

**Bányai Borbála**

**Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén –  
Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a  
munkaerőpiacon**

## **Szociológia és Társadalompolitika Intézet**

**Témavezetők:**

**Neményi Mária Dsc,**

**Izsák Éva Phd. habil.**

**Budapesti Corvinus Egyetem**

**Szociológia Doktori Iskola**

**Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén –  
Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a  
munkaerőpiacon**

***„Ph.D. értekezés”***

**Budapest, 2014**



**TARTALOMJEGYZÉK**

TÁBLA ÉS ÁBRAJEGYZÉK.....	7
BEVEZETÉS .....	10
I. FOGYATÉKKAL ÉLŐK, PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK A TÁRSADALOMBAN .....	16
I.1. A fogyatékkal élők megítélésének modelljei .....	17
I.1.1. Orvosi modell .....	18
I.1.2. Morális modell .....	21
I.1.2.1 Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak morális megítélése .....	24
I.1.3. Emberi jogi modell és a magyar jogszabályok .....	29
I.1.4. Szociális modell .....	36
I.2.1 Kirekesztés, kirekesztettség .....	40
I.2.2. Kirekesztés ellen – rehabilitáció .....	43
I.2.4. Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon .....	53
Összefoglalás .....	56
II. INTÉZMÉNYI MEGKÖZELÍTÉS A MUNKAERŐPIACI REHABILITÁCIÓBAN .....	58
II.1. Mit nevezünk intézménynek? .....	60
II.1.1 Intézmény és szervezet .....	62
II.2 Az intézmények kialakulása és életben maradása .....	65
II.2.1 A változatlanúság intézményi megközelítésben: útfüggőség, lock-in .....	65
II.2.2 Az útfüggőség típusai .....	67
II.2.3. Lock-in jelenség .....	70
II.3. Változás két lehetséges dimenziója: szabályozók, és cselekvési szintek .....	71
II.3.1 A változás mikro-makro szintű iránya .....	73
II.3.2 Intézménytelenítés .....	75
II.3.3 Elemzési szintek kiegészítése: mezo-szint szerepe .....	76
II.4. Intézmények kapcsolata a jóléti modellek értelmezésében .....	77
II.4.1. A nonprofit szektor és a jóléti állam válsága .....	78
II.4.2. A nonprofit szektor kialakulása és kapcsolatainak elméletei .....	80
Összefoglalás .....	85
III. INTÉZMÉNYEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MUNKAERŐPIACI REHABILITÁCIÓJÁBAN .....	87
III.1. Az egészségügyi rendszer intézménye .....	88
III.1.1. Az egészségügyi ellátás változása .....	88
III.1.2. Pszichiátriai ellátórendszer sajátosságai .....	89
III.1.3. Az ellátás változása 1989 után .....	94
III.2. Rokkantsági ellátások intézménye Magyarországon .....	98
III.2.1. Rokkantsági ellátások és a foglalkoztatásuk szabályozása 1945 után .....	98
III.2.2. A rokkantossági érdek .....	100
III.2.3. Pszichiátriai betegek nyilvánítottak a munkaerőpiacon .....	107
III.3. Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon .....	108
III.3.1 Foglalkoztatás 1945 után .....	109
III.3.1.1. Célszervezetek, szociális foglalkoztatók .....	112
III.3.2 Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása 1989 után .....	115

IV.3.3. Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatása .....	121
Összefoglalás – rögzült intézmények a munkaerőpiaci rehabilitációban .....	124
IV. KUTATÁSI ELŐZMÉNYEK, ALKALMAZOTT MÓDSZEREK, HIPOTÉZISEK .....	
IV.1. Kutatási előzmények .....	131
IV.2 Alkalmazott módszerek .....	141
IV.2.1. Az egészségkárosodottság operacionalizálása .....	141
IV.2.2. Kvantitatív adatok .....	142
IV.2.3. Kvalitatív kutatás .....	145
Összefoglalás .....	151
IV.3. Hipotézisek, kutatási kérdések .....	152
V. FELMÉRÉSEKBŐL SZÁRMAZÓ ADATOK A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEKRE VONATKOZÓAN .....	
V.1. Fogyatékkal élők Európában .....	156
V.2. Megváltozott munkaképességűek és pszichiátriai diagnózissal élők Magyarországon .....	162
V.2.1. Általános adatok a mentális vagy idegrendszeri problémákkal és egyéb más sérüléssel élőkről Magyarországon.....	164
V.2.2. Inaktivitás a megváltozott munkaképességűek körében .....	170
V.2.3. Foglalkoztatás jellemzői a mentális, idegrendszeri problémákkal és az egyéb más sérüléssel élők körében.....	174
V.2.3.1. Munkahely jellemzői .....	176
V.3. Munkaerőpiaci életutak a megváltozott munkaképességű személyek körében .....	179
V.3.1 Karrierutak a mentális betegséggel élők körében.....	181
VI. PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK A MUNKAERŐPIACON - HÁROM ESETTANULMÁNY .....	
VI.1. A munkaerőpiaci rehabilitáció útjai .....	188
VI 1.1. Kitaposott út (kirekesztő foglalkoztatási forma) - Munkalehetőségek egy bentlakásos intézetben .....	189
VI.1.1.2. Kitaposott út – rögzült érdekeltségi viszonyok .....	193
VI.1.3. Kerülő út (részben integráló) – szociális foglalkoztató .....	194
VI.1.2.1. Munkavégzés a foglalkoztatóban .....	196
VI.1.2.2. Kerülő út – a fennmaradó foglalkoztató .....	198
VI.1.4. Egérút (integráló) - Nyílt, félig-nyílt munkaerőpiac .....	201
VI.1.3.1. Munkalehetőségek az Egérút mentén .....	202
VI.2. Közösségi rehabilitáció útjai a munkavégzésen keresztül .....	210
VI.2.1. Közösségi rehabilitáció a Kitaposott úton – célszervezeti telephely: bentlakásos intézet.....	211
VI.2.1.1. Az Intézet és lakói .....	211
VI.2.2. Közösségi rehabilitáció a Kerülő út mentén – támogatott önálló életvitel .....	216
VI.2.3. Közösségi rehabilitáció az Egérút mentén – közösségi ellátást biztosító Alapítvány .....	219
VI.3. Az egyéni rehabilitáció útjai a munkavégzésen keresztül .....	226
VI.3.1. Egyéni rehabilitáció a Kitaposott úton – láthatatlanná tett betegek.....	226
VI.3.1.1. Az egyéni rehabilitáció lehetősége .....	228

VI.3.2. Egyéni rehabilitáció a Kerülő úton – sérült dolgozó .....	232
VI.3.3. Egyéni rehabilitáció az Egérúton - kliensek .....	238
VI.3.3.1. Az egyéni munkarehabilitáció programja .....	240
VI.4. Elágazó utak .....	246
VI.4.1. Elágazó út 1. - Zsácutca .....	247
VI.4.2. Elágazó út 2. – Szerviz út .....	249
Összefoglalás .....	252
Piaci, állami, civil/nonprofit szektor szerepe a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci rehabilitációjában .....	257
 ÖSSZEGZÉS .....	 261
 IRODALOM .....	 269
 FÜGGELÉK .....	 283
1. számú függelék: NCSSZI-TÁRKI kutatásból felhasznált kérdések .....	283
2. számú függelék: Strukturált interjúk interjúvázlatai .....	289
3. számú függelék: Foglalkoztatottak, munkanélküliek, inaktívak aránya Európai Unió országaiban (2008) .....	296
4. számú függelék: Fogyatékkal élők aránya teljes populációban és egyes munkaerőpiaci státusokban 2002 .....	296
5. számú függelék: Mentális, ideg vagy érzelmi problémákkal élők aránya (2002) .....	297
Publikációs lista .....	299

## TÁBLA ÉS ÁBRAJEGYZÉK

1. Táblázat Fogyatékossgal kapcsolatos modellek .....	56
2. Táblázat Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára fenntartott bentlakásos férőhelyek száma 1949-2007 .....	90
3. Táblázat : Nyilvántartott elme- és idegbetegek száma 1965-2007 .....	94
4. Táblázat A pszichiátriai ellátórendszer különböző típusaiban ápoltak száma 1965 – 2007 között .....	95
5. Táblázat: Rokkantsági nyugdíjasok, nyugellátásban megváltozott munkaképességűek, rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülők száma .....	102
6. Táblázat: Új rokkantak száma és megoszlása elmebetegségek és a keringési rendszer zavarai szerint 1970-2007 .....	107
7. Táblázat Lock-in jelenségek strukturális szinteken .....	127
8. Táblázat. Dolgozatom esettanulmányainak helyszínei és interjúalanyai .....	150
9. táblázat. A fogyatékossg és a krónikus betegség típusai Spanyolországban, UK-ban, és Magyarországon .....	158
10. Táblázat Mentális vagy idegrendszeri probléma kezdete .....	165
11. Táblázat Legmagasabb iskolai végzettség mentális betegek körében .....	166
12. Táblázat Meghatározó megélhetési forrás .....	172
13. Táblázat. Munkahelykeresését nehezítő tényezők .....	173
14. Táblázat. Munkahelyi beosztás, foglalkozás .....	175
15. Táblázat. Munkahely jellemzői – munkatársak .....	177

16. Táblázat. 15 éves kora óta eltöltött idő egyes munkaerőpiaci státusokban (mentális és egyéb sérültek) .....	180
17. Táblázat A klaszterközéppontok alapján interpretálható karrierutak a következőképpen alakultak: .....	182
18. táblázat A foglalkoztatási rehabilitáció útjainak jellemzői .....	253
1. ábra FNO alkotóelemeinek kölcsönhatásai (Kullmann 2009, p. 11) .....	30
2. ábra Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ellátásának lehetséges útjai .....	93
3. ábra. Megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci helyzetét befolyásoló intézmények együttes hatása .....	124
4. ábra: Az önkormányzati, piaci, magán és a civil/nonprofit szféra kapcsolatai a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci reintegrációjában .....	259
5. ábra A munkaerőpiaci változás és állandóság lehetőségei.....	266



## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnék mondani mindazoknak, akik disszertációm létrejöttéhez segítséget nyújtottak; az empirikus kutatás során támogattak, és disszertációm korábbi változataihoz értékes megjegyzéseket fűztek: a Szociológiai Doktori Program tanárainak, értekezéstervezetem bírálóinak: Czakó Ágnesnek, Bódis Lajosnak és Elekes Zsuzsannának, kutatótársamnak Légmán Annának, valamint Kristóf Lucának és Kővári Gergelynek és Láng Saroltának.

Külön köszönöm Neményi Mária alapos, kritikus és mindig áldozatkész témavezetői támogatását és köszönöm Izsák Éva témavezetői hozzájárulását is.

Végül szeretném megköszönni szüleim és családom türelmét és biztatását, ami nélkül nem születhetett volna meg ez a dolgozat.

A dolgozat terepmunkájának jelentős részét a Magyar Zoltán Közalapítvány, Humán Erőforrás Fejlesztése a Civil Szektorban című pályázata támogatta 2007. december - 2008. április között.

## BEVEZETÉS

Az 1990-es évek óta egyre inkább a figyelem középpontjába és ezzel együtt újragondolásra kerül a krónikus betegek és a fogyatékosok egészségügyi, szociális, pénzügyi ellátása, életminősége, jogállása, és általában társadalmi integrációja, különösképpen a munka világába való integráció. A fogyatékkal, krónikus betegséggel élőkkel kapcsolatos egyik meghatározó diskurzus a szakirodalomban a szegénység és társadalmi kirekesztés problémája köré tematizálódott.

A Eurofound elemzése szerint az összehangolt európai uniós stratégiák kidolgozását<sup>1</sup> követően sem változott meg lényegesen a krónikus betegek és a fogyatékosok megítélése, helyzetük a legtöbb európai országban továbbra is marginális (Grammenos 2003), stigmatizáltak, és sok esetben a társas és társadalmi élettől elszigetelődnek, a munka világából kirekesztődnek. Mindez annak ellenére sem változott, hogy egyre nagyobb teret nyer az a szemlélet, mely az akadályozottságot nem orvosi problémaként, inkább társadalmi, esélyegyenlőségi és szociális kérdésként kezeli. Létrejött a „fogyatékoságtudomány”<sup>2</sup> (disability studies), melynek központi gondolata a „Semmit rólunk – nélkülünk!”.

Alapvető kérdés, hogy mit lehet tenni azért, hogy a fogyatékkal és krónikus betegséggel élő inaktívak, a munkaerőpiac aktív tagjai legyenek? A megoldások keresésekor a szabályozás és a gyakorlat szintjén is komoly problémák, ellentmondások vetődnek fel, mint például: segélyezés kontra munkavállalási ösztönzés, szociális ellátórendszer kontra társadalmi integráció, humanizált szociális-egészségügyi felügyelet kontra egyénre szabott támogató, rehabilitációs rendszerek. A kirekesztődés okai nem vezethetők egyértelműen vissza a

---

<sup>1</sup> Pontos és teljes címe: „Lisszaboni Szerződés az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról”, Lisszabon, 2007. A Szerződéssel együtt érvényt nyert Alapjogi Charta is, mely rögzíti a fogyatékos emberek számára a teljes értékű élethez szükséges jogokat. Ezt követően azóta több hosszú távú stratégiát is kidolgoztak (2004-2010, 2010-2020) a fogyatékkal élő emberek aktív társadalmi befogadásával, foglalkoztatásával (DAP) stb. kapcsolatban.

<sup>2</sup> A diszciplína Magyarországon való meghonosítása Könczei György és munkatársai nevéhez köthető.

társadalom, az ellátórendszer, és a gazdaság diszfunkcióra, vagy az egyéni felelősség, motiváció, képesség hiányára. Az egyének felől közelítve a kérdést a fogyatékkal, krónikus betegséggel való együttélés a legtöbb esetben hátrányt, akadályozottságot jelent. Akadályozottak lehetnek hétköznapi tevékenységeik elvégzésekor, közlekedésben, kommunikációban, mások segítségére szorulhatnak, sok esetben folyamatos orvosi terápiát vesznek igénybe, és szembe kell nézniük azzal is, hogy a munkaerőpiacon korlátozottan produktívak, magyar szakkifejezéssel megváltozott munkaképességűek. Ezeket a nehézségeket, a munkáltató vagy a munkatársak általában nehezen tudják kezelni. Egészségi állapotuk, munkaerőpiaci lehetőségeik, és a befogadókészség hiánya inkább a biztos bevételt jelentő segélyek, nyugdíjazás felé tereli őket. Annak ellenére, hogy a megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci jelenléte nem csak finansziális javulást eredményez életükben, ugyanis a foglalkoztatásnak más látens funkciói is vannak, például hozzájárul társas integrációjukhoz, egészségi és mentális állapotuk javulásához, mindennapi életük strukturáltságához (Jahoda 1981). Az inaktivitás tehát nem csak alacsony jövedelmet, és hosszú távon a szegénységet jelentheti, hanem társas, társadalmi elszigetelődést is, „sajátos kirekesztett osztályhelyzetet” (Krémer et al., 2010 p. 12), „másodrendű állampolgárságot” (Szalai 2010).

Disszertációm során abból az alapfeltevésből indulok ki, hogy a fogyatékkal, krónikus betegséggel élők inaktivitása nem csak a fogyatékkal élők magánkérdése, hanem - a gazdaságot is meghatározó - közösségi probléma. A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás támogatása gazdasági-pénzügyi szempontból kezdetben igen költséges, ám hosszútávon megtérülő társadalmi befektetés. Másik oldalról pedig a fogyatékkal élők társadalomba való beilleszkedésének, társadalmi elfogadottságának egyik fontos eleme, hogy társadalmilag „hasznos, elismert” tevékenységet végezzenek. (Verdes – Scharle - Váradi 2012, Harangozó et al. 2001). Az egyén szempontjából a munka a társadalmi integráció hatékony eszköze, az egyik legerősebb kapocs egyén és társadalom között.

A fogyatékos embereknek a munkaerőpiacon való megjelenése, az a tény, hogy milyen formában és mértékben vesznek részt a munka világában, egyben vissza is tükrözi a fogyatékosokról a többségi társadalomban élő képet, azt tehát, hogy a többség mennyire érzi a társadalomhoz tartozónak, a társadalom tagjainak a

munkavégzésben akadályoztatott embereket<sup>3</sup>. Ugyanakkor általános tapasztalat, hogy egy megváltozott munkaképességű bármennyi értéket is tud előállítani munkája során és bármilyen kis mértékben járulékokat is fizet utána, akkor ezzel képes csökkenti az ellátására fordított közkiadásokat, egyúttal növeli saját maga pénzbeli függetlenségét, nem utolsó sorban pedig hozzájárul a nemzeti össztermék előállításához. Profán módon megfogalmazva tehát, ha egy fogyatékkal élő dolgozik, nem csak „kivesz” a közösből, hanem be is tesz oda.

A fentiekkel összefüggésben, kutatásom célkitűzése, hogy feltárjam a fogyatékkal élők munkaerőpiaci helyzetét befolyásoló intézmények sajátosságait Magyarországon. Ennek bemutatásához egy speciális csoportot a pszichiátriai betegeknek<sup>4</sup> diagnosztizáltakat választottam, mert példájukon keresztül jól illusztrálható a társadalmi befogadás mértéke és minősége, a munkaerőpiaci fogadtatás, és az egészségügyi, társadalombiztosítási, szabályozási intézmények kirekesztést fenntartó működési mechanizmusai. Választásomat az is indokolta, hogy a pszichiátriai diagnózissal élőkkel foglalkozó nem medikális szakirodalom igen csekély Magyarországon (Bugarszki 2003, 2009; Szilágyi 2005, Légmán 2011) pedig nem csak egy orvosi kategória, hanem társadalmi jelenségek tömege kapcsolódik hozzá. A témaválasztás aktualitását igazolja, hogy 2012-ben az OECD a mentális és pszichés problémákkal élők foglalkoztatásáról, illetve nagyon korai életszakaszban inaktívvá válásáról és ennek okairól külön kiadványt jelentetett meg. Tapasztalataik szerint a mentális problémákkal élők jóval fiatalabban válnak inaktívvá, mint más fogyatékkal élők, melynek egyik oka, hogy sok esetben már az oktatási rendszerből is hamar kiesnek, így iskolai végzettségük alacsonyabb. Másik meghatározó oka inaktívvá válásuknak, hogy szemben más fogyatékkal élőkkel, „betegségük” nem állandó, jobb és rosszabb állapotok váltják egymást, és ezt a fajta bizonytalanságot nehezen tolerálják a munkaerőpiacon. Az állandó munkakeresésbe, új munkahelyhez való alkalmazkodásba pedig „belefáradnak” maguk az érintettek is (OECD 2012).

<sup>3</sup> A fogyatékosok munkaerőpiaci megjelenésének vizsgálatakor nem lehet eltekinteni az egyéni adottságoktól, képességektől, és attól hogy egy adott országban milyen a foglalkoztatottság mértéke, a munkanélküliek és az inaktívak aránya, a munkaerőpiac általános helyzete.

<sup>4</sup> Disszertációmban azokat tekintem pszichiátriai betegeknek, akiknek erről van hivatalos diagnózisuk. A továbbiakban a pszichiátriai betegek diagnosztizált kifejezést használom.

Disszertációmban tehát a pszichiátriai betegséggel élő embereket és élethelyzetüket nem orvosi, hanem szociológiai szempontból mutatom be. A pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci integrációjának szociológiai megközelítése annak ellenére sem vált kutatott témává, hogy az így diagnosztizált betegek prevalenciája az 1980-as évektől megsokszorozódott a megváltozott munkaképességűek között. A 2008-as Társadalmi jellemzők kutatási jelentése szerint az újonnan megállapított megváltozott munkaképességűek között a harmadik leggyakoribb okként a mentális és viselkedési zavarok fordulnak elő, de 39 évesnél fiatalabbak esetében ez a vezető rokkantosítási indok (Lakatos - Tokaji 2009, p. 72). Ez az adat is igazolhatja disszertációm másik alapfeltevését, hogy munka világában a hivatalos diagnózis megalkotását követően az érintettek hosszabb-rövidebb idő után többnyire legálisan válnak a társadalom inaktív tagjaivá, akik a későbbiekben közösségi ellátásra szorulnak.

Disszertációmban a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci rehabilitációját meghatározó intézményeket és emblematikus foglalkoztatási formákat mutatok be, valamint kísérletet teszek arra, hogy megismerjem az egyes intézmények és szereplők egymáshoz való viszonyát. Úgy vélem, ha jobban megérthetővé válik a több évtizedes hagyományokon alapuló intézmények és gyakorlatok működési módja, az intézmények és egyéb szereplők egymáshoz való viszonya, akkor fontos megállapítások tehetők a fogyatékkal élőkről kialakult szociális konstrukciókról és munkaerőpiaci fogadtatásukról. Elemzésemmel ehhez szeretnék hozzájárulni. Minden társadalomról többet tudhatunk meg azáltal, ha tudjuk, melyek azok a csoportok, amelyeket stigmatizálnak, kirekesztenek, vagy - mint a pszichiátriai diagnózissal élőket - igyekeznek láthatatlanná tenni.

A fogyatékkal, krónikus betegséggel élők kirekesztettségének vizsgálata a stigmatizáció és ezzel rokon elméletek segítségével ragadható meg legadekvátabb módon, mert ezek egyidejűleg reflektálnak az egyéni és a közösségi, személyközi szempontokra is. Dolgozatom első részében áttekintem az ehhez kapcsolódó főbb szociológiai elméleteket, és a fogyatékkal élők megítélésének modelljeit. Ebben a fejezetben hosszabban kitérek a „normálisak” és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak közötti kapcsolat történeti gyökereire. Amartya Sen (2003) írására támaszkodva bemutatom a kirekesztés mechanizmusait. Szintén ebben a fejezetben a fogyatékkal, krónikus betegséggel, pszichiátriai diagnózissal élők

munkaerőpiaci megjelenését meghatározó fogalmakat (fogyatékos, rokkant, megváltozott munkaképességű személy, és a pszichiátriai beteg) tisztázom. Ennek részletesebb tárgyalására azért van szükség, mert bár törvényi úton meghatározott fogalmakról van szó, ám használatuk nem egységes sem a különböző szakpolitikai területeken, sem a köznyelvben, valamint e fogalmak tartalmához szociálpolitikai elvek, és társadalmi attitűdök is kapcsolódnak. Továbbá a részletességet indokolja, hogy a fogyatékkal, krónikus betegekkel élők kapcsán egyfajta „jogi fetisizmus” dominál, mely Magyarországra különösen jellemző. Alkalmas elméleti keretet nyújt a munkaerőpiaci helyzet állandósulásának és változásának megértéséhez az institucionalista megközelítés, melynek ide vonatkozó főbb megállapításait a második fejezetben tárgyalom. A harmadik fejezetben a foglalkoztatást meghatározó három jelentős intézmény (egészségügy, nyugdíjazás, foglalkoztatás) működési mechanizmusait és hazai megvalósulását ismertetem, lehetőség szerint bemutatva annak hagyományait is.

