy segítenek nekem, és beszélhetek a gondozókkal a problémáimról.

19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a karitás a munkán kívül?

Itt figyelnek rám, nem vagyok egyedül. Kirándulni is el szoktak minket vinni.

V. Interjú

1. Neme?

Nő

2. Hány éves?

Ó kis angyalom én már öreg vagyok (neveti el magát) 57 éves vagyok.

3. Mi a végzettsége?

8 általános

4. Családi helyzet, lakhely?

Férjemmel és Zoli kisfiammal, aki már nem is olyan kicsi, velük élek itt Szombathelyen.

5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?
Ha jól mondom bipoláris zavar, mániás depresszió.
6. Mikor kezdődött a betegsége?
37 éves koromban
7. Milyen tüneteket vette észre?
37 éves korámban született a fiam császármetszéssel. Ez az egy gyerekünk van. Egyik nap mikor otthon voltam rosszul lettem a fürdőszobába, majd ezek a rosszullétek sűrűbbek lettek, és nem tudtam ellátni a kisfiamat. Először nem tudták, hogy mi a bajom, képzelje egy évig össze-vissza küldözgettek orvosokhoz.
8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?
Mivel gyógyszerárba voltam kiegészítő, ahol a végén már a gyógyszerek nevét sem tudtam megjegyezni pedig annyira akartam és olyan szorgalmasan dolgoztam, de el kellett jönnöm onnan, így a munkámat elvesztettem. A gyógyszereket szedem, de az időváltozást nagyon megérezem. A múlt hónapban is mikor az a sok hó volt, itt a munkahelyen is csak dűnnyögtem mindenkivel és kiabáltam. Mondtam magamnak meg kell nyugodni, mert ez nem lesz jó. sokszor éjjel sem tudok aludni ilyenkor, kimegyek a konyhába, és számolom a taxikat, majd egy idő után rám jön, hogy számolja ám a fene az autókat és megpróbálok ismét elaludni.
9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?
Több helyen próbáltam dolgozni, voltam takarító nő is egy szállodába, de ott sem bírtam. Volt, hogy hazajöttem a munkából és itthon is folytattam a takarítást estig. Nem bírtam abbahagyni. Pozitív, hogy itt dolgozhatok, itt legalább egyenértékűek vagyunk.
10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?
Molnár doktornő ajánlotta. Otthon vagy nem csináltam semmit vagy csak csempét mostam. A betegségem előtt pedig nagyon sok barátom volt olyan helyen dolgoztam ahol sok ember volt.
11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?
Én már nagyon régóta vagyok itt. Először közösségiben voltam, majd szociális foglalkoztatóba. Halja én nagyon szeretek itt dolgozni, úgy akkor képeket festettünk kerámiáztunk, ugye most már benne vagyok ebbe a munkába, aminek nagyon örülök, mert állítólag nagyon sokan akarnak idejönni, dolgozni.
12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?
Ó én így nem válogatok mindenkit nagyon szeretek, és mindenki segítőkész. Aki épp a közelben van.

13. Hol hallott erről a munkáról?

A gondozónőm mondta, és nagyon örültem neki.

14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?

Nagyon jó, nagyon jó, végre van egy olyan munka, amit el is tudok végezni. Négyen ülünk egy asztalnál, és miközben dolgozunk, beszélgethetünk is. Tudja én nagyon szeretek beszélni.

15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?

Nagyon jó, de tudja kis angyalom mivel én nagyon szeretek beszélni, ezért sokat is beszélek, s ezért van olyan, hogy összeveszek valakivel. Van, hogy hangosabban beszélek, az asztalra csapok, elindul a flúgos futam ilyenkor, de bármi van, én nagyon szívesen segítek mindenkinek. Most például halja, üres cigis dobozt gyűjtök az egyik munkatársamnak. Igaz a férjem már ki van akadva, hogy megint milyen mániám van, de sebj.

16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?

Hogyne ilyen jól régen nem éreztem magam. Mielőtt idekerültem volna csak otthon feküdtem és csempét mostam. Társaságban vagyok, jó kedvű vagyok, beszélhetek, és még pénzt is keresek. Rendes dolgozó ember lettem ismét.

17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?

Munka után itt szoktunk maradni egy kicsit festegetni, kötni.

18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?

Én mindenben kapok segítséget. A cukrom miatt rosszul szoktam lenni, mert nem tudok odafigyelni rá, össze-vissza eszek mindent, nagyon szeretem az édességet, így most ebben is segítenek a gondozók.

19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a karitás a munkán kívül?

Tudok bocsánatot kérni. A betegségem miatt van, hogy indulatosabb vagyok, nem bántok senkit, ne úgy értsen, (meg akkor már nem is lennék itt), hanem szóban dünyögök, morgok, bunkózok, de ez csak egy időszak a betegségemnek. A gyógyszereket jól szedem, de még is van ilyen időszak. Ilyenkor másnap a másik ember szemébe tudok nézni, és bocsánatot kérni, ha megbántottam. Van, aki munkatársaim közül boszorkánynak hív ezért, de én nem haragszom csak nevetek rajta egy jót. Erre itt tanítottak meg. Sok mindent megtanultam a betegségemről, és hogy, hogy próbáljam kezelni. Ha otthon leszek ingerültebb, inkább lefekszem, nem akarom a kis családomat megbántani.