Disszertációm első három fejezetének végeredménye, hogy bemutatom a munkaerőpiaci kirekesztés és stigmatizálás mechanizmusait, esetleges változásának lehetőségeit az intézményi megközelítés által összekapcsoltan, és mindezt az adott társadalmi és gazdasági feltételekbe beágyazottan történeti folyamatként ismertetem.

A munkaerőpiacon is jellemző kirekesztő szociális konstrukció bemutatása alapvetően kvalitatív kutatást indokol, erről részletesebben az negyedik, módszertani fejezetben térek ki. Magyarországon többféle lehetősége van egy pszichiátriai betegnek visszatérni a munkaerőpiacra, ami elősegíthetné, hogy gazdasági szempontból aktív és a hétköznapi életben önállóbb szereplője legyen környezetének és a társadalomnak is. Megvizsgálom, hogy az állami, nonprofit, piaci szféra által nyújtott elméleti és gyakorlati működésben milyen lehetőségei vannak, és vannak-e egyáltalán lehetőségei egy pszichiátriai betegnek a munkaerőpiacon való megjelenésre, és ezt milyen mechanizmusok szabályozzák (az egyes szereplők érdekei, együttműködési képességeik, a kulturális környezet stb.). Feltárom azokat a mechanizmusokat, melyek következtében pszichiátriai betegek nyílt munkaerőpiacon való foglalkoztatása bizonytalannak tűnik, és sok esetben az állami szabályozás, az egészségügyi és a szociális szféra, az orvosok, a szociális szakma, maga a beteg, és a munkaadó sem támogatja a nyílt munkaerőpiacon való megjelenést. Három esettanulmányt ismertetek, melyeket

2007-2009 között készítettem pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak körében. Az esettanulmány érvényességével kapcsolatos fenntartások feloldásához és más fogyatékkal élők munkaerőpiaci helyzetének bemutatásához egy 2011 során felvett<sup>5</sup> 2045 fős adatbázist használok, melynek felvételi módját szintén a negyedik fejezetben ismertetem.

Az esettanulmányok és az adatelemzés során a munkaerőpiaci kirekesztéssel és annak megváltozásával kapcsolatos hipotéziseimet tesztelem. Az esettanulmányok ismertetésekor lehetőség nyílik a korábban felvázolt intézmények együttes működésének bemutatására, és magának a pszichiátriai diagnózissal élő intézményhasználóknak megszólaltatására, tipikusnak mondható életutak felvázolásához is. Közösségi elvárás a hatékonyság, a hasznosság, a munka, kiszámíthatóság, s ehhez képest a megváltozott munkaképességek, és az időszakos „rosszabb” pszichés állapotok nehezen tolerálhatóak, inkább teherré válnak, és maguk az érintettek a munkaerőpiaci versenyből szinte biztosan kirekesztődnek, sok esetben a munkaerőpiacról és a közösségi életből is. Ezért mindenképpen kísérletet kell tennem arra vonatkozóan is, hogy az intézménytelenítés, integráció, normalizáció területén bekövetkező esetleges változások kulcsszereplőit és tevékenységét bemutassam, azaz azt hogyan lehetséges be- vagy visszaintegrálni a pszichiátriai diagnózissal élőket a munkaerőpiacra és az aktívabb közösségi életbe.

---

<sup>5</sup> A TÁRKI és a SZMI TÁMOP 5.4.1. kutatás részeként készült adatbázis és kérdőíve letölthető volt a modernizacio.hu oldalról. letöltés ideje: 2011.12.10.

## **I. FOGYATÉKKAL ÉLŐK, PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK A TÁRSADALOMBAN**

„Van egy tény, amely régóta a szociológia és az elmekórtan közhelye: a betegségnek csak olyan kultúrában van valósága és értéke, amely betegségként ismeri fel (Foucault 2000 p. 62.o)”.

A fogyatékos, az akadályozottság, a hátrány és az ebből következő egyéni és társadalmi helyzetek jellemzése ma már multidimenzionális; nem csak orvosi, élettani, hanem pszichológiai, szociológiai és társadalmi fogalmakkal is megragadható. A probléma alapja az a társadalomtörténeti és elméleti, módszertani, de alapvetően kategorizációs kérdés, hogy mit tekint az adott kultúra betegségnek, hol húzódik a határ egészséges és beteg, normális és nem-normális, akadályozott és ép között, és mi a következménye annak, ha valaki az egyik vagy a másik oldalon helyezkedik el. Az egyén felől közelítve a másság, a kór, az eltérés oka lehet nyilvánvalóan, „látható” elváltozás, és lehet nem látható fizikai, vagy viselkedésbeli eltérés is. A fogyatékosot többféleképpen lehet kategorizálni, lehet vele született, vagy szerzett fogyatékos; vagy súlyossága szerint; és élhet valaki halmozott fogyatékos.

A mássághoz való viszony mindig a többségi társadalom megítélésétől függ. A deviancia szociológiájában ismert, hogy a megvetettséget, a stigmatizáltságot nem a deviánsok szempontjából, hanem a társadalom „közállapotainak” ismeretével lehet megérteni és értelmezni. (Becker 1974). A fogyatékosokkal élők megítélése főként abban az esetben hasonló, ha biológiai, orvosi szempontból közelítünk a kérdéshez, azaz a fogyatékosokkal élők a társadalom beteg csoportjaként jelennek meg. Barnes és munkatársai (1999) a fogyatékosokkal élőkre vonatkozóan Mills a társadalmi képzelőerő (social imagination) elméletét alkalmazva azt állítja, hogy a fogyatékosokkal élőkre vonatkozóan a többségi társadalom úgy tekintett, mint hibás egyénekre, akiknek nincs helyük a társadalomban, a fogyatékosokra pedig, mint a megkérdőjelezhetetlen és a megváltozhatatlan igazság kinyilvánítására. Ez a szemlélet az indusztrializáció és a medikalizáció felvirágzásakor terjedt el. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében az egészség fogalma a



normalitáshoz kapcsolódik. Foucault hivatkozik Durkheimre, aki szerint a normálishoz kell viszonyítani, és ilyen formán az elmebetegség mindenképpen eltérő, és ebben gyökerezik kórossága (Foucault 2000).

A fogyatékos lét, az akadályozottság korunkban társadalmi problémává is válik, a fogyatékkal élők sok esetben a többségi társadalomból kirekesztetten élnek. A fogyatékkal élő gyermekek külön számukra létrehozott iskolákban tanulnak, pályaválasztásuk is korlátozott, felnőttként sokuk a számukra létrehozott intézetekben, vagy zárványként működő intézményekben töltik napjaikat, és számukra létrehozott félig, vagy teljesen zárt és védett munkahelyen dolgoznak, ha egyáltalán dolgoznak, és életüket mindvégig elkíséri a szociális és egészségügyi gondozás. Ezekben az elkülönítő intézményekben és szokássá vált magatartásokban érhetőek tetten a kirekesztő mechanizmusok, melyek a kirekesztett, stigmatizált szerep fennmaradását szolgálják.

A társadalom betegséggel, fogyatékossgal, deviáns csoportokkal kapcsolatos közgondolkodása, a számukra létrehozott intézmények és azok működése, a velük kapcsolatos jogszabályok, a velük szemben viseltetett kizáró vagy integráló attitűd az egyénektől leválasztott társadalmi konstrukciót tükrözik. Ezek a konstrukciók, és ezzel együtt a szabályozók, intézmények nem állandóak, hiszen maga a „probléma” és megítélése is többdimenziós térben helyezhető el. (A konstrukciók és az intézmények változásában, a stigmatizáltak kiválasztásában jelentős szerepe van a véleményformáló elitnek, akár az egészségügyi dolgozóknak, akár a politikai, közéleti, tudományos élet meghatározó szereplőinek, és nem utolsósorban a fogyatékkal élőknek is. )

A fejezet első felében áttekintem a fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak megítélésének megjelenési formáinak főbb irányait, röviden kitérek a pszichiátriai betegek megítélésének történeti hagyományaira is. A fejezet második felében a fogyatékkal élők kirekesztettségét tárgyalom, majd külön alfejezetben térek ki a foglalkoztatás integráló szerepére.

### ***1.1. A fogyatékkal élők megítélésének modelljei***

A fogyatékossgot, a pszichiátriai betegséget, és általában a másságot nagyon sokféleképpen értelmezték a történelem során. Rendszerint valamilyen kórtan,

orvosi megközelítés, a gyógyítás valamilyen formája kapcsolódik hozzá. Természetesen a gyógyítás, gondozás és az ezt meghatározó társadalmi képzetek, megítélések is módosultak az évszázadok folyamán. Mára kialakult önálló diszciplínaként a fogyatékoságtudomány, és a fogyatékkal élőkről nem lehet kizárólag egészségügyi, szociális ellátási feladatként beszélni, hanem mindenképpen multidimenzionális megközelítés alkalmazása indokolt, mert így ragadható meg legteljesebben a fogyatékkal élők megítélése, helyzete és ennek változása a társadalomban. Ezeket a dimenziókat Könczei és Hernádi (2011) négy modellbe rendszerezte, és megfogalmaztak egy ötödik modellt is. A szerzőpáros modelljeit használva vezérfonalként ismertetem ezeket az értelmezési kereteket, és kiegészítem azokat, majd külön kitérek a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak megítélésére.<sup>6</sup>

### **I.1.1. Orvosi modell**

A fogyatékos emberek, különösen a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében központi szerepe van az orvosi (medikális vagy biomedikális) modellnek. Az orvosi modell alapján a pszichiátriai betegség, és általában a betegségek értelmezése látszólag egyértelmű, azonban az egészség fogalma (akárcsak a normális fogalma) társadalmi kérdés. A XXI. századi egészségfelfogás abba az irányba mutat, hogy az egészség és a betegség nem egyértelműen ellentétpárok, a betegség hiánya nem az „egészségességet” jelenti. Az egész-ség a WHO megfogalmazásában nem csak testi, hanem szellemi, intellektuális, szociális „jóllétként” értelmezhető. A modern, európai orvoslás szintjén azonban nem ez a felfogás jelenik meg. A fogyatékoság eltüntetéséért (manapság már magzati korban) vagy éppen elviselhetővé tételéért dolgoznak az egészségügyi szakemberek, amihez jól kiépített infrastruktúra is kapcsolódik. Látszólag a fogyatékoság megszüntetése a cél. Ha valójában eltűnne a fogyatékoság, akkor az egész erre épülő intézményrendszer és a benne résztvevők szerepe megszűnne, vagy legalábbis csökkenne. A fogyatékos emberek egészségügytől való függősége tehát az azt működtetők érdeke is.

---

<sup>6</sup> Természetesen léteznek más modellek, kategorizálások is, mint Könczei- Hernádi szerzőpárosé. Horwitz (1999 idézi Pikó 2002) modelljében kifejezetten a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak kapcsán négy kutatási területet határoz meg: társadalmi tényezőket hatása az egyénre, kulturális tényezők, a társadalmi válaszok (pl. címkézés, kontroll). Ez utóbbi a fenomenológiai hagyományokon alapuló konstruktivista álláspont képviseli. (Pikó 2002).

Természetesen nem állítom, hogy bizonyos fogyatékkal élőknek nincs szükségük egészségügyi támogatásra, de a „hagyományos” betegség koncepció inkább paternalista orvosokat és magatehetetlen, kiszolgáltatott betegeket „eredményez”. Az egészség koncepció multidimenziós felfogásában a fogyatékkal élők nem kizárólag az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek „terepe”. Itt a fogyatékkal élő ember közösségben, környezetében, saját tapasztalatokkal, kapcsolatokkal rendelkező ember, aki segítségre szorulhat az önellátás, a munka, a helyzetváltoztatás területén, amit nem kizárólag egészségügyi szakemberek fognak megoldani.

A fogyatékkal élők esetében mégis a legnagyobb hatalommal rendelkező társadalmi csoport az orvosok, és általában az egészségügyi szféra (fejlesztő-gyógyító szakmák, gyógyszeripar, gyógyászati segédeszközök) szakemberei. Ezt igazolhatja, hogy Magyarországon és Európa számos országában is a fogyatékoság orvosi fogalom, pontos leírása a testi károsodás típusának és mértékének. (Ausztriában nem a fogyatékos kifejezést használják, hanem a pénzbeli ellátásra utalnak.) (Grammenos, 2003)) Ez a kategorizálás jelenti a zsinórmértéket a továbbiakban, ehhez képest történik mind az orvosi, mind a pénzbeli, mind a természetbeni juttatás, ezzel a címkével kell a fogyatékkal élőknek iskolába, dolgozni, sportolni, közösségbe járni.

A pszichiátriai betegségek a biomedikális modell szerint pontosan meghatározott tünetegyüttesként értelmezhetőek, és ezek alapján tudják meghúzni a határt a normális és a patológiás között<sup>7</sup>. Esetükben az egészségüggyel való kapcsolat állandó és folyamatos, ugyanis a diagnózist követően többségüknek, a mai orvostudomány szerint, életük végéig gyógyszeres terápiára szorulnak, és többféle egészségügyi intézményt járnak meg. Simblett szerint „A pszichiátriai diagnózis sem biológiai tény, az objektív valóság reprezentációja, hanem szakmai közmegegyezést tükröző meggyőződés” (Légmán 2011 p. 53). Magyarországon az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvét a Pszichiátriai Szakmai

<sup>7</sup> Magyarországon külön törvényben az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről a következőképpen határozza meg: „d) pszichiátriai beteg: az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.” Orvosi szempontból pszichiátriai beteg az, akit a BNO alapján a hivatalosan is elfogadott DSM-IV rendszerben pszichiátriai betegnek nyilvánítottak. A DSM-IV rendszer pszichiátriai szaktekintélyek által összeállított tünetfelsorolás, mely alapján megállapítják a kórképet.

Kollégium dolgozta ki. A fő kórképekre lebontva megtalálhatóak az egyes betegségek leírásai, és a terápiás ajánlások.

Azonban az orvosok kizárólagosságába vetett hit már korábban megkérdőjeleződött, természetesen nem az orvosok, hanem a társadalomelméleti gondolkodók körében. Az első kritikusabb hangvételű írás Talcott Parsons (1951) „A beteg szerep” című tanulmánya, melyben betegséget és a beteget nem csak medikális állapotként, hanem társadalmi szerepként felfogott jelenségként írta le. Leegyszerűsítve, a beteg szerep és az orvos szerep is tanulható és elsajátítható, és ezek a szerepek „eljátszása” elvárás mindkét féltől. A beteg szerep azt az uralkodó közfelfogást jelenti, hogy a „beteg” alárendeli magát az orvos utasításainak, elfogadja a társadalombiztosítási juttatásokat, és eljátssza a megfelelő magatartási szerepeket, míg az orvosra az univerzalizmus (minden beteg egyforma), érzelmi semlegesség, funkcionális specifitás (betegségre koncentrálnak csak) jellemzi (Parsons 1951). Azóta az orvos-beteg viszonyában több más elmélet is született. A konszenzus modell a parsonsi szerepelmélet továbbgondolása, nem kizárólag alá-fölé rendelt szerepekkel dolgozik. Itt az orvos (autokrata, érzelmileg semleges, barátságos, tájékoztató, értelmező, interaktív), a beteg (aktív, passzív) és a betegség (akut, krónikus) típusa alapján Hollander és Szasz szerepeket különítenek el (Hollander – Szasz 1956, idézi Freidson 2004). Az orvosi szociológia konfliktuselméleti megközelítése (Freidson 1988) a beteg és az orvos eltérő érdekeiből és normáiból következő konfliktusra helyezi a hangsúlyt. A hatalomelmélet (pl. Losonczi 1989), miszerint az egészséges és a beteg emberek megkülönböztetése hatalmi kérdés, a beteget elnyomottként kezelik, akit kontrolálnak azért, hogy eredeti állapotára visszaállíthassák.

Kelemen Gábor (2008) szerint a medicina érdeklődése és nyitása az 1960-as évekre tehető, amikor a szociológia elkezdett a stigmával, és ennek kapcsán a testtel foglalkozni. „Bryan Turner, Mike Featherstone és Chris Shilling munkásságának köszönhetően – az addig orvosi, biológiai tárgykörnek számító test kutatása önálló szubdiszciplínává nőtte ki magát, ez alatt a medicinában is fokozódott az igény a társadalomtudományi tudás asszimilálására. A betegségek társadalmi hátterének számításba vételével azonban, egy ponton túl, kitette magát a medikalizáció kockázatának” (Kelemen 2008).

Nem csak a medicinában, hanem az egészségszociológiában is teret nyertek a fogyatékkal élőkkel, társadalmi helyzetükkel kapcsolatos kutatások, melynek egyik kiemelt témája szintén a test, a testkép, a testhez való viszonyulás. Barnes és munkatársai (1999) a fogyatékkal élők megítélésének változását összegzi. A fogyatékkal élők megítélése véleménye szerint nagyjából az 1960-as évekig aggodalomra adott okot, amennyiben társadalmi megítélésük elég vegyes volt (sajnálkozó, közömbös, elutasító), de mindenképpen ellenséges. Ez az 1970-es években egy nagy ernyőszervezet (disable people international) tevékenységének, az úgynevezett „took off” kampányuk hatására megváltozott. Jelentős fordulatnak számított, amikor Angliában az 1980-as években elkezdődtek fogyatékkal élőkre vonatkozó számszerű kutatások is (Angliában 14,2%-a fogyatékkal élők aránya), és a más kisebbségekkel való összehasonlítása.

Az orvosi modell Európában tehát egyre nyitottabbá válik<sup>8</sup>, a fogyatékkal élők megítélése és a velük kapcsolatos kutatások a fogyatékkal élő egyén szempontjait (egyéni modell) egyre inkább kiterjeszti a közösségre is (társadalmi modell). A következőkben a társadalmi modellhez sorolható elméleti irányokat fogom bemutatni.

### **I.1.2. Morális modell**

Ennek a modellnek az alapja a fogyatékosokkal kapcsolatos stigmatizáló (akár sajnáló, akár megvető) attitűd (Könczei- Hernádi 2011 p. 10). Ennek az attitűdnek, akárcsak a stigma kifejezésnek történelmi gyökerei vannak. A stigma kifejezés a keresztény kultúrkörből származik, megbélyegzést, megjelöltést jelent, Krisztus sebeire utalva. A társadalomtudományok egy része átvette és általánosította ezt a fogalmat; a stigma terminus egy szokatlan és negatív jelre utal, mely megkülönbözteti, diszkreditálja viselőjét a “normális” személyektől, a stigma a szégyen jele. A társadalmilag elfogadott “normális” és a stigmatizált személy viszonyáról számos elmélet született. A következőben a fogyatékosággal kapcsolatban leggyakrabban alkalmazott elméleteket

---

<sup>8</sup> Kelemen idézett cikkében (2008) Nettleton, Sarah: The Sociology of Health and Illness című könyvet mutatja be. Nettleton szerint az orvoslás aranykorának a végét nem a társadalmi szempontok beszívargása jelentheti, hanem sokkal inkább az új menedzserizmus megjelenése és a szolgáltatói modell igénye az egészségügyben.

ismertetem. Ezeknek az elméleteknek az alapja a negatív megkülönböztetés, melynek gyökere a stigmatizáció, ezért ezt bővebben kifejtem.

Akárcsak a betegség-egészség viszonyában, ebben az esetben is ki kell hangsúlyozni tehát, hogy minden esetben az adott csoporttól, környezettől függ, hogy kit tekintenek stigmatizáltnak<sup>9</sup>. A stigmatizált a többségi csoporthoz képest mindig kisebbségben van, és eszerint alakul társadalomban elfoglalt helye is. A morális modell értelmében a stigmatizált személy sajnálatra méltó, támogatandó, vagy megvetendő, de semmiképpen nem egyenrangú (Könczei- Hernádi 2011).

A stigma, tehát olyan tulajdonság, mely alapvetően diszkreditáló jellegű. Azonban ezáltal az is meghatározható, hogy ki a nem diszkreditált, azaz egy másik személy tulajdonságainak normalitását is megmutatja. A stigmák, a stigmatizált személy kiválasztása, meghatározása az adott társadalomtól, közösségtől függ, mindig viszonyítás kérdése, az adott történelmi kor ideológiai, eszmei irányzata, az adott vallási közösség tabui, a transzcendenssel való viszonya, az adott emberkép, az adott gazdasági, szociális, a közösségi gondoskodási helyzetek, célok függvényében.

A kirekesztés kialakulására, működési mechanizmusaira, a kirekesztett kisebbség és a kirekesztő többség viszonyára több elmélet is született.

- A stigmáról, mint társadalmi, közösségi jelenségről, és ennek következményeiről, azaz a stigmatizált személy és csoport életéről Erving Goffman klasszikus elmélete idézhető. „A mai társadalmak a stigmát az eredeti, ókori felfogásban értelmezett terminusként azoknak a csoportoknak, csoportok tagjainak a megjelölésére használják, melyben a csoport, a csoporthoz tartozó egyén valamely tulajdonsága valamilyen szempontból eltér a többségi csoport, társadalom általános, meghatározó tulajdonságától” (Goffman, 1981 p.263). A továbbiakban ez általában negatív jellemvonásként szerveződik, a „normálisak” „stigma-elméletet” szerkesztenek, diszkriminálják a stigmatizáltat, nem tekintik teljes értékű emberi lénynek, miközben magukat felsőbbrendűnek értékelik.

---

<sup>9</sup> A stigma eredetére Goffman három változatot különböztet meg:

1. a test torzulásai, mely a külső szemlélő számára észrevehető
2. az egyéni jellem „szeplői”, „szégyenfoltok”, melyek nem közvetlen észlelés alapján válnak nyilvánvalóvá, hanem valahogyan, az egyén „előtörténetéből” kiderül, és ez alapján válik stigmatizálttá. Ilyenek a mentális rendellenességekkel rendelkezők, a szenvedélybetegek, a szexuális mássággal élők, vagy egyéb a társadalom által nem elfogadott tulajdonsággal, sajátossággal élő egyének.
3. születésétől fogva adott, „törzsi” stigmák, melyeket a szülők örökítenek át, úgy mint, faji, nemzeti, vallási hovatartozások (Goffman 1981).

“Nyilvánvaló, hogy az emberek nem minden különbözőséget kezelnek egyformán.” (Goffman 1981 p. 204), azaz az egyes stigmák hierarchikusan rendeződnek el az emberek fejében, a stigmatizálttal szemben a “normálisnak” van egyfajta elvárása arról, hogy az hogyan viselkedjen, beszéljen. A stigmatizált személy oldaláról Goffman (1981) „erkölcsi pályafutásnak” nevezi a stigmával kapcsolatos szocializációs folyamatot, mely szerint hasonlóan alakul a közös stigmával rendelkezők esetében. Az első szakaszban a stigmatizált személy megismeri a normálisok álláspontját, a második szakaszban az egyén megtanulja, hogy egy stigmával meg van bélyegezve, és tudatosulnak benne ennek következményei.

- Az orvosi modell kritikájaként bemutatott parsonsi szerepelmélet szintén interakcióban értelmezhető. Itt a szereplők viselkedése felé elvárások vannak, és ennek megfelelően kell eljárnia a szerepet (goffmani dramaturgia).
- A stigmatizáció elmélet továbbfejlesztéseként foghatók fel az úgynevezett „labelling” (címkézési) elméletek, melyekre a I.1.4. Szociális modell című alfejezetben térek ki.
- A kognitív disszonancia-redukció a többségi egészség, normális emberek felől közelít, akiknek saját belső feszültségük – disszonanciájuk – csökkentésének egyik módszere az ellentmondásos, összeférhetetlen jelenségek átértelmezése (Festinger 2000). A kirekesztődés a fogyatékkal élők szempontjából úgy jelenik meg, hogy a valós félelmek, kockázatok (mint a fogyatékosná válás, a kirekesztődés) hordozóit (fogyatékosok, inaktívok) tipizálják és alsóbbrendű csoportként kezelik. Krémer és munkatársai szerint „a disszonanciák, feszültségek csökkentése a kollektív kognitív szférákban is végbemehet az előítéletek, sztereotípiák, stigmák igen gyakori racionális, bizonyítékalapú tudást pótló funkciója is épp ez, a feszültségek csökkentése” (Krémer et al 2010).
- A fogyatékkal élők megnevezésének szintén vannak történeti változásai, melyek a tartalma a fogyatékkal élőkhez való viszonyt fejezi ki. A szimbolikus interakcionalizmus értelmében a nyelv, a kifejezések nem csak jelentést közölnek, hanem szimbolikus tartalmakat is közvetítenek, értékelő, minősítő tartalmakkal. Azaz a fogyatékkal élőkre alkalmazott kifejezésekben az adott közösség viszonyai, hagyományai tükröződnek vissza (lásd I.1.3. Emberi jogi modell és a

magyar jogszabályok). Mindez a társadalmi, politikai, szakmai egységesség hiányára, érdekek különbözőségére és bizonytalan viszonyokra utal.

Az orvosi modell kapcsán kitértem a hatalomelméletek megjelenésére az orvosokkal kapcsolatban. Általában a fogyatékkal élők és a pszichiátriai diagnózissal élők esetében a hatalom emberei és gyakorlói, mint konkrét politikai cselekvők és mint véleményformálók is megjelennek. Foucault írásaiban (pl. Felügyelet és büntetés) a hatalom megjelenését és működését vizsgálja számos intézményben. Elemzéseit történeti távlatból indítja, kiemelt hangsúlyt fektet a tudás, a hatalom genealógiájára és intézménnyé, szokássá alakulására, különösen a kiszolgáltatott helyzetben lévő csoportok esetében, mint a kórház, a pszichiátria vagy a börtönök lakói.

A mai szóval fogyatékosok csoportjába tartozó emberek (mozgáskorlátozottak, siketek, némák, pszichiátriai betegek stb.) a történelem során mindig stigmatizáltak voltak. A fogyatékoságot általában a transzcendenssel kapcsolták össze, (sátán büntetése, vagy a földi gonoszságokért való bűnhődés), de mivel a mentális betegségek esetében nem látható a bélyeg, ezek megítélése még misztikusabb volt. Az orvosi modell korabeli érvényesülése a „kór” megszüntetésére irányult, megpróbálták megváltoztatni (elcserélt gyerek visszacserélése, koponyaafuratok) a fogyatékkal élőket, akár mágikus úton, akár fizikai beavatkozásokkal. Bizonyos fogyatékkal élő helye a közösségben intézményesült is, külön kifejezés is létesült számára, Európában például a „falu bolondja”, „udvari bolond”, „gyógyító-táltos”, boszorkány stb. alakjában. Kisebb közösségekben megfért, vagy eltűrtek egy-egy stigmatizált személyt, gondoskodtak róla (Kálmán-Könczei 2002 p. 55). Szintén Foucault munkáiból tudhatjuk, hogy az 1600-as évekig a fogyatékosokkal való bánásmód, bár lenéző volt, mégsem teljesen kirekesztő.

#### I.1.2.1 Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak morális megítélése

A következőkben a morális modell értelmében rövid történeti áttekintést nyújtok a mai orvostudományi ismeretekkel utólag pszichiátriai betegnek nyilvánítottak társadalomban egykoron elfoglalt helyéről és megítéléséről. J. R. Porter angol történész A téboly című könyvében (2003) a pszichiátriai betegnek nyilvánítható



emberekkel kapcsolatos ismereteket gyűjtötte össze az ókori keresztény, zsidó, kelta, római társadalmaitól kezdve napjainkig.

A mai ismeretekkel pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek rohamaikkal, „furcsa” viselkedésükkel a történelem során valamilyen módon mindig előítéletet váltottak ki a „többi” emberből, bár előfordult ugyan, hogy pozitívat (kiválasztottak stb). A mentális betegségek és betegekhez való viszony az 1600-as évekig Európában a vallásos-mágikus paradigmaelvvel jellemezhető (Finkel 1976; Torrey 1972 hivatkozik Pikó 2002).

Ekkor kezdtek el ugyanis Európában olyan zárt intézeteket létrehozni, ahova összegyűjtötték, és a társadalomból eltávolították a csavargókat, koldusokat, bolondokat. A gondoskodás és ezzel együtt a bolondokhoz való viszony tehát egészen megváltozott, az elzárás, a kirekesztés és a kriminalizálás felé tolódott el, ugyanis az uralkodó nézet szerint a közösséget meg kellett védeni a bolondoktól, és meg kellett változtatni őket. Ehhez az orvostudomány fejlődése, különösen a boncolás, és az agy feltárása is kapcsolódik. A lázas rángások kóroktana már kevésbé a szellemek, vagy az Isten büntetését hangsúlyozza, sokkal inkább az agy működésének terméke, sérülésének következménye, amit gyógyítani kell. A tébolydákkal a kizárás intézményesült, és ehhez Foucault szerint elengedhetetlen volt a „tudás és a hatalom ünnepeles diskurzussá válása” (Foucault 1998).

Ezzel párhuzamosan a pszichiátria önálló diszciplinává fejlődése a XVIII. században indult meg, és jelentősége a XIX. században változott meg, mintegy válaszként a terápiás tébolydák kudarcaira (tömegesedés, magas halálozási ráta). A kor elmeorvosai „erős pozitívista és darwini vonzalmai miatt” (Porter 2003: 195.) kidolgoznak egy saját terminológiát, laboratóriumok jönnek létre, klinikai tudományos megfigyeléseket végeznek (biológiai pszichiátria). A mentális betegségek megítélésének, kezelésének és gondozásának másik modellje a tudományos–technikai modell, mely nem köthető kifejezetten történelmi korhoz, azonban dominánssá válása az empirikus orvostudomány fejlődéséhez köthető (Beer-Jones-Lipsedge 2000 idézi Pikó 2002).

A mentális betegségek kezelésében megjelent egy kevésbé biomedikális irányzat és a nem gyógyszeres terápiák is. „Részben az elmeógyógyintézeti pszichiátria pesszimizmusa és a szomatisták dogmatizmusa elleni reakcióként újtára indult az új stílusú dinamikus pszichiátria.” (Porter 2003 p. 199) A benső én, a lélek misztériumának vizsgálata, és terápiás kezelés céljából dolgozta ki Mesmer és

Charcot a hipnózis, Freud a pszichoanalízis, később Watson a viselkedéslélektan módszerét, amelyek megalapozták a XX. századi pszichiátriai gondolkodást.

A pszichiátriai betegek, a fogyatékkal élők stigmatizálásának legszélsőségesebb formája, a fasizmus térnyerésével a tudás és a hatalom jegyében a II. világháború során a deportálások és meghurcoltatások voltak. A II. világháborút követően nem volt példa ilyen mértékű elutasításra.

Az elmebetegség megítélése eltérően változott a II. világháborút követően Észak-Amerikában és Európa nyugati felén illetve Európa keleti blokkjában. A szocialista országokban továbbra is erősen stigmatizálták az elmebetegnek nyilvánítottakat, kizárták őket a társadalomból és általában a nagyobb városoktól messze lévő intézetekben helyezték el őket.

A mentális betegségek, az orvos-beteg viszony pszichoszociális modellje szintén nem újkori jelenség, azonban ekkor kap egyre nagyobb teret az a nézőpont, miszerint „a mentális zavarok kialakulásában komoly szerepet játszanak szociális és pszichés faktorok is” (Mechanic 1986 idézi Pikó 2002).

A betegek társadalmi megítélésnek jelentős fordulópontja az 1940-as években kezdődött, amikor megnyitották az elmeógyógyintézetek kapuit, és a nappali kórházak általánossá váltak – elsősorban Angliában. Ehhez az 1950-es években a pszichiátria történetében bekövetkezett két jelentősebb eseményre volt szükség: a felismerés, hogy léteznek mentális zavarok nem elmebeteg emberek esetében is, és a pszichotrop szerek megjelenése.

Az orvosi modell dominanciáját mutatja, hogy a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat kevésbé stigmatizálják, amióta feltalálták azokat a kémiai hatóanyagokat (fenotiazinokat, klórprozamint), melyek a „szokatlan, furcsa” viselkedést tompítják, ritkítják, azaz elfogadhatóbbá, „normálisabbá”, kevésbé deviánsná teszik a beteget. Ezekkel a gyógyszerekkel a „beteg” állapotát valamennyire stabilizálni tudták, és ezzel lehetővé vált a költséges fekvőbeteg ellátás jelentős részét járóbeteg szakellátásba áthelyezni. Azaz elindult az USA-ban és Nyugat-Európában egy másik felfogása is a pszichiátriai betegségeknek, Porter kifejezésével élve a pszichiátriai betegségek „hétköznapivá” váltak. „A pszichodinamikus gondolatok beszívárgásával az 1950-es évekre általánossá vált az a felfogás, hogy a mentális zavarok nem korlátozódnak az elmebetegekre, s

közönséges embereknek is lehetnek »komplexusai«. A teljes populációt behálózták (akkori szóhasználat) a neurózisok: háziasszonyok levertsége, családi konfliktusok, az alkoholizmus, az alkalmazkodási zavarok, a generációs feszültségek és oly sok más mind megannyi előfutára volt a század végére jellemző általános depressziónak, a táplálkozási és szexuális rendellenességeknek” (Porter 2003 p. 210).

A mentális betegségek megítélésének másik meghatározó irányzata az antipszichiátria, Thomas Szasz nevéhez fűződik. Elméletének alapja ugyanis, hogy mentális betegségek nincsenek, ezek csupán mítoszok, a diagnózisok metaforák. Szasz elmélete jelentősen bírálja a pszichiátriát is, szerinte az orvosok, biomedikális szemlélet uralja a viselkedés megítélését, elfeledkezve annak kulturális, közösségi meghatározottságáról. Szasz kritizálja az ennek kapcsán létrejött ellátórendszert, mely szerinte sérti az emberi jogokat, az önrendelkezés szabadságát, és kiszolgáltatottá teszi az embereket (Szasz 2002).

Magyarországon az elmebetegekről való gondoskodás a XVII.-XVIII. századig a család, egyházközség feladata volt. „A pszichiátria előtörténetét jellemző elkülönítő illetve kirekesztő intézményformák a XIX. század közepéig csak igen kis számban jelentek meg, és a nyugati országokra jellemző korai, megőrző funkciót betöltő tébolydák egyáltalán nem léteztek a Magyar Királyságban” (Lafferton 2004 p. 42). Magyarországon tömeges tébolydákat, kórházi pszichiátriai osztályokat a XIX. század második felére nyitottak, az első magántébolydát 1950-ben nyitotta meg Schwartz Ferenc tulajdonosként és igazgatóként. Az első állami tébolyda 1893-ban nyílt meg Nagyszebenben, majd 1896-ban elkészült a Lipótmezei Királyi Nemzeti Tébolyda, de emellett léteztek úgynevezett családi ápolási telepek is (Kosza 1996). A XX. századi pszichoanalitikus iskola személete (Ferenczi Sándor, Magyar Pszichoanalitikus Egyesület) és a hipnózis is megjelentek Magyarországon.

Az orvosi kutatások fragmentálódásával párhuzamosan az elmebetegek ellátásának kettőssége is jelen volt. A nagy elzáró intézmények kritikája és a kisebb, humánusabb, nyitottabb ápolás igénye már ekkor is megjelent. “Egyre többször hangoztatták az elmebetegek családi ápolásának hasznos voltát, és olyan alternatív intézmények támogatását sürgették, mint az elmebeteg-kolóniák” (Lafferton 2004).

A második világháború és az államszocialista ideológia megakadályozta a magyar pszichiátria fejlődését, a pszichiátriai betegségeket nem létezőnek titulálták és a diagnózissal rendelkezőket száműzték a nyilvánosság elől, annak ellenére, hogy kifejezetten politikai pszichiátria nem volt jellemző Magyarországon. (Harangozó et al. 2001) Az ellátást mégis tovább szervezték, részben nagy, a nyilvánosságtól lehetőleg minél távolabb eső intézeteket hoztak létre, de az 1930-ban alapított ideggondozók az egész országra kiterjedő pszichiátriai gondozóhálózattá fejlődhettek.

„Hazánkban az 1960-as években az ötvenes évek tiltó, egy irányba néző, mindent ideológiai szempontból vizsgáló légköre után fokozatosan felbukkantak a pszichoterápia kis hazai kezdeményezései, amelyekből néhány év alatt műhelyek fejlődtek” (Harmatta 2006 p.6). Magyarországon a neuroleptikumok elterjedésével és a járóbeteg ellátást elősegítő intézményrendszer kiépítésével némileg enyhült az elzárás gyakorlata.

1989 után a pszichiátria és a szakma működését, fejlődését többé nem akadályozta a rendszer és az oktatásban nem mellőzött helyet kapott. Harangozó és társai (2001) pszichiátriai paradigmaváltásról beszélnek, amennyiben a jogi szabályozás, a betegek helyzete, az ellátórendszer és a szakemberek szemlélete is megváltozott, egy betegközpontú, kevésbé paternalisztikus és társadalmi-társas integrációt elősegítő folyamat megy végbe hazánkban. Azonban a hazai pszichiátria, és a pszichiátriai betegek helyzete mechanikusan, pusztán a törvényi szabályozással nem változtatható meg. Bugarszki Zsolt szerint „A rendszerváltást követően ezek az ideológiai motivációk gyakorlatilag megszűntek, de helyükbe gazdasági érvek léptek, melyek továbbra sem tették lehetővé a szemléletbeli és strukturális változások véghezvitelét” (Bugarszki 2003 p. 49). A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak megítélése, társadalomban elfoglalt helye pusztán kis mértékben változott. Ellátásukra még mindig a forgóajtós rendszer spirálja, a nagy elzárt intézmények jellemzőek, számos speciális intézményt hoztak létre számukra, vagy tartottak fenn és nem jelennek meg a munkaerőpiacon sem.

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak morális modellje tehát általában a „normálisok” és a fogyatékkal élők kapcsolatára, viszonyára fókuszál a „normálisok” szempontjából. Ez az attitűd stigmatizáló, melynek

realizálódása különböző szinten és formában jelent meg a történelem során, és még a mai napig is megmaradt.

### **I.1.3. Emberi jogi modell és a magyar jogszabályok**

Ebben a modellben a fogyatékkal, és általában valamilyen szintű elnyomással, kirekesztéssel, mássággal élők emberi jogai jelennek meg, alapvetően a jog és egyéb írott egyezmények, dekrétumok formájában. Az egyetemes emberi jogok és a kirekesztettség, elnyomás összehangolása kap ebben a modellben teret, amiben leginkább jogászok és az érintettek szerepe kiemelkedő. A fogyatékkal élőket tehát a jog szintjén úgy kezelik ebben a modellben, mint a „normális” embereket. Itt röviden kitérek a nemzetközi és a hazai joggyakorlat, az ENSZ és a WHO definícióira (Magyarország az ENSZ tagja, ezért a WHO ajánlásokat a törvénykezésnél figyelembe kell vennie), mely fogalmakhoz társadalmi, közösségi jelentés is kapcsolódik, és nem utolsósorban szakpolitikai, forráselosztási irányelvek. A jogi definíciók és ezek tartalma, a benne lévő kategorizálás minden országban alkalmazott gyakorlat. Bolderson és Mabbett (Mabbett 2002) tanulmányából kiderül, hogy pénzügyi és politikai okok határozzák meg, hogy kit tekintenek fogyatékosnak, munkanélkülinek, nyugdíjasnak, ami által a fogyatékosság, a munkanélküliség és a korai nyugdíjba-vonulás közötti határok átjárhatóakká válnak. Azonban ezek a kifejezések, illetve tartalmaik és a hozzá kapcsolódó szabályozások, intézmények Európa szerte nem egységesek<sup>10</sup>, és Magyarország sem kivétel ebben.

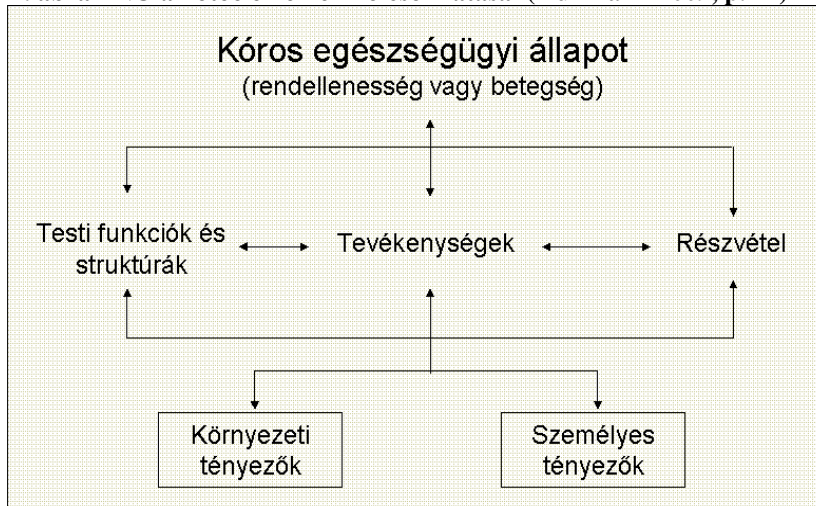
A fogyatékossgtudományban emberi jogi fordulatnak nevezik, hogy az 1960-70-es évektől egyre inkább megjelenik egyes országok alkotmányában, törvényeiben a fogyatékosügy (Könczei- Hernádi 2011). „Az ENSZ már 1975-ben deklarálta a fogyatékos emberek jogát, a gazdasági és társadalmi biztonsághoz, a megfelelő életszínvonalhoz, a foglalkoztatáshoz, a családban éléshez, a kreatív és szabadidős tevékenységekhez és a teljes körű társadalmi részvételhez (Kováts - Tausz 1997 p. 7). A WHO 2001-ben új értelmezést adott a fogyatékossgnak a korábbi 1980-as definícióhoz képest. A *Funkcióképesség, fogyatékossg és*

<sup>10</sup> Svédország esetében és más országokban is előfordul, hogy nem a személyt nevezik meg (fogyatékos, rokkant stb.) hanem a támogatást, járadékot, intézkedés célját (pl. az a személy, aki munkanélküliségi támogatásban részesül), esetleg magát az eljárást nevezik meg. (akiről az erre a célra létrehozott bizottság megállapítja, hogy..).

*egészség nemzetközi osztályozása* (FNO) a megromlott egészségi állapothoz társuló funkciócsökkenés vizsgálatához ad módszertani vezérfonalat, és ezzel nemcsak maguk a betegségek, hanem azok következményeinek osztályozása is lehetővé válik, azaz az egyszerű orvosi meghatározást kibővítette társadalmi, szociális elemekkel. Azonban ez a kiterjesztés nemcsak az egyenlő bánásmódot hivatott támogatni, hanem a fogyatékkal élők kirekesztésének csökkentését. Görög a fogyatékoságnak ezt a szemléletét az „egészségmodellben bekövetkezett paradigmaváltásként” (Görög 2005 p. 4) értelmezi.

A WHO definíciós ajánlása egyfajta ideáltipikus meghatározásként értelmezhető, hiszen ebben a formában egy európai ország sem alkalmazza. A definíciós ajánlás három egymással összefüggő kategóriát tartalmaz.

**1. ábra FNO alkotóelemeinek kölcsönhatásai (Kullmann 2009, p. 11)**



„A test anatómiai szerkezetét és/vagy valamely élettani funkcióját érintő problémát – beleértve a pszichés funkciókat is – összefoglaló néven *károsodás*nak nevezzük” (Görög 2005 p. 4). Kullman Lajos a károsodás (impairment) definíciójában megjeleníti az időbeliséget, és az összetettséget. Szerinte a károsodás időszakos vagy állandó anatómiai, élettani vagy pszichológiai veszteséget vagy rendellenességet jelent. A károsodás másodlagos károsodások kialakulását is indukálhatja (Kullmann 2009).

A *fogyatékoság* gyűjtőfogalom, amely a károsodást, a tevékenységek akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát is magába foglalja, azaz a normális emberi léthez szükséges tevékenységek végrehajtásának akadályozottságát vagy képtelenségét jelenti (Görög 2005). Ebben az

értelmezésben a fogyatékoság, azaz a testi vagy mentális károsodás következtében fellépő változások, következményei nem kizárólag testre, egészségre vonatkoznak, hanem foglalkozási, jogi, társas kötelezettségek és lehetőségek korlátozódását is jelenti. A fogyatékoság tehát tevékenységre vonatkozik, aminek elvégzése korlátozva lett, és ebben az értelmezésben osztályozható a korlátozott tevékenység szerint (mozgás-korlátozottság, látás-, hallás-fogyatékoság stb.) és az állapot tartóssága (átmeneti, tartós) és súlyossága szerint.

A *hátrány (handicap)* károsodásból, vagy fogyatékoságból eredő hátrány (Kováts - Tausz 1997). Magyarul a hátrányt fordítják rokkantságnak.

Mindezek a meghatározások nem csak az egyénre, hanem a szakpolitikákon keresztül a társadalombiztosítási, szociális, egészségügyi intézményekre is kihatnak. Az egyes szakpolitikákhoz nem azonos kifejezéseket használnak, azonban Mabbett szerint (2002) maguknak a definíciók létrehozásának célja a célzott szakintézkedések végrehajtása, és ennek megfelelően a határok kijelölése.

A magyar jogalkotásban az egészségkárosodott emberekre több kifejezést használunk: *fogyatékos*, ha orvosi szempontból; *rokkant*, ha támogatási-juttatási szempontból; és *megváltozott munkaképességű*, ha foglalkoztatási szempontból történik besorolásuk.