VI. Interjú

1. Neme?
Nő
2. Hány éves?
57
3. Mi a végzettsége?
8 általános
4. Családi helyzet, lakhely?
3 fiammal élek itt Szombathely.
5. Milyen betegséggel van lerokkantasítva?
Nem vagyok lerokkantasítva, csak egészségkárosodott vagyok. depressziónak nevezik a betegségemet.
6. Mikor kezdődött a betegsége?
A 80-as években pesten laktunk, akkor már kezeltek az idegeimmel, az állapotom nagyon hullámzó volt, majd 1991-ben pánik betegségem is lett.
7. Milyen tüneteket vette észre?
Ha otthonról el akartam menni valahova mindig rosszullet jött rám, ilyenkor ki kellett többször hívni a mentőket, bevittek a kórházba, ahol mindig azt gondoltam, hogy meg fogok halni. Egyszerűen nem tudtam ellene semmit sem tenni.
8. Betegségét követően hogyan változott meg az élete?
Nagyon rossz állapotba kerültem, a családomat sem tudtam ellátni.
9. Volt-e olyan esemény az életében, ami pozitív, vagy negatív irányba változtatta az életét? Ha igen mi volt az?
Három éve márciusban nagy tragédia történt. A férjem elhunyt, ezt követően nagyon mélypontra kerültem. Nem akartam semmit sem csinálni. Pánik rohamokat kaptam. Ekkor már rég Szombathelyen lakunk.
10. Hogyan került kapcsolatba a szombathelyi Egyházmegyei Karitással?
A doktornő ajánlotta. Közösségi gondozó kezdett el hozzám járni és az ő, illetve doktornő segítségével kaptam erőre, hogy a családommal foglalkozni kell. Van két unokám is, akik nagyon rossz helyen van az anyjuknál.
11. Milyen segítséget kapott Ön az itt dolgozóktól?
A gondozásom alatt egy idő után elkezdtem bejárni az intézménybe, és a többi beteggel együtt kerámiáztunk, varrtunk, a rohamaim is csökkentek félévente, évente vannak már csak. Ez az út megtétele nagyon hosszú volt, és ebben segítettek.

12. Mi alapján dönti el, hogy melyik gondozóhoz fordul segítségért?
Ugye már nem vagyok bent a közösségi ellátásban, de ugyan úgy tudok fordulni segítségért a volt gondozómhoz, ha valami problémám van.
13. Hol hallott erről a munkáról?
Gondozónőm mondta.
14. Hogyan tetszik Önnek a munka/ mi tetszik Önnek a munkában?
Jó, leköti a gondolataimat, és amíg itt vagyok, kizárom a problémákat, ha hazaérek úgy is van elég.
15. Milyen a kapcsolata a munkatársaival?
Jó. Van egy ember, akivel nem találjuk meg a hangot, de ebből probléma nem volt. Tudja, van, hogy bepörögnek, és indul a veszekedés. Vannak, akik nem tudják tolerálni a másikat, tudja, betegek vagyunk az a baj.
16. Hozott-e változást az életében az, hogy Ön is dolgozik?
Igen. Ismét dolgozok, ami nagy szó, valamint rájöttem, hogy nem bolondulhatok meg jobban a betegségemben. Vannak komoly családi gondjaink. A két unokám sajnos rossz helyen van. A fiam volt élettársánál, akinek a mostani barátja drogos. Jönnek hozzájuk drogért az unokáim szeme láttára.
17. A munkán kívül milyen szolgáltatást vesz igénybe?
Munka után, ami négy óra elmegyünk ebédelni, utána pedig van a nappali ellátás így nevezik, ilyenkor a férfiak sakkozni szoktak, vagy kerámiázni a nők hímezni, varrni, mikor mit. Most húsvétra nagyon szép nyulakat horgolunk. Nagyon jó elfoglaltság. Ezen kívül minden csütörtök reggel torna van, ilyenkor az MMIK-ba megyünk át mielőtt nem volt itt torna több évig nem is mozogtam. A pszichiáter doktornő kéthetente tart csoportfoglalkozást, az is jó, mert beszélhetünk a problémáinkról.
18. A jövőben szeretne-e valamiben segítséget kapni?
Fontos hogy kibeszéljem magamból az unokáim ügyét, ezért a gondozókhoz bármikor fordulhatok.
19. Milyen plusz dolgot adott Önnek a Karitás a munkán kívül?
Nekem az nagy segítség volt, hogy segítettek az otthoni semmittevésből, nem törődésből kizökkenteni, és normálisabb állapotban tudok élni.