A magyar jogban három kulcsfontosságú törvény<sup>11</sup> vonatkozik a fogyatékosokra, de a fogalom meghatározása nem egységes. 2007-ben történt a szabályozásban változtatás, amennyiben az Országgyűlés beemelte a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet. Azóta a magyar jogban, törvényben azonos tárgyra két, egymástól alapjaiban eltérő kategória létezik (az ENSZ Egyezmény közvetlenül, végrehajtási rendelet nélkül alkalmazandó). (Amír és munkatársai 2010) 2007 évi XCII. Törvény szerint „Fogyatékosággal élő személy *minden olyan személy*, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és

<sup>11</sup>A fogyatékosággal élő személyek meghatározásakor a leggyakrabban alkalmazott fogalom az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (Fot.). A másik két meghatározó törvény a 2003. évi CXXV. Törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról (Ebkvt.)10/2006. (II. 16.); és OGY határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról (OFP)

másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.” Amír és munkatársai (2010) szerint Magyarország az elsők között szabályozta a fogyatékos emberek jogait, azonban a támogatások az 1998-as törvényre épülnek, és a WHO ajánlásban alkalmazott károsodás fogalom, az önálló életvitelben való akadályozottság csak a súlyos fogyatékos<sup>12</sup> esetében kerül elő. Tehát nem történt meg a jogharmonizáció, vagy az eltérést az is indokolhatja, hogy az egyes szakpolitikák célkitűzései eltérnek egymástól. Összességében a magyar jog alapján leggyakrabban alkalmazott fogyatékoság-meghatározások jelentősen szűkebb kört határoznak meg, mint az Egyezményben foglaltak, mind a károsodás mértéke, minősége, mind az ebből következő hátrányok természete tekintetében<sup>13</sup>.

A rokkantság fogalmának szintén ideáltipikus meghatározását adja a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) 159. számú egyezménye, mely szerint egészségkárosodott, rokkant az a személy, aki megfelelően igazolt testi, vagy szellemi fogyatékosága miatt korlátozott lehetőséggel rendelkezik ahhoz, hogy megfelelő munkát szerezzen, a munkát megtartsa, vagy hivatali előmenetelt érjen el. Az ILO definíció Horváth és Mező (2004) szerzőpáros szerint meghatározza azoknak a körét, akik jogosultak segélyekre és privilégiumokra, valamint, jogvédelmet biztosít álláskereséséhez és megtartáshoz. „Ezért a rokkantság meghatározása az adott politikai célt szolgálja” (ILO, 1997: 280 idézi Horváth - Mező 2004)

A TB nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI törvényben<sup>14</sup> foglaltak alapján a megváltozott munkaképességűeket három kategóriába sorolták a munkaképesség elvesztésének mértéke szerint, és ez alapján határozták meg a rehabilitációk típusait, foglalkoztathatóságot, és a nyugdíjat.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> „41/2000. (VIII. 9.) Korm. Rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól rendelkezik.”

<sup>13</sup> Mindez visszatükröződik az önbevalláson alapuló egészségkárosodási felmérések eredményei és a hivatalos fogyatékos statisztika adatainak inkonzisztenciájában. Továbbá ez az egyik oka annak, hogy Magyarországon nemzetközi összehasonlításban a fogyatékosok száma alacsonyabb.

<sup>14</sup> Az 1997-es nyugdíjtörvényben (TB nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI.tv. (Tny.) és vhr-je, a 168/1997.(X.6.) korm.r. (Tnyvhr.)) is a rokkantnyugdíj független attól, hogy a megrokkánáskor biztosítási jogviszony fennállt-e, összegét a biztosítási időszak határozza meg. Bancsi szerint hasonlóan határozzák meg ezt a fajta juttatást pl. Dániában, Ausztriában, Finnországban, Görögországban, Németországban. (Bancsi 2010) A rokkantnyugdíj életkorhoz kötött, az öregségi nyugdíjkorhatár elérésével megszűnik.

<sup>15</sup> Rokkantsági nyugdíj számításakor figyelembe veszik a) egészségromlás, illetőleg testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét 67%-ban elvesztette és ebben az állapotában javulás egy évig nem várható (a továbbiakban: rokkant),



*Megváltozott munkaképességű személy* fogalmát „A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról” szóló törvény határozza meg<sup>16</sup>. A megváltozott munkaképességű személy ebben a törvényben az, aki visszavezethető a munkaerőpiacra. „A foglalkozási rehabilitáció feladata alapvetően a rokkanttá válás megelőzése, már rokkant emberek esetében pedig a társadalmi esélyegyenlőség megalapozása. Célja az orvosi rehabilitációt követően a károsodás, vagy fogyatékoság miatt megváltozott munkaképességű személy munkavégző képességének helyreállítása és megmaradt képességeivel a lehető legmagasabb szintű foglalkoztatása.” (Lechnerné 2004 p. 5) Lechnerné számos kritikát fogalmaz meg a törvénnyel kapcsolatban, például, hogy nem tesz különbséget veleszületett, illetve szerzett egészségkárosodás között, ami jelentősen befolyásolja a rehabilitálhatóságot és a foglalkoztathatóságot. Továbbá megjegyzi, hogy nem csak tartalmi, hanem munkaerőpiaci és antidiszkriminációs szempontból is van jelentősége, hogy megkülönböztetik a megváltozott munkaképességű kategóriába sorolás és a csökkent munkaképességű megjelölés között. „A különböző, a foglalkoztatás támogatásához kapcsolódó jogszabályok azonban a megváltozott munkaképességű személy fogalmát eltérő tartalommal határozzák meg, attól függően, hogy mennyire akarják tágítani vagy szűkíteni a támogatásokra, szolgáltatásokra jogosultak körét<sup>17</sup>” (Lechnerné 2004 p. 12). Ez a lábjegyzetben hivatkozott rendelet részletesen kifejti, hogy az egyes támogatások mellett milyen munkavégzés lehetséges, továbbá arra is kitér, hogy bizonyos károsodási mértékek mellett foglalkoztatható a megváltozott munkaképességű személy. A szabályozás egyre inkább kiterjed azokra a munkavállalókra, akiknek egészségkárosodásuk alacsonyabb, és megfelelő feltételek mellett munkavégzésre alkalmasak lehetnek, ezért az egyes munkaképesség-csökkenés fogalmát és annak kategóriát átalakították.

---

b) a szükséges szolgálati időt megszerezte, és

c) rendszeresen nem dolgozik, vagy keresete lényegesen kevesebb a megrokkulás előtti keresetnél. (Lechnerné 2004 p. 19)

<sup>16</sup> Ft, 1991. évi IV.tv.58.§ (5) bekezdés m) pontja a következőképpen definiálja: "megváltozott munkaképességű személy: aki testi, vagy értelmi fogyatékos, vagy akinek orvosi rehabilitációt követően munkavállalási, munkahely-megtartási esélyei testi, vagy szellemi károsodás miatt csökkennek. Ettől eltérően a 41/A § alkalmazása szempontjából a megváltozott munkaképességű személy fogalmát külön jogszabály határozza meg."

<sup>17</sup> A törvény felhatalmazása alapján 177/2005. (IX.2. kormányrendelet 2. § (1) bekezdés)) tételesen határozza meg azt a célcsoportot, amelynek foglalkoztatása esetén a munkáltató támogatást kaphat.

Magyarországon a fogyatékos-ság, a rokkantság és a megváltozott munkaképesség meghatározásában a fogyatékos-felmérési eljárás központi szerepet játszik, mert egy egészségkárosodott embert törvényben rögzített eljárás során nyilvánítanak fogyatékosnak, ugyanitt határozzák meg a megrokkánás és munkaképesség csökkenés mértékét. Tehát egy meghatározott bizottság (Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet Szakértői Bizottsága - továbbiakban NRSZI) dönt a nyugdíjról, továbbfoglalkoztatásról stb., annak ellenére, hogy az egyes támogatásokat különböző finanszírozási alapokból biztosítják. (A döntéshozatalban érvényesülő társadalmi konstrukcióra a következő alfejezetben térek ki.)

2007-ben a rokkantsági ellátást újra szabályozták (2007.évi LXXXIV. Törvény), mely tehát szemléletében is jelentős váltást hozott, a megváltozott munkaképesség minősítésének új rendszere lépett hatályba, mely egyre kevésbé az orvosi szempontokat (*medikális modell*) veszi figyelembe. Ehelyett beépíti az érintett szociális, lakhatási, környezetének fizikai felépítettségének (épületek, közlekedési rendszerek, stb.), valamint a társadalom szerkezetének szempontjait is (*társadalmi modell*).<sup>18</sup> Ebben a törvényben össz-szervezeti egészségkárosodás fogalom lépett életbe, mely a megmaradt képességeket helyezi előtérbe<sup>19</sup>.

A szakpolitikák és célkitűzések folyamatos változását igazolja, hogy 2009-ben (nem jelentős mértékben) újrafogalmazták a megváltozott munkaképesség fogalmát (42/2008. (II. 29.) kormányrendelet), illetve legutóbb 2011-ben<sup>20</sup>, azonban még mindig az 1991-es törvényt véve alapul. 2012-től újabb változások történtek, és a rokkantsági nyugdíjat ellátásnak illetve rehabilitációs járadéknak

<sup>18</sup> Így 2008-tól rokkantsági nyugdíjat az igényelhet, akinek egészségkárosodása 79%-ot meghaladó mértékű, vagy 50-79%-os, de nem rehabilitálható. Továbbá hasonlóan a korábbiakhoz az igénylő rendelkezik az előírt szolgálati idővel, az egészségkárosodás következtében kereső tevékenységet nem folytat, vagy keresete, jövedelme legalább 30%-al alacsonyabb az egészségkárosodást megelőző négy naptári hónapra vonatkozóan, jövedelme havi átlagánál és táppénzben, baleseti táppénzben nem részesül.

<sup>19</sup> Akinek 2008 előtt 50 %-os munkaképességcsökkenést állapítottak meg, annak most a 40-49 % össz-szervezeti egészségkárosodás i besorolást kapja. Ugyanígy a korábbi 67 % most 50-79%-nek, és a korábbi 100 % pedig 80-99%-nak feleltethető meg.

<sup>20</sup> 2012. január 1-től megváltozott munkaképességű: (Mmtv 22.§)

„a)akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60 százalékos vagy kisebb mértékű

b) aki legalább 40% egészségkárosodással rendelkezik

c) akinek a munkaképesség csökkenése legalább 50% az erről szóló szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás időbeli hatálya alatt, vagy aki fogyatékos-sági támogatásban, vagy vakok személyi járadékában részesül.

nevezik, és az érintett személy szakmai munkaképességére, rehabilitációjának a feltételeire koncentrál (Pulay 2009).

A gyakori szabályozási változás utalhat a nem tisztázott munkaerőpiaci célokra, ugyanúgy, mint a WHO ajánlás nem konzekvens adaptálása, azonban a szabályozás kétség kívül egyre inkább eltolódik a rehabilitáció aktív beépülésével a társadalmi modell felé, mely az érintettek igényeire is való fókuszál. Ennek egyik formája a megváltozott munkaképességű személy helyett a „rehabilitálható”<sup>21</sup>, illetve a „rehabilitációra nem szoruló”<sup>22</sup> személy kategóriának megalkotása. A minősítő eljárás során tehát szinte minden olyan tényezőt figyelembe vesznek, amely az ellátott személy aktív társadalomba való visszailleszkedését befolyásolja, célja a rokkantak számának és az ezzel járó költségeknek a csökkentése mellett célzottan a munkaerőpiacra való visszavezetés. (A korábban rokkantsági nyugdíjban részesülők egy részét az NRSZI újra felülvizsgálta, azonban ennek részletei meghaladják a dolgozat kereteit). Ebben az esetben az NRSZI eljárása megfelel a társadalmi modell feltételeinek, amennyiben nem csak orvosok, (bár orvosi elnöklettel), hanem egy foglalkozási és egy szociális szakértő is részt vesz a döntés meghozatalában.

Egy fogyatékoság témájú dolgozattól nem lehet kihagyni a fogyatékkal élők stigmatizáltságának törvénybe iktatott intézményét, a cselekvőképesség korlátozását. Akinek cselekvőképessége korlátozva van, azt gondnokság alá helyezik, a magyar jogszabályban korlátozó és kizáró gondnokság létezik. Mindez azt jelenti, hogy akinek gyámja, gondnoka van, bizonyos dolgokat nem tehet meg önállóan (pl. munkaszerződés aláírása, házasság, bankszámla nyitás stb.), jogi értelemben korlátozott, ezért hivatalos engedélyt kell kérnie, míg bizonyos dolgokat a gyám megtehet helyette. Azokat tehát, akiket a bíróság (általában

<sup>21</sup> Foglalkozási szempontból rehabilitálható és komplex rehabilitáció javasolható a 40-79 % össz-szervezeti egészségkárosodás esetén. Az érintett személynek rendelkeznie kell a rehabilitáció feltételeivel, és rehabilitációs szükségletei kielégíthetőek. Ezzel a munkaerő piaci környezet és annak perspektívái figyelembe vételével, az NFSZ (Nemzeti Foglalkozási Szolgálat) megváltozott munkaképességű álláskeresőt megillető szolgáltatásai és támogatásai segítségével együttműködése esetén alkalmassá tehető átlagos erőfeszítéssel ellátható teljes értékű munka végzésére, amely számára várhatóan tartós kereső tevékenységet biztosít. Továbbá határozott időre (legfeljebb 3 évre) rehabilitációs pénzellátást állapítanak meg és ennek folyósítási feltételeként az érintettnek rehabilitációja érdekében együtt kell működnie az illetékes munkaügyi központ kirendeltségével annak figyelembevételével, hogy ennek végén képesnek kell lennie munkába állnia.

<sup>22</sup> 40% össz-szervezeti egészségkárosodás alatt nincs pénzellátásra lehetőség, nincs ilyen vizsgálat és 20%, vagy kevesebb megmaradt munkaképesség esetén sem tételezi fel a foglalkozási rehabilitáció esélyét a jogalkotó.

erősen hagyatkozva az orvosi zárójelentésekre, ajánlásokra) nem tart cselekvőképesnek, jogi értelemben korlátozzák, és ezáltal kontrollálják.

Összességében tehát a fogyatékos definíció, fogyatékkal élők megítélése, és rehabilitációjuk folyamatosan változik. A sokféleséget, multidimenzionalitást nehéz megfogalmazni, törvényekké, cselekvésekké, intézményekké alakítani, ezért szükséges a kategorizálás. Ennek alapja az orvosi megközelítés, mely folyamatosan alakul, kibővül. A fogyatékoságpolitika koherenciája és az egységes definíciók kapcsolatára hívja fel Mabbett (2002) a figyelmet. Ennek következményeként átfedések és hiányosságok is keletkezhetnek a szabályozásban, ellátásban, juttatásokban, Magyarországon inkább a szabályozás inkonzisztenciája (eltúlzott „gyámtörvény” és erőteljes munkaerőpiaci visszavezetés) és az ehhez kapcsolódó finanszírozás következetlensége, valamint egyes szereplők érdekeinek antagoniztikussága jellemző.

#### **I.1.4. Szociális modell**

Könczei és Hernádi (2011) szociális modellnek nevezi a fogyatékoság értelmezésének azt a koncepcióját, melyben a nem fogyatékkal élő társadalom szempontjai jelennek meg. Ebből a nézőpontból a fogyatékkal élő azért válik fogyatékosná, mert a társadalom akadályokat gördít elé, nem képes befogadni. „Ez a megközelítés a társadalmi folyamatokra, a gazdasági, a társadalmi struktúrákra, az épített és az építetlen környezeti megoldásokra, a kulturális kontextus szerepére helyezve a hangsúlyt- fogyatékoságra nem mint személyes alkalmatlanságra, de nem is mint az egyén nehézségére tekint, hanem elsősorban, mint társadalmi konstrukcióra, hatalmi viszonyrendszerre” (Könczei- Hernádi 2011 p.14).

Társadalmi konstrukciók Schneider és Ingram (1993) szerint, azok a sztereotípiák, amelyeket egy adott társadalom, kultúra, politika, vallás, és média a történeti hagyományaitól nem függetlenül adott embercsoporttal kapcsolatosan kialakít. A társadalmi valósághoz, és normarendszerhez hozzátartozik a közösen konstruált valóság, jelenségek észlelése, elfogadása, többé-kevésbé azonos értékelése és ennek megfelelően azonos cselekvések is következnek mindebből. Szöllősi a társadalmi konstrukciók objektíválódását véli felfedezni a társadalmi

intézményekben és folyamatokban, melyek szerinte „csak úgy érthetők meg, ha megértjük, milyen társadalmi konstrukciókhoz igazították az emberek a cselekvéseiket” (Szöllősi 2003 p. 77). Azaz a valóság értelmezése és értékelése nem egyéni „termék”, hanem társadalmi összefüggésekben (konstrukciókban) észlelt és értelmezett, melynek következménye a társadalmi folyamatok és cselekvések (Szöllősi 2003). Ebből a nézőpontból az a kérdés tehát, hogy milyen társadalmi konstrukciót tükröznek a fogyatékkal élők életét meghatározó intézmények, a nem fogyatékkal élők értékelése, cselekvései, és mindez milyen hagyományokba beágyazottan konstruálódik.

A konstrukcionista megközelítésben az emberek általában a világ jelenségeit, a többi embert kategóriák által érzékelik, melyeket a társadalom állított elő. Ezek a kategóriák, vagy konstrukciók „egyszerre tartalmazzák a dolgokra vonatkozó tényeket és a dolgok (társadalmilag releváns) értékelését” (Szöllősi 2003 p. 3). A magyar szakirodalomban a szociális és a társadalmi konstrukció kifejezést is alkalmazzák. Ez a társadalom által előállított konstrukcióknak kétféle aspektusára utal: egyrészt egy konkrétabb, például egy csoport meghatározása (lásd Ladányi-Szelényi cigányság társadalmi konstrukciója); másrészt a szociális konstrukció bizonyos csoportokról alkotott hitek, vélemények, sztereotípiák és jellegzetes attitűdök összessége. A konstrukcionista megközelítés háttéréül szolgáló címkézés elmélete azért érdemel külön figyelmet (és fejezetet), mert magyarázó igényű, azaz keresi a választ arra, hogy hogyan lesz az egyéni véleményekből társadalmi kategória, mely a személyiségtől független fogalom, és megjelenik, mint társadalmi gyakorlat, közvélekedés, intézmény, vagy akár jog.<sup>23</sup>

A társadalmi konstrukció tehát a vizsgált jelenség (cigányság, gyermekvédelem, fogyatékkal élők) megközelítése makro szinten, aminek háttérében a mikro szintű kategóriaalkotási folyamatok, társas, társadalmi címkék állnak. Az egy-egy embercsoportról tulajdonságaik, sajátosságaik alapján alkotott kategóriákat, csoportokat, és az ebből következő viselkedést és objektív módszereket (pl.

<sup>23</sup> Könczei és Hernádi megfogalmaznak a szociális modell kritikájaként egy ötödik modellt, a posztmodellt. A posztmodell lényegét tekintve egy integratív felfogás, mely nem a kizárólag a társadalom, a közösség vagy kizárólag a fogyatékkal élő szempontjából közelíti a kérdéshöz, hanem együtt kezeli őket. A hagyományos bináris felfogás (normális, egészséges – fogyatékkal élő) meghatározását nem objektív, medikális oldalról közelíti, hanem közös tudásként, melynek politikai, társadalmi, technológiai oldalai is vannak. A fogyatékkal élők és a normálisok viszonya ebben az értelmezésben leginkább szituációba ágyazottan jelenik meg, melynek aktív tagja a fogyatékkal élő (Könczei- Hernádi 2011).

törvénykezés) címkézésnek nevezik. Mikroszinten, azaz az egyén szintjén, a címkézés folyamata leegyszerűsítve a következő: bizonyos csoporttulajdonságok alapján valaki besorolható egy kategóriába, címkékkel látják el és az interakció során a hasonlóságok alapján beazonosítják ennek megfelelően viselkednek<sup>24</sup> vele (Cantor - Mischel 1984). A címkékhez általában negatív előítélet és sztereotípa kapcsolódik, ezért különösen nagy hátránya az aszimmetrikussága, amennyiben a címkével ellátott személyeknek nincs, vagy minimális lehetőségük van megváltoztatni a címkét, illetve magukról eltávolítani azt. Azt a folyamatot, amikor az egyénben tudatosul a rá akasztott címke tartalma és ezt elfogadja, Andorka (1992) deviáns karriernek nevezi, melynek tipikus állomásai vannak, akárcsak a goffmani stigmatizált erkölcsi pályafutásának, azonban a deviáns karrier esetén a külső környezet címkéje miatt lesz egy normakövető személyből deviáns. Később a normakövető többség aztán igyekszik rehabilitálni, gyógyítani, reszocializálni az általa deviánssá tett személyt (Becker 1974).

A fogyatékkal élők deviánsnak minősülnek ebben az esetben, hiszen az élet bizonyos területein akadályozottak, mások, mint a „normális” emberek. Őket is megpróbálják rehabilitálni az élet bizonyos területein. Ennek megfelelően más-más kategóriák, címkék és fogalmak alakulnak ki, attól függően, hogy egészségügyi (beteg), jogi (fogyatékkal élő, cselekvésképes stb.), bürokratikus (ellátásra szoruló), vagy foglalkoztatási (megváltozott munkaképességű) szempontból közelítünk. Jenkins (2008) keretrendszerében a szociális konstrukciók szintén kategóriaalkotási folyamatok, azonban felhívja a figyelmet a szociális és a szociálpolitikai kategóriák közötti különbségekre. Mabbett szerint azonban a „szociális konstrukciók és a szociálpolitikai kategóriák között világos összefüggések lelhetők fel”(Mabbett 2002 p. 94), és erőteljesen befolyásolják a közpolitika alakulását. A törvényekben tehát megjelennek a kategóriák tartalma, úgy mint például a támogatásra érdemes, vagy érdemtelen csoport, a rehabilitációra szoruló és a magatehetetlen, aki a társadalom teljes támogatására szorul. (Éppen ezért is kapcsolódik a címkézés, a kategóriaalkotási folyamatok vizsgálatához a hatalom kérdése is, azaz a véleményformáló hatalom, az elit vizsgálata is.)

<sup>24</sup> Az osztályozás, kategóriaalkotás alapja lehetnek külső fizikai jegyek (nem, rassz stb.), és viselkedésben megjelenő sajátosságok (szubkultúrák). A címkézés egyik hátránya az általánosítás, azaz, hogy minden azonos címkével ellátott személytől az interakció során ugyanazt várják el, és ugyanúgy viselkednek vele.

A fogyatékkal élőkről alkotott konstrukció Magyarországon döntően még mindig kirekesztő, annak ellenére, hogy bizonyos területeken egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek az integrációt elősegítő változtatásokra (közlekedés, intézmények, honlapok akadálymentesítése).

A pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberekről alkotott konstrukció különösen elutasító. Számos negatív sztereotípiát kapcsolódik hozzájuk (különösen, akiknek orvosi papírja van erről), idegenként tekintenek rájuk. Edwin Lemert vezette be a másodlagos deviancia fogalmát, amelyet gyakran alkalmaznak pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal kapcsolatban, és melynek lényege, hogy „az elsődlegesen deviánsok aránylag nagy és észrevétlen tömegéből azok lesznek nyilvánvalóan „másodlagosan” deviánsok, akiket a társadalom erre hivatott szakértői (pl. pszichiáterek) annak címkéznek, illetve minősítenek” (Kelemen - Csákiné 2004 p. 80). Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal kapcsolatban azért gyakori ennek az elméletnek az alkalmazása, mert fellelhető benne a medikális és a társadalmi kettősség. Azaz a határozott, ám sok esetben kevésbé pontos orvosi diagnózisnak számos társadalmi következménye van, ami aztán a „beteg” számára önbeteljesítő jóslattá válhat. A foglalkoztatás esetében például, ha a munkáltató és a munkatársak nem tudnak a hivatalos diagnózis létéről és nem tűnik fel nekik a „mátság”, nem címkézik meg a pszichiátriai betegnek diagnosztizált munkatársakat, így nem is változnak jelentősen munkahelyi körülményeik. Azonban attól kezdve, hogy valaki hivatalosan is pszichiátriai beteggé lett nyilvánítva másképpen kezelik és a róluk kialakult konstrukció elutasító, ahogy az általam bemutatandó esettanulmányok is tanúskodnak erről.

## ***1.2. Szociális, társadalmi konstrukció a fogyatékkal élőkről***

A fogyatékkal élőkkel kapcsolatos egyik meghatározó társadalmi konstrukció a fogyatékossgot az egyén „magánpechjeként” értelmezi, vagy (némielég előítéletesen egyéni okokkal) az egyéni felelősséget emeli ki. Mindebből többféle magatartás és cselekvés következhet; szánalom, sajnálat, lenézettség, stigmatizáltság és a támogatás, rehabilitálás is. Johnstone szerint a fogyatékossg szociális modelljének „A lényege abban áll, hogy a fogyatékossgot a társadalmi kirekesztés folyamataiból vezeti le. A felelősség elmozdul a személy felől a társadalom felé, amely a személyes és szervezeti környezeteket konstruálja”

(Johnstone idézi Lisznyai 2010 p.18). A szociális modell Johnstone szerint tartalmazza a családot, a képzést, a foglalkoztatást, szabadidőt, attitűdöket, és a környezetet (pl. közlekedés) (Lisznyai 2010 p.18). Mit jelent a fogyatékkal élők esetében a kirekesztettség, kirekesztődés? Milyen irányelvek meghatározóak a kirekesztettség felszámolásában, a rehabilitációban? Milyen szerepe van a foglalkoztatásnak a rehabilitációban és a rehabilitációs célkitűzésekben?

### **I.2.1 Kirekesztés, kirekesztettség**

A kirekesztettség a politikában és a társadalomtudományokban egyre gyakrabban emlegetett témává vált a szegénység és a jóléti állam működésének kudarcával kapcsolatosan az 1970-es évek végén, az 1980-as években. A probléma előfutáraként tekinthető P. Townsend (1979) kutatócsoportjának a szegénység mibenlétéről folytatott vizsgálata. Ennek a tanulmánynak a legfőbb eredménye, hogy a szegénység állapotát relatív deprivácóként értelmezi és a pénz hiánya mellett, a pénzkeresés, a lakhatás, képzés stb. hiányát is deprivációs faktorként értelmezi. A kirekesztettség viszonyfogalom, amely azt fejezi ki, hogy milyen társadalomból, csoportból, támogatásból, lehetőségekből és mihez, illetve kikhez képest van kifosztva az ember. Tehát a kirekesztettséghez szükséges a társadalom ismerete is - amihez képest a kívülre kerülés meghatározható - és a változás mozzanata is, hiszen a lakáskörülmények (jobb és a rosszabb is) változhatnak, illetve bizonyos tényezők, körülmények nem válnak a kirekesztődés alapvető okozójává vagy meghatározójává. (Az írástudatlanság ma Európában a kirekesztődés egyik oka lehet, míg 200 évvel ezelőtt nem volt az.)

A kirekesztettség kiemelt szerepét mutatja, hogy az Európai Unió 2010-ben meghirdette a Szegénység és a Szociális Kirekesztés Elleni Küzdelem évét. Az EU meghatározásában általában a kirekesztettséget és a szegénységet együtt tárgyalják, melynek alapidokumentuma az Európa Tanács Társadalmi Befogadásról Szóló Jelentése. Ez a jelentés más megközelítést alkalmaz, mert nem a kirekesztés, hanem a befogadás felől közelít, és nem a kirekesztett csoportokat, hanem annak kockázati tényezőit sorolja fel<sup>25</sup>. Az EU meghatározása

---

<sup>25</sup> „E tényezők között a leggyakrabban a munkanélküliséget, és különösen a tartós munkanélküliséget említik. További fontos tényezők: az alacsony jövedelem, a rossz minőségű foglalkoztatás, a hajléktalanság, a rossz egészségi állapot, a bevándorlás, az alacsony képzettség és a korai iskolaelhagyás, a nemek közötti egyenlőtlenség, a diszkrimináció és a rasszizmus, a



tehát plasztikusabb, a valóság iránt fogékonyabb, mint egy egyszerű felsorolás jellegű meghatározás.

A szegénység és a kirekesztettség fogalmai bár nem azonosak, nem feltétlenül determinisztikus a kapcsolatuk, azonban a szakpolitikák szintjén és a társadalmi konstrukciókban is gyakran együtt említik őket. A fogyatékkal élők a kirekesztettség mindkét meghatározásában (konkrét felsorolásban és mint kockázati tényező) szerepelnek, ezért kitérek ezek típusaira, természetére.

Amartya Sen értelmezése nem szakpolitikák, hatástanulmányok, stratégiai cselekvések számára készült, ezért értelmezésében még inkább megjelenhetnek az egyén és a társadalom közti árnyaltabb viszonyok. Krémer és munkatársai szerint Sen kirekesztés-kirekesztettség koncepciója a legátfogóbb, pragmatikus és programadó is egyben, bár hosszú vitát folytatott Townsend-del (Krémer et al 2010). Sen (2003) a kirekesztettséget demokratikus deficitként, szabadsághiányként, valamitől (élelem, oktatás, munka stb.) való megfosztottságként határozza meg. Adam Smith megállapítását alkalmazza, mely szerint, „a megfosztottság egyik eseteként azt említette, ha az ember nem képes szegyenkezés nélkül megjelenni mások társaságában. Ez a közösségi életben való részvétel fontosságához, és végső soron ahhoz az arisztotelészi megállapításhoz kapcsolódik, mely szerint az egyének élete mindenképpen „társas élet” (Sen 2003 p. 6). A kirekesztettség ilyen típusú értelmezésében megjelenik a reláció is, azaz hogy az ember egy adott közösség, társadalom tagja, és ezen tagokkal való kapcsolatától van megfosztva, kirekesztve. Ez elképzelhető például azért, mert valaki kerekesszékkal él, és emiatt nem képes - vagy csak igen korlátozottan - közlekedni, így kiesik számos társadalmi, társas érintkezésből.

A társas megfosztottság önmagában is súlyos kirekesztődést jelent, azonban ebből számtalan más megfosztottság is következhet, amely egzisztenciális szintű hiányhoz vezethet. Sen szerint (2003 p. 4): „A társadalmi kirekesztés tehát egyszerre konstitutív része a lehetőségektől való megfosztottságnak és instrumentális oka a különböző lehetőség-hiányoknak.” Összességében a kirekesztettséget lehetőségektől és a közösségi élettől való megfosztottságként

---

fogyatékoság, az öregség, a családok felbomlása, a kábítószer-fogyasztás és az alkoholizmus, valamint a halmozottan hátrányos helyzetű lakókörzetek”

(<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1382>). A Jelentésben kitérnek a szegénységből és kirekesztettségből fakadó társadalmi hátrányokra, a Jelentés elkészítésének okaira, és az országok közötti eltérésekre, melyek az országrportokban fellelhetők, továbbá a kirekesztettség multidimenzionalitására.

határozza meg, ami egyben azt is jelenti, hogy egy adott ember nem lehet a társadalom integratív személye (Sen 2003 p. 6).

A kirekesztettség kialakulásának szintén két típusát vázolta Sen, Arjan de Haan (1997) munkáját felhasználva. Az egyik típus az egyszerű kauzalitás elvén alapul (Sen 2004), azaz valaki azért nem tud a társadalom teljes jogú tagja lenni, mert fogyatékkal él vagy hajléktalan. Ez a megközelítés némileg leegyszerűsítő, szemben a másik meghatározással, mely „a depriváció multidimenziós természetét” hangsúlyozza, melynek eleme a társadalomba való beágyazottság, a dinamikusság és a kapcsolatok jelentőségének kiemelése, ami a deprivációhoz vezető folyamatra és annak természetére utal (Sen 2004).

Ezen folyamatok leírásakor, azaz a kirekesztettség megértésének elemzésekor mind a passzív, mind az aktív folyamatok figyelembevétele szükséges. Aktív folyamatra tipikus példa egy-egy törvény vagy rendelet által a kirekesztés konkrét meghatározása (pl. politikai választhatóság). A passzív folyamatok következményével sok esetben nem is lehet előzőleg számolni<sup>26</sup>, ugyanis természetéből fakadóan „Amikor viszont a depriváció társadalmi folyamatok következménye, és semmiféle tudatos kísérlet nem történik a kirekesztésre, akkor a kirekesztődés passzív formájáról beszélhetünk” (Sen 2003 p. 12). A kirekesztés aktív formája tudatos, és ezért a cselekvők számítanak a következményekre, míg a passzív folyamatok nem tudatosak, és utólag érezhető, értelmezhető a hatásuk.

A fogyatékkal élők többsége Magyarországon kirekesztettnek minősíthető, hiszen akadályozottságából kifolyóan számos közösségi, társadalmi eseményből kizorul. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakra ez különösen igaz, kirekesztettségéből fakadóan többségük például nem jelenik meg a munkaerőpiacon, vagy zárt intézményekben, az „egészséges” emberektől külön, főleg más fogyatékkal élőkkel dolgoznak együtt. Jövedelmük alacsony, fizikai mozgásterük szűk, társas kapcsolataik beszűkültek. Ennek a helyzetnek a kialakulásáért részben a kirekesztés aktív, részben passzív formája okolható. Aktív vagy direkt módon kirekesztő, amikor stigmatizálják a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat. A kirekesztés passzív, vagy indirekt formája a rokkanttá nyilvánítás rendszerében és a munkarehabilitáció hibás állami

<sup>26</sup> Jó példa erre, hogy Magyarországon az 1990-es évek elején munkásszállások tömeges bezárásával a szálláson lakók, főként férfiak, egy része hajléktalanná vált.

finanszírozási rendszerén keresztül nyilvánul meg. Mindezek a rendelkezések és ezek megvalósulása a gyakorlatban lazítottak az 1950-es évek elzáráson alapuló politikáján, de továbbra is a kirekesztés szociális konstrukciója dominál.

Újabb integrációs lépéseket jelent a törvénykezésben megjelenő fogyatékos felmérésekben a komplex vizsgálat (lásd I.2.2. Kirekesztés ellen – rehabilitáció), és a foglalkoztatási rehabilitáció felé terelő munkaerőpiaci politikák.

Azonban a törvények és a jog ereje a mindennapi alkalmazásban nem érződik közvetlenül. A társadalmi folyamatokhoz, a kialakult attitűdök és a rögzült stigmák megváltozásához hosszú idő szükséges, ami a fogyatékosok esetében is érzékelhető. A törvényi szabályozást nem követi rögtön a közösségek, a munkaerőpiac befogadó és elfogadó magatartása.

### **I.2.2. Kirekesztés ellen – rehabilitáció**

Az előzőekből következik, hogy a fogyatékkal élők kirekesztettségét, szegénységét különböző szociálpolitikai programokkal, ellátásbeli, lakókörnyezeti változtatásokkal lehet enyhíteni. Ezek a változások irányulhatnak kifejezetten a fogyatékkal élők (főleg orvosi ellátás), de strukturális változtatásokra is (oktatás, tolerancia kampányok), azonban mindegyiknek a lényege a kirekesztettség felszámolása, a fogyatékkal élő rehabilitálása.

A rehabilitáció szó tükörfordításban azt jelenti, hogy képessé tenni, vagy újra képessé tenni valakit valamire, amire most nem képes, attól függően, hogy valaha képes volt-e azokra a bizonyos dolgokra. Ez a fogyatékkal élők esetében általában azt jelenti, hogy olyan életre legyen képes, mint a „normális, egész-séges” emberek az élet, a mindennapok egész területén. A rehabilitációt hivatalosan, szervezett formában az újkorban kezdték alkalmazni Magyarországon, amikor a megrokkant bányamunkások „rokkantnyugdíjat” kaptak. A rehabilitáció négy típusát különbözteti meg Kálmán és Könczei (2002), azaz négyféle módját a „normálissá” válásnak, melyek időrendben követik egymást.

- Az első, az *orvosi modell* nagyjából az ipari forradalomtól az 1950-es évekig határozható meg időben. Erre a modellre a jótékonyság eszméje jellemző, ahol a fogyatékkal élő passzív és beteg, akit meg kell gyógyítani, és pénzbeli támogatásokban részesíteni.

- A második modell a *képzési modell* nevet kapta, mert a célja az volt, hogy különböző szakemberek (logopédus, gyógytornász stb.) segítségével megtanítsa a fogyatékkal élőt a társadalmi részvételre. Ezt a modellt a szolgáltatás-központúság jellemzi, és a fogyatékkal élő sem teljesen passzív befogadója a támogatásoknak.
- A *szolgáltató modell* az 1970-es évekre datálható, amikor a fogyatékkal élő klienssé válik, azaz olyan személlyé, aki maga dönti el, milyen szolgáltatásokat vesz igénybe, akár jövedelmi, akár képzési területről legyen szó. Ennek a modellnek a kiteljesedéséhez szükséges volt egy támogató törvénykezés is, ekkor már megjelennek az esélyegyenlősítő törekvések a szabályozásban.
- A negyedik, a *szükségleten alapuló modell*ben a fogyatékkal élő, mint állampolgár jelenik meg, akit tájékoztatnak a szakemberek és ez alapján képes eldönteni, milyen szolgáltatásokra, ellátásra van szüksége. Mindezt a jogokon alapuló modell erősíti, azaz az esélyegyenlőség alapja a jogegyenlőség. Ebben a modellben a fogyatékkal élő képes érvényesíteni érdekeit, tiszteletben tartják, megilleti őt az emberi méltóság (Kálmán - Könczei 2002).

A rehabilitáció modelljeiről és annak tartalmáról, tényleges megvalósulásáról - ahogy a szerzőpáros is megjegyzi - mindig az adott országban és adott területen (oktatás, közlekedés, foglalkoztatás), sőt, talán adott típusú fogyatékkal élők mellett lehet és érdemes beszélni (Kálmán-Könczei 2002). Magyarországon a hivatalos rehabilitáció megkezdését egy országos szolgálat végzi (NRSZI lásd, mely rehabilitációt három területen határozza meg: orvosi, foglalkoztatási és szociális területen. A szolgálat működését törvényben szabályozzák, melyben jelentős fordulat volt az „Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és megváltozott munkaképesség véleményezéséhez” című dokumentum bevezetése. Eszerint a korábbi orvosszakértői vizsgálatok helyébe, a megmaradt munkaképességgel rendelkezők körében, az erre épülő úgynevezett komplex rehabilitációs lehetőségek vizsgálata alapján készítik el azóta a szakmai javaslatot. Az igénylő tehát a fogyatékosot igazoló orvosi papírjain kívül beszámol lakhatási, szociális körülményeiről, a vele egy háztartásban élőkről, a háztartás jövedelméről stb. A komplexitás arra utal, hogy nem csak a zárójelentéseket veszik figyelembe, és a vizsgálat során a bizottság feladata a véleményezésen kívül feltárni a foglalkozási és rehabilitációs szükségleteket és ezek teljesítésének lehetőségét. Ezt követően a teljes (orvosi, szociális és foglalkozási) dokumentációt együttesen mérlegelik és javaslatot tesznek a rehabilitálhatóságra, megjelölik ennek irányát (munkakör,

munkakör csoport megjelölésével) és az eléréséhez szükséges időt. Ez a teljeskörű rehabilitációs javaslat utalhat a fogyatékoság megítélésének társadalmi modelljére, rehabilitáció modelljei közül pedig a képzési és a szükségleten alapuló modellek érvényesülésére.

Azonban mindez utal egyetlen szervezetre kizárólagosságára is, az NRSZI széles döntési körére, melynek egyöntetűségét biztosítják az alkalmazott orvosi táblázatok (az egészségügyi károsodást pontosan megméri, és sorba rendezik), amelyek alkalmazása az egyes testi fogyatékoságok pontos mérése után történik. A mérlegelési lehetőség ilyenfajta korlátozása és a bizottság összetétele miatt (négy tagból kettő orvos, egy szociális és egy foglalkoztatáspolitikai szakember; minden esetben orvos az elnök) az eljárás még mindig inkább medikalizáltnak mondható. Az orvosi igazolások és az orvosszakértők, szociális szakemberek vizsgálata után, az orvosi táblázatok segítségével eldöntik az egészségkárosodás és a munkaképesség-csökkenés mértékét, (százalékos besorolás) és ez alapján megállapítják a rehabilitálhatóságot és ennek mértékét mind az egészségügyi, mind a foglalkoztatási, mind a társadalombiztosítási (járadékok, nyugdíjak) területen. Az orvosi döntést tehát több szakpolitika területén alkalmazzák.

Mabbett (2002) szerint ez fogyatékos-felmérési eljárás típusa utal a munkaképtelenségi biztosítási rendszer hitelességére és integritására, valamint a munkaerőpiaci célokra. Magyarországon a hitelességet az egzakt mérések és ezek besorolása biztosítja, mely egyben az orvosokba vetett bizalmat és presztízst is kifejezi. A bizalom és hitelesség egyik mutatója, hogy a fogyatékosná nyilvánítás nem csak társadalombiztosítási ellátást jelent, hanem ezzel automatikusan együtt jár az ingyenes egészségügyi ellátás is (valamint egyéb ellátások, pl. a tartósan beteg vagy fogyatékos gyereket nevelő családok részére a bölcsődei ellátás továbbra is ingyenes). Az eljárást végző bizottság kezében jelentős hatalom van, még ha táblázatok korlátozzák is, mert mind az egészségügyi, mind a társadalombiztosítási rendszer és költségvetés, és nem utolsósorban az egészségkárosodott és családja függ a bizottság döntésétől. A felmérés tehát komplex és ezáltal integratív, a munkaerőpiaci célok a rehabilitálás irányába mutatnak, hiszen a medikális szempontokon túl más tényezőket is figyelembe vesz, azonban még mindig az orvosi szempontok dominálnak.

A rehabilitáció, a fogyatékoság megítélésének és fogyatékos definíciók modelljeinek egyik domináns, ha nem a legdominánsabb meghatározója tehát az orvosi vagy biológiai, vagy egészségügyi modellek<sup>27</sup>. A kiszámíthatóságba, az ember hatalmába vetett hit az orvoslás terén megmaradt, a fogyatékkal élők esetében annyi változás történt, hogy a gyógyítás és a rehabilitáció módszerei többfélék lettek. Megjelentek a nem kizárólag gyógyszeres terápiák, úgy mint a pszichoterápia, logopédia, gyógytorna stb., és a rehabilitáció is komplexebb lett (szociális, foglalkoztatási).

Nincs „tisztá” modell, Magyarországon például a törvénykezés szintje is kevert típusúnak mondható, hiszen az esélyegyenlőségi törvény alapján már a szükségleten alapuló modell érvényesül (jogegyenlőség), és ezzel párhuzamosan a foglalkoztatás területén a képzési modell<sup>28</sup>. Időről-időre a fogyatékkal élők szegénységének és kirekesztettségének kérdése felvetődik a közéletben, és változnak a válaszok az ellátás-igényeinek integritását (zártabb intézmények kontra közösségi ellátás) és a szakpolitikai célkitűzéseket illetően is (oktatás, munkaösztönzés, képzés, terápiák). Ennek megfelelően az egyik vagy a másik modell kerül előtérbe, ami átrendezi a finanszírozást, a szakemberek szerepét és hatalmát is.

### ***1.2.3. Munkarehabilitáció***

Dolgozatom a munka világra fókuszál, melynek legfőbb szereplői ebben az esetben a megváltozott munkaképességű munkavállaló, a munkáltató és a szabályozó-finanszírozó-munkaerőpiacot dinamizáló állami politikák.

A munkaerőpiaci aktív részvételnek kiemelt szerepe van a fogyatékkal élők, a társadalom, és általában az emberek életében is. A foglalkoztatás nem kizárólag kereső tevékenységet, öngondoskodó (–nyugdíj és az egészségbiztosítás)

<sup>27</sup> Az orvosi szempont megerősödéshez, és dominánssá válásához két folyamat volt szükséges. Egyrészt a korábban már említett orvostudomány, a farmakológia, a biológia hihetetlen gyors fejlődése. Másrészt felvilágosodással a racionalizmus térnyerése a XVIII-XIX. században (Porter 2003), az emberi észbe, az ember mindenhatóságába vetett hit. E két folyamat együttesen azt a magatartást és gyakorlatot eredményezte, hogy az ember képes különbséget tenni egészség és betegség között, és utóbbit gyógyszerekkel képes gyógyítani.

<sup>28</sup> Hasonlóan az akadálymentes környezet kialakításában sem ugyanaz a modell érvényesül, ha a fogyatékos típusát vizsgáljuk. Egy gyógyszertárba nem biztos, hogy be tud menni segítség nélkül egy kerekesszékekkel közlekedő, mert nincs akadálymentesítve számára az üzlet, azonban odabent problémamentesen tud vásárolni. Egy vak, vagy gyengénlátó képes bemenni a gyógyszertárba, sőt a gyógyszerek dobozán Braille-írással is fel van tüntetve a gyógyszer neve. A használati utasítás azonban már nem olvasható Braille-írással.

magatartást jelent, az állam számára pedig adózó állampolgárt. A munkavállalónak többé-kevésbé igazodnia kell az adott gazdaság, és a munkacsoport, munkahely értékeihez, normáihoz, szokásaihoz, időbeosztásához, valamint hatalmi és érdekviszonyaihoz is. A munka világa egy adott közösségben való aktív részvételt is jelenti. Az arisztotelészi örökérvényű mondás szerint az ember társas lény, a társadalomban való részvétel jórészt a társas kapcsolatokon keresztül valósul meg, melyeknek meghatározott szabályai, szokásai vannak, egy rendszert alkotnak. Többek között a társas kapcsolatok jelölik ki a társadalomban elfoglalt helyet, a státust, és ezen keresztül alakul ki az identitás és az ember szerepei. A kapcsolatok megtartó erejűek, biztonságot adnak, és kontrollálnak is. A munkanélküliség Sen szerint hozzájárul „a társadalmi kirekesztettség folyamatos fennmaradásához és mértékének növekedéséhez, [...] a társadalmi kirekesztés jelentős kauzális faktora lehet” (Sen 2003 p. 18). Sen (2003) a munkanélküliséget társadalmi elidegenedésként kezeli, mely instrumentális értelemben másféle deprivációkat is okozhat. A munka világából való kimaradás, a társas életből való kimaradás egyik formája, mely az egyén identitására, önértékelésére is negatív hatással van. A foglalkoztatás, mint rehabilitációs tevékenység a WHO rehabilitációs definíciójában is megtalálható, alapvetően a munkavállaló szempontjait helyezi előtérbe: „Olyan szervezett segítség, melyre egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak, a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Az orvosi, szociális pedagógiai és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összességének célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőleg teljes értékű polgára maradhasson a társadalomnak” (Kálmán – Könczei 2002 p.91). Tehát a foglalkozási rehabilitáció során három alapelvnek kellene dominálnia: egészségi állapotára vonatkozóan mindenképpen a további romlás megakadályozása, illetve megelőzése; a meglévő képességeket kihasználása, illetve a tartalékokat aktiválása, valamint a társas-társadalmi, és intézményi integráció előmozdítása.

A fogyatékkal élők foglalkoztatásának esetében az esetleges fogyatékoságból származó munkaképességet ténylegesen akadályozó tényezőkkel is számolni kell. Avagy másképp fogalmazva, alapvető kérdés, hogy a megváltozott munkaképességűek közül ki rehabilitálható és milyen formában. Védett

foglalkoztatás leginkább súlyosan károsodott személyek számára jelent rehabilitációt, akik számára az átlagosnál kisebb gazdasági teljesítmény is jelentős személyi erőfeszítéssel jár. A nyílt foglalkoztatás pedig leginkább azoknak az emberek megfelelő, akiknek egészségkárosodásukból kifolyólag munkaképességük csak kis mértékben módosult (pl. egy kerekesszékes programozó számára akadálymentes környezet felállítása szükséges csak). Veszélyes fogyatékoság esetében az egyéni motivációk és képességek maximális kihasználása mellett hátrányban lehet a fogyatékkal élőknek egy része az iskolai képzés folyamán, azaz külső tényezők miatt akadályoztatva lehet. Később kérdéses, hogy a munkavégzése során (jelen esetben leszámítva a negatív sztereotípiákat és csak a fizikai környezetre koncentrálva), a tanultakat tudja-e érvényesíteni a munkaerőpiacon, avagy olyan munkát kénytelen végezni, ami képzettségének nem megfelelő. Szerzett fogyatéknél esetén a továbbfoglalkoztatás megvalósulása válik kérdésessé. Képes-e az immáron fogyatékkal élő korábbi munkatevékenységét ugyanolyan körülmények és feltételek között folytatni, vagy hajlandó-e a munkáltató megváltoztatni a munkafeltételeket? Van-e lehetősége átképezni magát, és új munkahelyet találni?

A fogyatékoságtudomány egyik sokat érintett témája, hogy a fogyatékkal élők és a társadalom számára mi a hasznosabb: a fogyatékkal élők foglalkoztatása vagy anyagi támogatása, nyugdíjazása. A WHO definíció szerint szervezett segítség szükséges a fogyatékkal élők munkarehabilitációjához. Felmerül tehát a kérdés, hogy ezzel a szervezett segítséggel a társadalom kit támogat, és mennyire, ki az egyáltalán, akit rehabilitálhatónak tart, akit nem stigmatizál. Vagy egyszerűbb, hatékonyabb és költségkímélőbb a nyugdíjazás? Az erre vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat foglalta össze Kálmán és Könczei, amennyiben „Foglalkoztatásuk gazdaságos volta a külföldi irodalomban evidenciának minősül” (Kálmán - Könczei 2002 p. 188). Nyilvánvaló, hogy nem lehet minden fogyatékkal élő visszavezetni, illetve megtartani a munkaerőpiacon, tehát a differenciált szemlélet és az egyénre szabott szociálpolitikai intézkedések is szükségesek az eredményes és gazdaságos munkarehabilitációhoz.

A foglalkoztatási rehabilitációnak van egy gazdasági, államháztartási vonatkozása is, mely egyre inkább a közbeszéd tárgyává vált. Ebből a szempontból a probléma



lényege, hogy a hátrányos helyzetű, korlátozott teljesítményre, munkavégzésre képes emberek számára befogadóbbá kell tenni a munkaerőpiacot, foglalkoztatásukra ösztönözni kell a munkaadókat. Nem rejtett cél az, hogy ezáltal minél több embernek legyen munkája, saját jövedelme, mert így kevesebb ember állami ellátásáról kell gondoskodni (pénzben, szolgáltatásokban). A fogyatékkal élők foglalkoztatását, munkaerőpiaci rehabilitációját számos országban szabályozzák, tehát az államnak van egy szabályozó funkciója. A szabályozás általában a munkafeltételekre, a munkahelyi balesetekre és a továbbfoglalkoztatásra vonatkozik<sup>29</sup>. Azonban, mint korábban a rehabilitáció típusainál említettem, a szolgáltatói - és különösen a szükségleten alapuló - modelleket a jogi modell kiegészíti és támogatja. A törvénykezésben megjelenik a pozitív diszkrimináció, ami a foglalkoztatás tekintetében a munkáltatókra vonatkozik. Magyarországon (és számos más országban) nem kell az állami kasszába külön járulékot<sup>30</sup> fizetnie annak a munkáltatónak, amelyik meghatározott arányban fogyatékkal élő munkavállalót foglalkoztat, illetve munkabér dotációt kap. Míg azoknak a munkáltatóknak, akik nem foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű munkavállalót, Magyarországon úgynevezett rehabilitációs járulékot kell fizetniük. A fogyatékkal élő embereknek sok esetben a munkaképességük is csökkent, vagy megváltozott, ezért nem képesek teljes értékű munkavállalóként dolgozni. Az ebből származó központi hiánypótlásra (dotáció) szintén vannak megoldások, a magyarországi gyakorlatot a III. fejezetben (III.3. Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon) fejtem ki. Tehát az állam a munkaerőpiaci dinamikusság finanszírozójaként is felléphet. Ebben az esetben válik kérdéssé, hogy a nyugdíjak, avagy a munkarehabilitációhoz kapcsolódó költségek magasabbak-e. Ez a döntés részben finansziális, részben pedig szociálpolitikai megfontolások tárgya. Továbbá az

<sup>29</sup> pl. 111. sz. ILO Egyezmény a foglalkoztatásból és a foglalkozásból eredő hátrányos megkülönböztetésről (1958/2000), vagy 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról

<sup>30</sup> Rehabilitációs hozzájárulás kötelezettség megállapítására, megfizetésére vonatkozó szabályok a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 7. pontja, ezen belül a 22-24. §-ok rendelkeznek a rehabilitációs hozzájárulásról. A munkaadó a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának elősegítése érdekében rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles, ha az általa foglalkoztatottak létszáma a 25 főt meghaladja, és az általa foglalkoztatott megváltozott munkaképességű személyek száma nem éri el a létszám 5 százalékát (a továbbiakban: kötelező foglalkoztatási szint). [...] A rehabilitációs hozzájárulás mértéke 964 500 Ft/fő/év.

állam, a korlátozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítendő, munkaerőpiaci rést betöltő foglalkoztatóként is megjelenhet.

Valamint az állam, mint szolgáltató is fellép, amennyiben működteti a foglalkoztatási szolgálatokat, illetve a rehabilitációs centrumokat, ahová megváltozott munkaképességű személyek fordulhatnak álláskeresőként.

A munkáltatói oldalról közelítve a kérdést, és némileg leegyszerűsítve, a cél, hogy az adott vállalat, alapítvány stb. finanszírozható legyen, azaz ne legyen olyan munkavállaló, aki hátráltatja a vállalat fennmaradását, sőt a munkavállaló aktívan vegyen részt a profittermelésben.. Ez szintén a fogyatékos típusától függ, elképzelhető például, hogy bizonyos munkahelyeken fel sem tűnik, hogy a foglalkoztatottnak valamilyen „betegsége” van, vagy sikeres rehabilitációt követően teljes értékű munkavállalóként dolgozhat tovább. Ebben az esetben a fogyatékos nem tekintendő megváltozott munkaképességűnek. Természetesen megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatását indokolhatja egyfajta karitatív attitűd is, ami sok esetben feltételezhető a munkáltatókról. A fogyatékkal élők foglalkoztatása akkor válhat problémássá, ha plusz terhet ró a munkáltatóra. Az ilyen típusú foglalkoztatással kapcsolatban több kutatás is megállapította (Winter 1990), hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók „hálásak” munkáltatóiknak, jóval elkötelezettebbek lesznek, kevesebbet hiányoznak, és igyekeznek túlteljesíteni. A másik alapesetben a megváltozott munkaképességű személy termelékenysége alacsonyabb, de ezt a költséget az állami támogatás kompenzálja.

Felmerül a kérdés, hogy a munkáltatók munkaerő felvételkor a munkakört ugyanolyan megfelelően betöltő fogyatékkal élő, vagy „egész-ségest” választanak-e. Kálmán és Könczei hivatkozik Pleszko és Gudmundsson munkáira, akik kutatásaik során azt találták, hogy a munkáltatók előítéletesek a fogyatékkal élőkkel, legyen szó akár a munkaerőfelvételtől, akár a fizetésről, akár az előmeneteli lehetőségekről (Kálmán-Könczei 2002 p. 184). Mabbett (2002) ugyanerre a problémára fókuszálva a foglalkoztathatóság objektív és szubjektív elemeiről beszél, mind a munkavállaló, mind a munkáltató szempontjából. Objektív elem a törvényi szabályozás, a munkahely fizikai megközelíthetősége és a rugalmas munkaidő, szubjektív elem a munkavállalói és a munkáltatói attitűd.

A munkáltatói attitűdöt tükrözi a reakció arra, ha a fogyatékos a munkaképesség megváltozását, vagy valamilyen módon akadályozottságot jelent. Ebben az

esetben a racionális szempontok mellett, esetleges profitvesztéssel számolva a munkáltató altruista, karitatív magatartása adhat okot a foglalkoztatásra, illetve az állami támogatási rendszer is ösztönözheti. Azonban „... a fogyatékosná válás utáni munkába állással kapcsolatos munkavállalói attitűd az elmúlt évtizedekben Magyarországon megmerevedett” (Kálmán-Könczei 2002 p. 197). Ezt a fajta „megmerevedettséget” igyekszem feltárni az esettanulmányaimban, melynek oka összetett; egyrészt a fogyatékkal élő önértékelése, motivációja, másrészt a rokkantsági nyugdíj-érdekeltség, harmadrészt a munkaadók diszkriminatív és előítéletes magatartása okozza, melyet a törvényi szabályozás és állami finanszírozás sem mozdít ki ebből az állapotból.

Sen figyelmét Anita Kelles-Viitanen hívta fel a kirekesztettség felszámolásáért tett lépések esetleges hibáira. „A megfosztottság megannyi problémája valójában inkább ered a beillesztés kedvezőtlen feltételeiből és a hátrányos részvételből, semmint a szoros értelemben vett kirekesztettségéből. Például, amikor okkal panaszkodunk a foglalkoztatás „kizsákmányoló” jellemzőiről vagy a társadalmi részvétel mélyen „egyenlőtlen” feltételeiről, a közvetlen fókusz egyáltalában nem a kirekesztettségen van, hanem a beillesztés kedvezőtlen természetén” (Sen 2004 p. 7). A fogyatékkal élők támogatásában, vagy foglalkoztatásában is számos hibalehetőség rejlik. A foglalkoztatási formák egyik legjellemzőbb típusa az „egészséges” emberektől, a valódi munka világától izoláltan működő, védett munkahelyek. (Erre angolul - sheltered workshop - és németül – beschützende Werkstätten - is van kifejezés, tehát nem egy kizárólag magyar jelenségről van szó.) Bár ezek a munkahelyek a fogyatékkal élők „megsegítésére” jöttek létre, mégis inkább negatív hatással vannak a fogyatékkal élők integrációjára, ráadásul sok esetben profittermelő képességük is alacsony. Ezt felismerve egyre inkább a nyílt, vagy nyíltabb munkaerőpiac felé igyekeznek terelni a fogyatékkal élőket, illetve ösztönözni a munkaadókat a fogyatékkal élők foglalkoztatására (supported employment, támogatott foglalkoztatás).

A fogyatékkal élők foglalkoztatásának is több típusa van, melyet a szakirodalomban a védett-nyílt formák szerint szokás minősíteni. Ez nem egy kétpólusú, kizárólagos kategorizálás, vannak úgynevezett félig nyílt-félig védett foglalkoztatási formák is, melyek Magyarországon is megvalósulhatnak. A nyílt foglalkoztatás nagyjából megfeleltethető az integrált foglalkoztatásnak, ami azt

jelenti, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók munkahelyén munkatársai döntő többsége nem megváltozott munkaképességű, fizikailag nem elkülönítve található a munkahely, és a piaczgazdaságba bekapcsolódva folyik a munka. Ide tartozik az *önfoglalkoztatás* is. Az integrált foglalkoztatás szervezett kereteken belül történő formájáért a munkáltató igényelhet állami támogatást is (2007-től akkreditált munkahelynek nevezzük ezt a formát), de nem kötelező. A foglalkoztatási formák másik végpontja a védett foglalkoztatás és a szociális intézményi foglalkoztatás. A védett munkahely nemzetközi definíciója: „olyan munkára orientált rehabilitációs szolgáltatások, amelyben a dolgozó környezetét állandóan ellenőrzik, egyéni rehabilitációs célokat tűznek ki elé, azzal a szándékkal, hogy a fogyatékos embert segítsék a produktív státus megalapozásában” (Bulyáki et al 2002 p. 14). Védett foglalkoztatás esetén a munkáltató a piacon értékesíthető tevékenységet végez, munkavállalóinak többsége megváltozott munkaképességű, ahol speciálisan számukra alakították ki a munkakörülményeket és a munkafeltételeket. Továbbá ezen szervezetek működését jelentős állami támogatások, és speciális törvényi feltételek jellemzik. Kálmán és Könczei (2002) a fogyatékkal élők foglalkoztatásának 14 formáját sorolja fel, míg Gere Ilona 11 féléit (Gere 2009). (pl. A *védett műhelyek*, melyek halmozottan vagy súlyosan fogyatékos emberek számára, akik elhelyezése a nyílt munkaerőpiacon, vagy más formákban szinte lehetetlen. Az *enklávé* típusú foglalkoztatás valamilyen cégen belüli „zárványnak” megfeleltethető. A *puffer foglalkoztatás*, szintén félig-nyílt formája a foglalkoztatásnak, a munkavállaló vállalaton belüli megtartását elősegítő átképzési, átszervezési szakasz.) A *szociális foglalkoztatás* olyan foglalkoztatási forma, mely állami rendelkezés alapján közérdekű cél érdekében több embert (pl. fogyatékkal élőket) foglalkoztat. Ez a forma hazánkban inkább a félig-nyílt foglalkoztatásnak felel meg. Kutatásom során főképp önkormányzatok által működtetett szociális foglalkoztatókat találtam, melyeket azóta többször átszerveztek, piaci, vagy nonprofit szervezetté alakultak.

A foglalkoztatási formák közül a visszailleszkedés, azaz a rehabilitáció, helytelen formájának nem kizárólag azt tekintem, amelyik kizsákmányoló vagy egyenlőtlen, hanem azt is, amelyik a munka világába valamilyen látszólagos beilleszkedést teremt, és a társadalomba való beilleszkedést szinte alig teszi

lehetővé. Leginkább a védett műhelyekre jellemző a kedvezőtlen, vagy hátrányos módja a beilleszkedésnek, különösen akkor, ha ez egy bentlakásos intézmény kerítésén belül valósul meg. Ebben az esetben a fogyatékkal élő emberek munkahelye és lakhelye egy helyen van, napjainak nagy részét fogyatékkal élőkkel és az őket kiszolgáló személyzettel tölti, az intézményi szabályoknak megfelelően. A védett foglalkoztatásnak van előnye is, az hogy munkát, tartalmas napi elfoglaltságot és jövedelem-kiegészítést biztosít a munkavállaló számára, hátránya azonban, hogy - függetlenül a képességeitől, végzettségétől - általában egyszerű betanított munkát végez.

Kedvezőbb beilleszkedési formának tekinthető a védett műhely nem bentlakásos intézményi háttérrel, illetve a szociális foglalkoztatás. Itt a munka világában részt vesz a fogyatékkal élő, és ugyan főként más fogyatékkal élőkkel és kisegítő személyzettel találkozhat, de van önálló szabad ideje, mozgástere, „egészségesekkel” találkozhat. Az enklávét, a puffer foglalkoztatás és az on-the-job-training foglalkoztatási formák már egyáltalán nem mondhatóak helytelen vagy kedvezőtlen beilleszkedési formának, amennyiben a továbbfoglalkoztatás lehetséges, és mert mindkettő átmenetet biztosíthat a nyílt munkaerőpiacra. A nyílt munkaerőpiaci foglalkozás, illetve az önfoglalkoztatás gyakorlatilag a rehabilitáció végét és az integrációt jelenti.

#### **I.2.4. Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon**

Dolgozatomban a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek (kivéve az alkoholbetegeket, és a szenvedélybetegeket) munkaerőpiaci lehetőségeivel foglalkozom. Ők a betegségükről alkotott hivatalos diagnózist követően Magyarországon többnyire inaktívak lesznek, akiket a közösségnek kell eltartani, valamilyen intézetben vagy otthonukban élnek, jelentős terhet róva ezzel családjukra. Sok esetben a kórházak és a szociális intézmények közötti ingázás tölti ki életüket, úgynevezett forgóajtós betegekké válnak (erről bővebben lásd III.1. Az egészségügyi rendszer intézménye). Társadalmi juttatás tekintetében többségüket leszázalékolják, így valami kevés pénzhez, segélyhez juthatnak (a rokkantsági nyugdíj átlaga 2007-ben 63120 forint (Bácskay et al 2007), ám ezzel

még nehezebbé válik a normális életbe való visszailleszkedésük és a munkavállalás is.

Magyarországon a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi konstrukcióját, a velük szemben élő előítéletességet meghatározta, hogy nem tartoznak a fogyatékosok, rokkantak közé, ugyanis az 1997-es Tb szabályozásból kimaradtak, akárcsak a 2007-es társadalmi modell felé nyitó törvényből is. Mindannak ellenére maradtak ki, hogy a szabályozás továbbra is többségében medikális, és nekik is vannak orvosi papírjaik. Ráadásul a hazai biomedikális szemléletű Pszichiátriai Szakmai Kollégium által javasolt diagnózisok szintén határozott irányelveket követnek, tehát a két rendszer (fogyatékos felmérés eljárásában alkalmazott táblázatok és a pszichiátriai protokollok) szemlélete szerint összekapcsolható lenne. Míg a magyar jogrendszerbe beépített WHO ajánlás része a mentális károsodás<sup>31</sup>, addig a magyar meghatározásból ez hiányzik.

Grammenos (2003) szerint a fogyatékos természetű egy fontos faktora az egyes szakpolitikák kidolgozásának, ami szintén kritikaként éri a magyar jogszabályt, amennyiben kihagyja a mentális betegeket, ugyanis a „Fot.-beli értelmezés kirekesztő volta közvetlenül kihat a többi érintett jogszabályra, valamint a fogyatékosügyi szakpolitikákra és cselekvési programokra. Így például a nagy létszámú bentlakásos intézetek kiváltása, az ellátórendszer modernizálása csak a fogyatékosok otthonaira vonatkoztatva jelenik meg jogszabályi és szakpolitikai célkitűzésként, a pszichiátriai betegek otthonaira hasonló követelmények nem állnak fenn” (Amir et al. 2010 p. 23). Úgy tűnik, a magyar jogalkotás még mindig diszkriminálja a pszichiátriai betegek nyilvánítottakat, ugyanis semmilyen jog, lehetőség nem illeti meg őket, ami a fogyatékosokra vonatkozik.

A munka világát érintő szabályozásban azonban szerepelnek a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, a törvény szövegezése szerint a „szellemi károsodottak” is megváltozott munkaképességűek. Tehát a pszichiátriai betegekről alkotott szociális konstrukcióba beletartozik, hogy a munkaképességük

---

<sup>31</sup> A WHO megkülönböztet károsodást és fogyatékoságot. A károsodás a pszichológiai, fiziológiai, vagy anatómiai funkciók károsodását, abnormalitását jelenti, míg a fogyatékoság a károsodás eredményeképpen fellépő korlát vagy hiány, mely akadályt jelent a normális emberi létezéshez szükséges cselekvésekben, viselkedésben. (Grammenos 2003)

megváltozhat, speciális körülmények között foglalkoztathatóak. Azonban nyilvánvalóan vannak olyan esetek, amikor az elvégzendő munka eredményességét egyáltalán nem zavarja egy pszichiátriai diagnózis, akár a kórkép természetéből fakadóan, akár a terápiák hatásából kifolyólag.

A pszichiátriai betegek foglalkoztatásakor alapvetően megkülönböztetünk védett és nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást. A nyílt munkaerőpiacon, és a piaci vállalatoknál kevés pszichiátriai beteg jelenik meg (lásd VI. fejezet). A pszichiátriai betegek egy része nem rehabilitálható, egészségi állapotuk nem teszi lehetővé, hogy akár a nyílt, akár a védett munkaerőpiac aktív tagjai legyenek. Azonban a rehabilitálható betegek egy része sem jelenik meg a munkaerőpiacon, illetve ha megjelenik, a legtöbb esetben a védett munkahelyek egyikén.

A pszichiátriai diagnózissal élő betegeknek munkalehetőséget biztosíthat önkormányzati szociális foglalkoztató, állam által működtetett, megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató közhasznú társaság, nonprofit szervezet, vagy piaci szervezet. A foglalkoztatási rehabilitáció egyik célja a nyílt munkaerőpiaci munkavállalás előkészítése, elősegítve ezzel a társadalmi integrációt, az egészségi és a gazdasági állapotjavulást.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak kirekesztődésének és munkavállalásának enyhítését a közösségi pszichiátria gondozás intézményei támogathatják. A rehabilitáció célja, hogy ne izolálja a társadalomtól, elkerülje a hospitalizációt (a gyógyszeres terápia továbbra is része az ápolásnak), a rehabilitáció egyénre szabottan, lakóhelyéhez közel és közösségben történjen. A gondozás nagyban támaszkodik a beteg családjára, segítőire, része a házi ápolás, a családsegítés, a 24 órás mobil orvosi szolgálat, nappali klub, munka-rehabilitáció és védett házak kialakítása. A közösségi pszichiátria gyakorlata kapcsán nagy vita alakult ki, ugyanis az USA-ban és Nagy-Britanniában ezek a kezdeményezések részben kudarcot vallottak, a betegek egy része pauperizálódott, vagy hajléktalanná vált. Magyarországon a közösségi pszichiátria szervezetei még csak kezdeményezéseknek tekinthetők. Ahol már több éves múltja van, ott a pszichiátriai szociális otthonok részeként működik egyelőre, s az integrációt csak kis mértékben segíti.

## Összefoglalás

A fogyatékoság megítélései, az ehhez kapcsolódó rehabilitáció modelljei, az erre vonatkozó szabályozások és a szóhasználatok változtak, alakultak az idők során, és az egyes országokban, szakpolitikákban ma is eltérőek. A másság megítélése, megnevezése, „gyógyítása” és rehabilitációja, nem függetlenek, szorosan kapcsolódnak egymáshoz. A következő táblázatban összefoglaltam ezeket a modelleket (a rehabilitáció típusai és a megítélés nem páronként értelmezhetőek). Kiemelendő, hogy az orvosi modell minden esetben jelentős szerepet játszik, és valamilyen befolyással minden korban bírt. Leegyszerűsítve azt lehet állítani, hogy az orvosi szempontok dominanciája meghatározó, mind az attitűdök, mind a rehabilitáció különböző típusainak térnyerése tekintetében. Erős és domináns orvosi megítélés erős és domináns orvosi rehabilitációt von maga után, míg egy kevésbé domináns orvosi megítélés helyet ad az emberi jogi vagy a szociális szempontoknak is, ami képzési vagy szolgáltatói rehabilitáció fontosságát is előtérbe helyezi.

1. Táblázat Fogyatékosággal kapcsolatos modellek

Fogyatékosággal kapcsolatos modellek					
Fogyatékoság megítélése	orvosi	morális	emberi jogi	szociális	poszt
Rehabilitáció típusai	orvosi	képzési	szolgáltató	szükségleten alapuló	-
Fogyatékos definíció	orvosi	társadalmi			-
Rehabilitáció típusa NRSZI	orvosi	foglalkoztatási	szociális	-	-

A fogyatékos definícióban az a kettősség jelenik meg, ami véleményem szerint is a legmeghatározóbb, azaz, hogy az orvosi szempontok dominálnak-e vagy sem. Ebben az esetben a társadalmi modell öleli fel a jogi, a szociális, a szolgáltató, a foglalkoztatási stb. modellek tartalmait, ami mögött a morális és részben a szociális modell által megjeleníthető attitűdök munkálkodnak.

A fogyatékkal élő személy felől közelítve a modellek típusaihoz egyre inkább a modellek komplexitása, az önálló életvitel hangsúlyozása és a fogyatékkal élő és az „egész-ségesek” közötti kapcsolatok kétirányúsága fedezhető fel bennük. Természetesen ezek megvalósulása korántsem ennyire tiszta, egyértelmű és karitatív. A magyar rendszer törvényi szinten egyre inkább beépíti a társadalmi



modell elemeit, azonban a gyakorlatban továbbra is a medikális szemlélet jellemző, valamint a fogyatékosok és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak szociális konstrukciója alapvetően kirekesztő maradt.

„Foucault (2000) szerint az, hogy hogyan viszonyul egy adott társadalom a betegeihez, hol húzza meg a normálist az abnormálistól elválasztó határvonalat, hogy milyen helyeket, élettereket biztosít a normálistól eltérő emberek számára, egyfajta tükröt tart a társadalom elé, az adott közösség működéséről, az emberi kapcsolatokról” (Légmán 2011 p. 5). Milyen konstrukciót alkot tehát a magyar társadalom a pszichiátriai betegek nyilvánítottakról? Nem jelennek meg a fogyatékos törvényekben, így a róluk szóló közösségi, szakmai diskurzus, csak társadalmi áramlat marad, nem válik társadalmi ténnyé. Az állam által finanszírozott, szabályozott és részben működtetett társadalombiztosítási, munkaerőpiaci és egészségügyi intézmények indirekt módon szintén a kirekesztődést támogatják, illetve azok a törekvések, melyek a korábban kialakult működésmódokat megváltoztatnák nem összehangoltak, sok esetben diszfunkcionálisak. A témához kapcsolódó sokféle szempontot, intézményt, érdeket és az ezeket működtető konstrukciókat igyekszem egy keretbe foglalni, és választ keresni arra, hogyan változhat meg ez a kirekesztődés a munkaerőpiacon.

## II. INTÉZMÉNYI MEGKÖZELÍTÉS A MUNKAERŐPIACI REHABILITÁCIÓBAN

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatásakor alapvető meghatározó tényező a munkáltató és a munkavállaló, azonban számos korlát és játékszabály alakítja a munkaerőpiaci részvételt. A magyarországi viszonyokat tekintetbe véve a fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci rehabilitációjának vizsgálatakor Horváth és Mező 2004-es tanulmánya alapján az egészségi állapotot, a munkaképességet (megváltozott munkaképesség mértéke, rehabilitálhatósága), a társadalmi juttatásokat (betegség/egészséggondozás, rokkantnyugdíj, családtámogatások) és a mindebből következő gazdasági aktivitást kell számba venni. Ezek mindegyike leírható külön-külön, a maguk történeti, nemzeti kontextusába ágyazottan és összjátékuk, a munkaerőpiacról kifelé taszító és az inaktivitás felé sodró hatásuk megvalósulása szerint is. A rehabilitáció, a fogyatékos definíció, a személyközi viszonyok melyik típusa, modellje dominál ezekben? Hogyan termelődik újra a kirekesztődés mechanizmusa és hogyan, mely szereplők által lehetséges a változás?

Az intézményi megközelítés nyújt olyan elméleti keretet, mellyel megragadható ezen intézmények működése, és a bennük megtestesülő, általuk képviselt modellek (melyek ugyan sokszor ellentmondásosak), a maguk történeti hagyományaival, mögöttes konstrukcióival, és változatlanságukkal, tehetetlenségükkel.

„Az intézmények a társadalom játékszabályai, vagy szakszerűbben, az emberi interakciókat alakító, emberek által létrehozott korlátok” (North 1990 p. 3). Pontosabban North meglátása szerint az intézmények számos feladatot látnak el: csökkentik a bizonytalanságot, rendszerességet és állandóságot biztosítanak a mindennapokban, „útmutatást nyújtanak az emberi interakciókhoz” (North 1990 p. 3), biztosítják az információterjedést, meghatározzák az ösztönzők struktúráját, és segítik az egyéneket a társadalmi kontextus dekódolásában, következésképp a választásban és a döntéshozásban is.

Ez alapján intézménynek tekintem a munkáltatókat, a törvényeket, a rendeleteket, a szociális szféra egyes intézményeit, valamint a munkáltatóként és munkaközvetítőként fellépő civil/nonprofit szervezeteket és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakról kialakult szociális konstrukciókat. Ezen intézmények szabályozása, működése és interakciója határozza meg a munkaerőpiaci részvételt. Mivel a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak megítélése nem kedvező, többségük kizorul a munkaerőpiacról, ezért arra is keresem a választ, hogyan vesznek részt a felsorolt intézmények az esetleges változás létrejöttében, vagy az állandóság megtartásában.

Az intézményi megközelítés elméleti és metodológiai keretként való használatát azért tartom indokoltnak, mert „rendszerszintű elméleti keretet biztosít, tesztelhető hipotézisek” (Finnemore 2011 p. 98) felállításában nyújt segítséget. Az institucionalista megközelítés merton közép szintű elmélet kritériumainak megfeleltethető, ami szintén alátámasztja az elméleti és módszertani alkalmazhatóságot. „Az intézményi megközelítés értelmezhető önálló diszciplínaként, alkalmazott metodikaként is, és így Merton közép szintű elméleteként is meghatározható. A közép szintű elméletek jellemzője, hogy „...közbülső helyet foglalnak el a mindennapi kutatásban bőségesen tenyésző kisebb jelentőségű, de szükséges munkahipotézisek és ama mindent átfogó rendszeres erőfeszítések között, melyek célja valamilyen egységes elmélet létrehozása, hogy azután ezzel az elmélettel magyarázzák a társadalmi viselkedés, a társadalmi szervezet és változás valamennyi megfigyelt szabályszerűségét” (Merton 2002 p. 63.). Merton megállapítása szerint a közép szintű elméletek korlátozott számú feltevést tartalmaznak, melyekből logikailag levezethetők és empirikusan igazolhatóak bizonyos hipotézisek, amik nem elszigeteltek, hanem nagyobb hatókörű elméletekben egyesülnek. S mivel eléggé elvontak ahhoz, hogy a társadalmi magatartás és struktúra legkülönbözőbb területeire alkalmazhatóak legyenek, így többet jelentenek pusztán leírásnál vagy empirikus általánosításnál. A közép szintű elméletek ezáltal csökkenthetik a feszültséget a mikro- és makroszociológiai szemléletmód között.

„Az intézményi megközelítésre jellemzőek a merton közép szintű elmélet kritériumai, [...] mert nem zárt, egységes elmélet, a különböző megközelítések eltérő intézmény definíciókkal dolgoznak, az intézmények harmonikus vagy

konfliktusos működéséből indulnak ki, s ezek az elméleti megfontolások meglehetősen eltérő kutatási kérdéseket, eredményeket, szemléletmódokat eredményeznek. A különböző megközelítések (közgazdaságtani, politológiai, szociológiai) azonban egyaránt alkalmazhatóak a gyakorlati jelenségek megragadására, és személyközi, intézményeken belüli viszonyok, mechanizmusok leírására is, hiszen az institucionalizmus egyszerre igyekszik feltárni azokat az általános működésmódokat, amelyek közös elemei számos, látszatra nagyon különböző társadalmi szituációnak, és hangsúlyozza a konkrét intézményi megoldások rendkívüli sokszínűségét, miközben az egyén és az intézmények közötti viszonyra kölcsönhatásként tekint” (Bányai - Légmán 2011 p. 28). A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci rehabilitációjának vizsgálatakor több intézmény általános működésén keresztül mutatom be a kirekesztődés mechanizmusát, kapcsolódva ezzel „nagyobb” elméletekhez, miközben kiemelt hangsúlyt helyezek a makro és a mikroszintű folyamatok kölcsönhatására. Az egyes intézmények látszólag egymástól független működésének - különösen a jogi szabályozásnak - indirekt következménye a szegregált foglalkoztatás, vagy az inaktív státus kialakulása.

Ebben a fejezetben ismertetem a témához kapcsolódó institucionalista szakirodalmat, és elhelyezem a fentebb ismertetett intézményeket, illetve az intézményi változás lehetséges formáit.

### ***II.1. Mit nevezünk intézménynek?***

Az intézmény definíciója nem egységes sem az egyes társadalomtudományok alkalmazásában, sem az egyes tudományterületen belül. Disszertációmban az intézmény fogalmának meghatározása azért fontos és megkerülhetetlen, mert intézményként kezelem a szervezeteket (kórház, szociális foglalkoztató), normákat, szokásokat és viselkedésmódokat is (gyógyíthatatlan beteg, különböző terápiák).

Az intézményi megközelítést alapvetően két irányzatra, a régi és az új institucionalizmusra (old, new institutionalism) szokták bontani - főképp a közgazdaságtudományban -, és ennek megfelelően változnak az intézmény definíciók is. Scott és North munkái alapján az intézményi megközelítés

megjelenéseit és az intézmény fogalmát Terje Gronning (2008) gondolta újra. Scott munkáiban mintegy fejlődési szakaszokra bontva, időrendben, és a vizsgálat tárgyát képező kellékek alapján csoportosítja az intézményi megközelítés egyes szakaszait<sup>32</sup> (Gronning 2008). Gronning négy szakaszt különít el: *ancient* (ősi), *old* (rég), *middle-age* (köztes), *young* (új) szakaszokat. Az intézményi megközelítés és maguk az intézmények definiálásának változása egy konkrétumokra koncentráló szemléletből indulva egyre absztraktabbá vált. (Természetesen vannak olyan szerzők, jegyzi meg Gronning (2008) akiknél több megközelítés is megjelenik. Az *old* (rég) megközelítésben megjelenik a tisztán manifeszt és a tisztán absztrakt mellett a kevert típus is, a *middle-age* (köztes) korszakban csak az absztrakt, míg a *young* (új) és az *ancient* (ősi) szakaszban csak a tisztán absztrakt szemlélet jelenik meg<sup>33</sup>.) Azaz maga az intézmény definíciója egyre tágabb kört ölel fel, ami a formális szervezeteken és szabályokon túl normákat és értékeket is jelent. A kutatások nem csak magukra az intézményekre és működésükre irányulnak, hanem az emberi viselkedésre, kapcsolatokra, érdekekre, melyek által létrejönnek, működnek és fennmaradnak ezek az intézmények. Megjelenik a kulturális környezet, a közösség tagjaiban internalizált elvek, értékek, identitások, habitusok vizsgálata is. Ilyen értelemben az intézményeket nem csak a közgazdaságtanból ismert hasznosság és racionalitás

<sup>32</sup> Gronning az institucionalizmust North alapján négy szakaszra tagolja, melyeket részletesen nem fejtek ki, csak vizsgálati szempontok változását.

Az „ancient”, azaz a legrégebbi szakasz megközelítésében Gronning Hodgson 1988-as írását idézi, aki szerint az intézmények egy tradícióba ágyazott, legális vagy szokásokon alapuló társas szervezetek, melyek tartós viselkedési mintákat határoznak meg. (Gronning 2008) Ehhez képest az „old” szakasz kutatói az intézményeket úgy fogták fel, mint szabályozó elveket, melyek egyének tevékenységét jól meghatározott szervezeti mintákba rendezik, főként az adott társadalmak állandósult problémáira reagálva ezzel. A „middle-aged” vagy normatív szakaszban nagyjából egyenlően oszlik meg az érdeklődés az intézmény absztrakt és manifeszt megközelítése iránt, és ebben a szakaszban különül el határozottan az intézmény (rendszeres, stabil, társas minta) és a szervezet (gyakorlati, technikai cselekvés) fogalma. A „young” szakasz szerzőinek megközelítése annyiban tér el a „middle-age”-tól, hogy nagyobb hangsúlyt fektet a normákra, azonban a történeti kötöttségek is benne foglaltatnak. Az érdeklődése középpontjában az intézmények létrejötte áll, illetve az, ahogyan az intézmények működése megerősödik (Gronning 2008).

<sup>33</sup> Powell és DiMaggio szerint a régi és az új institucionalizmus „közti különbségek az elemzés fókuszában, a környezetről alkotott felfogásban, a konfliktusokról és változásokról, az egyéni cselekvésről alkotott elképzelések tekintetében jelentősek (Powell - DiMaggio 2011 p. 77).” A változás szerintük a történelmi változásokra való reagálásban (mikro elemzési szint kiterjesztése makroszintre is) és az „emberi motivációról és viselkedésről való társadalomtudományos gondolkodásában végbement” változásban keresendő. [...] A jelenlegi fejlődésre a freudi énpeszichológiában gyökerező parsonsi cselekvésemélettől az etnometodológia és pszichológia „kognitív forradalmán” alapuló gyakorlati cselekvésemélet felé történő elmozdulás” ad magyarázatot” (Powell - DiMaggio 2011 p. 77).

mentén vizsgálják, hanem tágabban a kulturális környezetet is. Így az elemzések szintje kiterjed a makro és mikro szintekre is.

Gronning szerint a napjainkban leginkább alkalmazott intézmény definíció megfelel Olsen meghatározásának, miszerint „egy intézmény szabályok állandó kollekciója és intézményesült gyakorlatok, beágyazva hitek és javak struktúrájába, amik viszonylag állandóak az egyéni változásoknak és a változó külső körülményeknek a tükrében” (Gronning 2008 p. 7).

Ily módon ez az irányzat kiválóan alkalmazható a fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci részvételének többtényezős vizsgálatakor, mert jól azonosíthatóvá válnak az intézmények (pl. társadalombiztosítási rendszer) és a közösség tagjaiban kialakult szokások, elvek (pl. rokkantossági érdek). Ennek mentén összekapcsolható a makrostruktúra a mikrojelenségekkel, vagyis az egyéni érdekekkel.

### **II.1.1 Intézmény és szervezet**

Az intézmény és a szervezet megkülönböztetése az elemző munkákban elkerülhetetlen. Gronning, Edquist és Johnson meghatározását alkalmazza az innovációkutatásban, akik szerint „Az intézmény közösségben elfogadott habitusok, rutinok, bevett gyakorlatok szabályok vagy törvények tárháza, amit viszonyok és interakciók szabályoznak az egyén és a csoport között. Míg a szervezetek, egy konkrét céllal és tudatosan létrehozott formális struktúrák. Itt vannak szereplők és alakítók, szemben az intézménnyel, mely spontán fejlődhet ki, és gyakran nem meghatározott specifikus céllal” (Gronning 2008 p. 14). Az intézmény és a szervezet elhatárolásáról, megkülönböztetéséről számtalan írás született, melynek ismertetését nem tartom szükségesnek itt. Disszertációm témája szempontjából a North-i intézményeket alakító szabályozók vizsgálata tűnik célravezetőnek.

North hasonló eredményre jut, mint Edquist és Johnson amennyiben különbséget tesz az intézményeket alakító formális és informális szabályok között. Előbbiek a jól definiált szabályok (vagyis alkotmányok, törvények, tulajdonjogok stb.), azaz „a politikai (és jogi) szabályok, a gazdasági előírások és szerződések”, amelyek hierarchiát fejeznek ki: „az alkotmányoktól a rendeleteken és a polgár jogon

(common law) keresztül a különleges szabályzatokig és az egyéni szerződéseikig” (North 1990 p. 47). Az informális szabályok az egyezmények, magatartási kódok, viselkedési normák és így tovább, amelyek az egyes közösségekben különbözőképpen alakultak. Kulturális örökségként az „ismétlődő emberi interakciók” (North 1990 p. 40) koordinálása a céljuk, és konkrétan a következő elemeket tartalmazzák:

- „1) a formális szabályok kiterjesztéseit, kibontását és módosításait,
- 2) társadalmilag szankcionált viselkedési normákat és
- 3) internalizált viselkedési szabályokat” (North 1990 p 40).

North meghatározásában kiemelt szerepe van az intézményekben a szabályokat kikényszerítő erőknek, legyenek azok formálisak vagy informálisak. North definíciója alapján könnyebb azonosítani az intézményt és a szervezetet, mert leegyszerűsítve, a szervezetre, mint manifeszt (pl. kórház), az intézményre, mint absztrakt (pl. az egészségügy megszerveződése, melyben a törvényi szabályozás, terápiák, viselkedési normák, hierarchiák rendszere is benne foglaltatik) elemzési egységre tekint.<sup>34</sup>

Disszertációmban (hasonlóan Gronning kutatásához) mind a manifeszt, mind az absztrakt intézményesülési formákat szükséges megvizsgálni. Ilyen értelemben kutatásom a normatív szempontú intézményi megközelítéshez sorolható. Azonban nem tekinthetek el a történelmi aspektus figyelembe vételétől, és így a „young” megközelítéshez is sorolható kutatásom.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak mukaerőpiaci jelenlétének vizsgálatokor általam azonosított intézmények esetében mind a megtestesülő manifeszt, mind az azok mögött rejlő absztrakt szempontokat érdemes figyelembe venni. Részletesen megvizsgálom a North által definiált formális és informális szabályokat, bár a formális szabályokat (törvények, állami támogatások, juttatások rendszere) önálló

<sup>34</sup> Gronning (2008) alapvetően az innováció folyamatát vizsgálja, és szerinte az újító szemlélet sikerében, a technikai újítások és a finanszírozhatóság mellett, elengedhetetlen a társadalmi közeg (rögzült és bevett technikai megoldások, normák, politikai támogatás), különösen specifikus viselkedésminták (akár szavak, terminusok használata), mint intézményi környezet megfigyelése. (ez a megközelítés a middle-age, azaz a normatív szempontú intézményi kutatásokra jellemző) Ezt a fajta társadalmi közeget Carlsson és munkatársai az intézményi megközelítés absztrakt elemeinek tekintik, és nem intézményi környezetnek. Gronning az innováció vizsgálatokor a normatív szakasz szemléletében végzi kutatását, mert ez a megközelítés alkalmas szerinte a leginkább olyan esetek elemzésére melyben statikus és dinamikus állapotok is megjelennek, a konkrét intézményi változások esetében képes a társas, társadalmi korlátokat és lehetőségeket is számba venni. (Gronning 2008 p. 15)

intézménynek tekintem. Ezen intézmények nem újkeletűek, konkrét szervezetek épületei akár 100 éve ugyanolyan minőségben működnek. A megváltozott munkaképességűek támogatásának intézménye (elsőként a bányászok esetében) Magyarországon szintén 100 éve manifesztálódott különböző betegbiztosítások, és erre vonatkozó törvények keretében. North szerint „szükséges, hogy az intézményeket hosszabb időn keresztül megfigyeljük, hiszen ezek változása magyarázatot ad a társadalmak alakulására. [...] az intézményi változás iránya az intézmények és a szervezetek közötti kölcsönös kapcsolatok függvénye (vagyis a határozott célokat követő gazdasági, politikai, társadalmi, oktatási testületek)” (North 1990 idézi Fiori 2011 p. 188)

Az absztrakt szempont ebben az esetben az a társadalmi, szociális konstrukció, ami a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében kialakult a törvényhozók, a munkáltatók, az egészségügyben, szociális szférában dolgozók és a fogyatékos minősítő bizottságok tagjaiban. Ennek a konstrukciónak az eredményét nevezem szubjektív hatásnak, ami lehet kizáró, vagy integráló hatású.

Finnemore konkrét szervezetek vizsgálatakor megállapítja, hogy „nem azért léteznek, gyarapodnak és öltik magukra ismert formájukat, mert hatékonyak, hanem mert külső legitimációjuk van. [...] A külső környezet lényege a kultúra. Azok a társadalmi értékek ugyanis, amelyek bizonyos szervezeti formákat, bizonyos társadalmi cselekvéseket támogatnak és legitimálnak, és nem pedig másokat, kulturális értékek” (Finnemore 2011 p. 101).

A külső legitimáció a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében a mindenki által elfogadott törvényi szabályozás, terápiás kezelések és az egészségügyi szociális rendszer működése, finanszírozása. Magyarországon a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében a törvényi szabályozás és a munkaerőpiaci rehabilitáció, a foglalkoztatás állami finanszírozása, az ezt kiszolgáló egészségügyi és szociális intézmények szabályozása és támogatása még mindig a betegek diagnosztizáltak kizárását predesztinálja. A rokkanttá nyilvánításban, mint korábban írtam, megjelennek a munkaerőpiacra visszavezetés szempontjai, azonban az orvosi dominancia és a foglalkoztatók fogadtatása miatt tényleges rehabilitáció ritkán tapasztalható. A törvényi szabályozás olyan kultúra tükrét mutatja, mely „nem feledkezik” meg a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakról, egzisztenciális, mindennapi tevékenységeik korlátozottságáról, azonban a



közösségen kívül helyezi el őket. Ahogy Finnemore írja, „a történeti változásokat általánosítva tudják értelmezni. Azokat a módokat hangsúlyozzák, amelyek révén az egyes történelmi korok meghatározó politikai elgondolásai és társadalmi normái az állam céljait, viselkedését, sőt magát az állam természetét is messzemenően befolyásolják” (Finnemore 2011 p. 99).

## ***II.2 Az intézmények kialakulása és életben maradása***

### **II.2.1 A változatlanlanság intézményi megközelítésben: útfüggőség, lock-in**

Disszertációmban arra a jelenségre mutatok rá, hogy a fogyatékosok egy része és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak többsége nem jelenik meg a munkaerőpiacon, különösen a nyílt munkaerőpiacon. Erre a kizárásra irányul a törvényi szabályozás, az állami támogatások rendszere, az egészségügyi ellátás, a rokkantsági támogatások felmérési folyamata és a juttatások, valamint nem utolsósorban a foglalkoztatók és munkatársak fogadtatása. Légmán (2011) rámutat arra, hogy ha valakinek az életében bekövetkezik a pszichiátriai betegség hivatalos megállapítása, onnantól kezdve élete megváltozik (jó történet-rossz történet), nem csak a foglalkoztatás területén. Az intézmények és a mögöttük lévő társadalmi normák, politikai elgondolások, az egészségügyi rendszer stb. működése többnyire stabilnak mondható. Ez a fajta intézményi genezis után következő stabilitás, vagy változatlanlanság az institutionalisták által használt „útfüggőség” (path dependence) jelenségeként értelmezhető.

Egy intézmény kialakulására, és megváltozhatatlanságára kiváló példa a szakirodalomban mintegy archetípusként kezelt, leggyakrabban említett és a közéletbe is bekerült Paul A. David (1985) cikke, melyben a billentyűzet QWERTY betűkiosztásán illusztrálja, hogy a történelmi meghatározottság, a változások költségei hogyan akadályozzák meg a technikailag lehetséges, és hatékonyabb verziók elterjedését<sup>35</sup>. Ebbinghaus az intézmények kialakulását és elterjedését modellezte. Az intézmények kialakulásához szükséges, hogy egy

<sup>35</sup> Az angol nyelv betűgyakorlásának megfelelően a mechanikus írógépekre fejlesztett billentyűkiosztás változatlan marad, annak ellenére, hogy elektronikus írógépeken más billentyűkiosztás sokkal gyorsabb gépelést eredményezne. Számos alternatíva készült, mégis a gépirónők átképzésének, és az új készülékek beszerzésének költségei megakadályozták a váltást.

szokást, szabályt, néhány egyén elkezdjen alkalmazni, majd ez a mód megerősítést kap, és ezáltal egyre több ember fogja használni, azaz elterjed. Ebbinghaus szerint az intézményesüléshez szükséges, hogy elég sok egyén alkalmazza, ami a további elterjedésével az intézmény rögzüléséhez vezet (Ebbinghaus 2005 p. 8). Természetesen ez egy leegyszerűsítő leírása az intézmények és azok útfüggőségének kialakulására.

Ezt a folyamatot az intézményi szakirodalomban útfüggőségnek nevezik, melyet úgy szokták meghatározni, elsősorban intézményi közgazdászok, mint egy olyan utat, „mely nem csak attól függ, hogy hol vagyunk most, hanem attól is, hogy melyik úton voltunk rajta korábban. Tehát a „történelmi meghatározottság (history matters) számít” (Liebowitz - Margolis, 1999, p. 981).

Az út allegóriát használva, a kritika szerint az „egyén, ha rálép egy kitaposott útra, saját maga dönti el, mi a legjobb számára, további útját a kitaposott út mentén irányítja-e” (Liebowitz - Margolis, 1999, p. 982).

Mindezek mögött az a feltételezés áll, hogy az egyén a legjobb kimenetet (outcome) fogja választani, ha feltételezzük, hogy racionális és a döntéshez szükséges információk rendelkezésére állnak. A kritika egyik alapvető - a szakirodalomban sokszor alkalmazott - példája az egyéni döntés korlátozottságára és a konvenciók interiorizálására a közlekedési szabályok: azaz az a döntés, hogy az egyén betartja a közlekedésben a „jobbra tarts”(illetve bizonyos országokban a balra tarts) szabályát (Liebowitz - Margolis 1999 p. 984)<sup>36</sup>.

A közlekedésbiztonsági szabályok intézménynek tekinthetők, és hatályos változatuk egyfajta egyensúlyi pontként (equilibrium ending point) értelmezhető, amennyiben az intézményekben összegződnek a társadalmi normák, közmegegyezések, politikai célok és érdekek, és nem utolsósorban leghatékonyabb megoldásként funkcionálnak. Ezek a szabályok is folyamatosan változnak, amellet, hogy a szabályok „magva” a „balra tarts” változatlan marad. Tehát egy-egy intézménynek több szempontnak kellene megfelelnie, ezért több egyensúlyi pont is kialakulhat, ami azt jelenti, hogy az intézmények kialakulása egy adott egyensúlyi pont felé tartó folyamat végpontja. Az útfüggőségben

---

<sup>36</sup> Ha a cselekvő mégis meggondolná magát, és a bal oldalon közlekedne, idővel kénytelen lenne belátni, hogy döntése nem biztonságos, viszont megtörténhetne, hogy kellően sokan döntenek a bal oldali közlekedés mellett, és ez megváltoztathatná a kötelező haladási irányt

azonban benne rejlik az is, hogy „nem lehet, vagy csak költségesen, letérni az útról”, azaz kialakult egy bizonyos intézmény, mint egyensúlyi pont, ami egyrészt stabilitást ad, másrészt gátat szab a változásoknak.

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak és a fogyatékkal élők munkaerőpiaci részvételének kialakult történelmileg meghatározott folyamata megragadható az útfüggőséggel (erre is hozok példát az esettanulmányokban). Azaz amennyiben valakinek jelentős a munkaképesség-csökkenése Magyarországon jellemzően bekerül az egészségügy-szociális ellátórendszerbe, rokkantnyugdíjassá, inaktívvá válik, vagy – különösen a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak – védett munkahelyeken dolgozik. Ez az egyéni és az állam által támogatott kialakult rendszer rövid távon a legegyszerűbb és legkonfliktusmentesebb megoldásnak tűnik, azaz egyensúlyi pontként értelmezhető, azonban közép és hosszútávon is komoly feszültségek következnek belőle (egyének kirekesztődése, költséges egészségügyi és nyugdíjrendszer fenntartása).

## II.2.2 Az útfüggőség típusai

Az intézményi útfüggőség kialakulásának és ezek megváltoztatásának Liebowitz és Margolis (1999) a szakirodalom alapján három fokozatát különíti el, vagy másként fogalmazva három lehetséges kimenete van annak, ahogy a múlt által meghatározott feltételek vagy múltbéli döntések állandóan hatást gyakorolnak a jelenben változó folyamatokra.

*Első fokozat:* egy múltbéli kezdeti cselekedet vagy döntés meghatározza a jelenbelit, és annak megváltoztatása költséges lenne. Ez egy optimális egyensúlyi pont, amely mellett léteznek más egyensúlyi pontok is<sup>37</sup>. Tipikus példa erre a hétköznapi szokások. Ebbinghaus (2005) az útfüggőségnek ezt a változatát, a megfelelő allegóriát továbbfejlesztve, „kitaposott útnak” (trodden trail) nevezte el. Értekezésében egy múltbéli eseményként kezel bizonyos szokásokat, melyek lehet, hogy véletlenül felbukkannak, pozitív visszajelzést kapnak és egyre többen alkalmazzák, majd mélyen bevésődnek és lassan, szekvenciálisan változnak. A kitaposott út kialakulásában nagy szerepe van tehát a közösségnek, a network hatásnak.

<sup>37</sup> Mark Roe (Roe 1996; idézi Liebowitz - Margolis 1999) kiterjesztette ezt a típust azokra az esetekre, mikor a rögzült forma nem hatékony, vagy nem optimális, de megváltoztatása valamiért nem lehetséges.

*Második fokozat:* meghatározása a rendelkezésre álló információ korlátozottságán alapul. Ezekben az esetekben a cselekvő olyan utat választ, mely jelenlegi tudása szerint a legoptimálisabb, azonban később kiderül, hogy tévedett. Tipikus példa erre a hosszú távú gazdasági modellek.

*Harmadik fokozat:* Williamson (1993; idézi Liebowitz - Margolis 1999) ezt az „orvosolható” útfüggőségnek nevezte el, amennyiben ez olyan út, mely korrigálható, illetve a körülmények megengedik a korrekcióját. Ez tipikusan jól alkalmazható a public policy-k elemzésére (Liebowitz - Margolis 1999).

A fokozatok között egyfajta progresszivitás fedezhető fel, amennyiben az első fokozat egyszerűen két időpont közötti viszonyt mutat be, nem tartozik bele a kialakult út minősítése (Liebowitz - Margolis 1999). A második fokozat meghatározza, hogy hibás volt az út, melyre korábban rátértek, míg a harmadik fokozat esetében az is megjelenik, hogy a hibás utat hogyan lehet elhagyni. Tehát míg az első két fokozatban nincs lehetőség javításra, az elérhető alternatívák és az információ korlátozottsága miatt, a harmadik fokozatban adottak, legalábbis elméleti szinten, a választási lehetőségek<sup>38</sup>.

Ebbinghaus (2005) kritizálta Liebowitz és Margolis (1999) tipológiáját, mivel a makro-mikro szintek közötti kapcsolat leírásának hiánya, ami szerinte egyben a változások kulcsa is, hiányzik belőle. Általában szerinte az útfüggőséget taglaló elméletek racionális cselekvőket feltételeznek – ez lehet az alapja a 3 szintnek – és kevésbé térnek ki a nem racionális, újító egyénekre, az újítók esetleges tudatos stratégiájára, és az újfajta út elterjedésének folyamatára (network hatás). Továbbá azt az előfeltevést kérdőjelezi meg, mely az egyes utakat egyik esetben sem tartja hatékonynak, a kiindulási pillanatban egyenlő esélyekkel rendelkező alternatívák feltételezését és a terjedési folyamat linearitását, mely ugyan a kutatók számára utólag könnyen elemezhetővé válik. Mindezzel együtt jár az intézmények rugalmatlansága, szilárdsága, melyhez Ebbinghaus (2005) szerint a környezeti tényezők kizárása, vagy állandóságának feltételezése szükséges. Összességében

<sup>38</sup> David 1985-os tanulmánya a QWERTY billentyűkiosztás állandósulásának leírása az első fokozatú útfüggőségre kiváló példa. Azonban David, a számos őt ért kritikára válaszul, kiegészítette cikkét, és beemelte a billentyűkiosztás megváltoztatásának lehetőségét, oly módon, hogy amennyiben centralizált körülmények között történt volna a hatékonyabban használható billentyűkombináció bevezetése, és nem egy-egy alkalmazónál, azaz decentralizáltan, úgy sikerült volna véghezvinni a váltást. Ezzel a kiegészítéssel, már a harmadik fokozatú útfüggőséghez sorolható a tanulmány (Liebowitz - Margolis 1999).

Ebbinghaus szerint az útfüggőség kialakulása sokkal inkább sztochasztikus folyamat, semmint determinisztikus, mint ahogy sokan gondolják. Tanulmányában az útfüggőségnek két típusát különböztette meg. Az első a kitaposott út megfeleltethető a Liebowitz-Margolis-féle első fokozatnak.

Az intézményi változás gradualitását továbbgondolva a lehetséges változásokat (changing) inkább átalakulásként (transformation) kezeli, és az „elágazó utak” (branching pathways) metaforával illetve ezt, melyet összehasonlító gazdaságtörténeti művek példáit felhasználva alkotott meg. Nyitott útnak (open path dependence) nevezi az intézményi változások fejlődését, és nem egyensúlyi pontokkal dolgozik (Ebbinghaus 2005). Az átalakuláshoz szerinte olyan kritikus helyzetnek kell kialakulnia, amikor a kollektív cselekvők új szabályokat alkotnak, amelyek megnyitják az utat a krízis megoldása felé, majd, ahogy David (1985) leírta, ezek önmagukat erősítő folyamattá alakulva elterjednek és az alternatívák lehetséges variációi közül végül egy rögzül. Az intézmények alakulásának három lehetséges módját különbözteti meg:

1. Az *út stabilizációja*, oly módon, hogy környezeti tényezők megváltozásának hatására az intézmény némileg módosul, azonban a működésének a „magva” ugyanaz marad.
2. Az út elterelése, egy *graduális adaptáció*, azáltal, hogy részben megújulnak az intézményi megállapodások és szokások, illetve korlátozódnak a korábban meghatározó szabályok.
3. Az *út megszűnése*, ami a korábbi út önmegegyesítő folyamatának a végével és egy új intézmény létrejötté által következik be (Ebbinghaus 2005).

A munkaerőpiacon való részvételre általában is, és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében is több típus található. A pszichiátriai diagnózissal élők esetében azonban sokkal korlátozottabbak a lehetőségek és kialakultak a kirekesztődést, dezintegrációt erősítő gyakorlatok is, melyek az útfüggőség 2. típusával, vagy az út stabilizációjával írható le. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, és fogyatékkal élők esetében is megjelentek azonban újító szándékok, melyek a kirekesztődés és a hospitalizáció ellenében munkálkodnak, azaz igény arra, hogy a kitaposott útról le lehessen térni. (Az út megszűnése talán abban az esetben lenne lehetséges, ha a pszichiátriai betegségeket nem betegségként kezelnénk. Ilyen változás a homoszexualitás megítélésében történt.)

### II.2.3. Lock-in jelenség

A lock-in (rögzült) jelenség ideáltipikus példája a korábban ismertetett QWERTY billentyűkiosztás, mely esetében rögzült jelenség megváltozását megakadályozza a gazdasági és a közösségi környezet. Szalai a rögzült események és az útfüggőség viszonyát úgy fogalmazza meg, hogy „érvényesül az ún. útfüggőség (path dependence) elve, mely szerint a változás költségei meghaladják a folytonosság biztosította hasznot, így az eredeti intézményi berendezkedés adott pályán rögzíti az intézményrendszert (lock-in)” (Szalai 2011 p. 44). A lock-in egy rögzült viselkedést, intézményi formát jelent, ami Liebowitz és Margolis (1999) szerint jelentheti a mindennapi tisztálkodási, étkezési szokásokat is, tehát nem feltétlenül rosszabb, mint ugyanennek a viselkedésnek, cselekedetnek, intézménynek egy másik kimenete (lock-out).

A regionális kutatások területén gyakran differenciálják a lock-in jelenséget. Grabher (1993) korábban prosperáló, a kutatás idejére azonban már hanyatló iparvidékek esetleges fejlődési lehetőségeit, és az ezt befolyásoló csoportokat vizsgálta. Kutatásai során azt tapasztalta, hogy az új gazdasági, társadalmi helyzetre különböző szegmensekben különbözően reagálnak és ez eltérően alakíthatja az esetleges változást, vagy innovációt. A regionális kutatások területén a lock-in jelenségek típusainak segítségével meg tudták magyarázni a hanyatló vidékek alacsony szintű adaptációs, tanulékonyági és innovációs képességét (Trippel Tödtling 2008). A változatlan mérőeszközének és a változás kulcsának a lock-in jelenség szintjének Grabher (1993) három típusát különböztette meg:

- funkcionális lock-in, ami a csoportok közötti networkre utal,
- kognitív lock-in, a világ szemlélet (world views), beállítódások rugalmassága
- politikai lock-in, ami a politikai és a magánszféra szereplőinek viszonyára utal.

Grabher (1993) felismerte, hogy az esetleges változások többdimenziósak, sokszereplősek, minden egyes dimenzióknak és szereplőnek eltérő struktúrája, dinamikája van. A szereplők és dimenziók egymás közötti kapcsolatának mintázata szintén meghatározhatja a változás lehetőségeit. Grabher tehát differenciálta a rögzült eseményeket és ezzel az események megváltoztathatóságát is tipizálta. Iparosodott régiók fejlődésének kutatásakor azt tapasztalta, hogy

kognitív struktúrák rögzülése változtatható meg a legkevésbé, illetve a leglassabban, míg a politikai események, döntések megváltozása könnyebben és gyorsabban kivitelezhető, és köztes esetet képvisel a funkcionális rögzülés. Ezt a felismerést azóta számtalan regionális és közgazdasági kutató felhasználta, és újragondolta. Grabher egyfajta elméleti eszközt is alkotott, mely az induktív logikát követi, amennyiben egy kutatás során feltárt problémákat rögzült események mentén ragadja meg, és ezt általánosítva ebben keresi a változás-állandóság lehetőségeit<sup>39</sup>.

A fogyatékkal élők munkaerőpiaci részvételének vizsgálatakor is tapasztalható az útfüggőség jelensége, megkülönböztethető egymástól az egyes rögzült események és meghatározhatóak típusai. Alapvetően a munkaerőpiaci kirekesztődéshez három intézmény együttes diszfunkcionális működését és ezek esetében kialakult útfüggőséget fogom bemutatni a következő fejezetben.

### ***II.3. Változás két lehetséges dimenziója: szabályozók, és cselekvési szintek***

Dolgozatomban az állandósult gyakorlatok, intézmények mellett az esetleges változások irányát, mozgatórugóját is igyekszem feltárni. Két kérdés fogalmazódik meg tehát: melyek azok a tényezők melyek állandósítanak vagy rögzítenek intézményeket, illetve elősegítik a változást.

Dougless North (1990) az intézmények tartósságának, illetve a változatlanságnak három okát határozta meg:

- A változás tranzakciós költségei magasabbak, különösen egy nem versengő piacon.
- A politikai szereplők megakadályozzák a változást, amennyiben ez nem saját szabályaiknak megfelelő, és a piac nem érvényesíti érdekeit.
- Egy intézmény rögzül, azáltal, hogy egy adott útfüggőség kialakul, és önmagát erősítő folyamattá válik működése.

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életét meghatározó ellátási formák, a foglalkoztatásra vonatkozó törvények és szokások

<sup>39</sup> Grabher (2004) maga is egy későbbi kutatásában kulcsfontosságú rögzült eseményeket konkretizált, amikor software és reklámcégek vizsgálatakor megkülönböztette a személyi és a technikai lock-in-t, és ezek mentén megfigyelte, melyiknek milyen hatása van az innovációra, termelékenységre.

jellemezhetőek a fentiekkel. Az ellátórendszer jelentős része állami, aminek megváltoztatása (épületek átalakítása, szakemberképzés stb.) igen költséges lenne. A nem állami fenntartású intézmények finanszírozása is a jelenlegi rendszer szerint történik, tehát ezt is újra kéne gondolni és kalkulálni. Ebben az esetben a politikai szereplők is akadályozzák az átalakulást, akárcsak a munkaerőpiac támogatása, vagy a társadalombiztosítás rendszere, melyek lényegüket tekintve csak kis mértékben változtak az elmúlt évtizedekben. Mindezek rögzült gyakorlatokká váltak, úttá, melyek megváltoztatásához több intézmény és a mögöttes szociális konstrukció átalakítása is szükséges.

A változás megragadhatóságát segítette a lock-in jelenség tipizálása és az állandósult intézmények differenciált kezelése, melyek mögött az intézményeket meghatározó szabályozók megkülönböztetése áll. Douglass North formális (szabályok, törvények) és informális (viselkedési normák, társas kódok) korlátozókat különít el (North 1990). North szerint a korlátok e két fajtája közötti megkülönböztetés segítségével lehet megmagyarázni a társadalmak történeti változás során bejárt eltérő útjait (illetve azok okait). A kétféle korlátozó alapvetően kétféleképpen változhat meg North szemléletében, vagyis kétféle időt és dinamikát lehet felismerni bennük. „A formális és informális intézmények összekapcsolódásainak különböző módjai határozzák meg az intézményi keretet, a társadalom időbeli változása pedig ez utóbbiból következik. Pontosabban, lehet, hogy a formális korlátok az informális korlátokból „fejlődnek” ki (North 1990, idézi Fiori 2011 p.188). Az informális szabályozók szükségszerűen lassan változnak, míg a formális szabályok ezzel szemben gyorsan átalakulhatnak. Mivel egy-egy intézmény működését meghatározhatja a korlátozók mindkét típusa „mindebből az következik, hogy az intézményi változás általában vett folyamatát az átalakulás kétféle idejének a kétféle korláttal kölcsönösen összefüggő koherens együttlétéseként kell felfogni” (Fiori 2011).

North (1990) a változások két típusát különbözteti meg tehát; a graduális változást, mely az informális korlátokra, és a megszakított (vagy radikális vagy anti-gradualista) változást, mely inkább a formális korlátokra jellemző. A gradualitás magában foglalja a fokozatosságot, az események kumulálódását, szervességet. Az anti-gradualista változás nem független a múlttól, csak éppen a



korábbi szabályozók megtagadásán és összeegyeztethetetlenségén alapul. Az átalakulás iránya kétféle lehet, formálistól az informális felé, és fordítva.

Az intézményi változás összetettségére hívja fel a figyelmet Trippel és Tödtling (2008), szintén iparvidékek lehetséges fejlődési útjainak kutatásakor. A lock-in jelenség elhagyásának egy harmadik módját azonosították, az úgynevezett diverzifikált megoldást, melyben mind a radikális, mind az inkrementális változás elemei megjelentek. Így a változás a formális és informális szabályozók mentén lehet gradualista, anti-gradualista, és inkrementális.

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak életét meghatározó intézményeket általában és a munkaerőpiaci részvételt befolyásoló intézmények változását, illetve tartósságát érdemes a formális és informális szabályozók, illetve a strukturális átalakítások mentén vizsgálni. Erre kiváló példa a rokkantnyugdíjazási rendszer törvényi szintű átalakítása a rehabilitációs járadék bevezetésével (lásd I.1.3. Emberi jogi modell és a magyar jogszabályok), mint formális szabályozás, mely egyelőre nem hozta magával a munkáltatók nyitottságát, a rokkantnyugdíj iránt beadott kérelmek csökkenését (informális szabályok).

### **II.3.1 A változás mikro-makro szintű iránya**

A fenti példa illusztrációja lehet a gradualista és az antigradualista változás elméletének, mely szerint a változás jellemzői mögött is a mikro (egyének)-makro (intézmények) jelenségek attribúciói és egymáshoz való viszonya, kölcsönhatása áll. North (1990) szerint az intézmények azért változnak inkább szervesen, (még jelentős változások estében is, mint a forradalmak, vagy a hódítások) semmint megszakítottság révén, mert az intézményeket alakító informális korlátok a társadalomban beágyazottak, melyek átalakulása sok időt igényel. A graduális változás tehát magában hordozza a formális és informális korlátozók közötti szerves kapcsolatot, ahol a változás határterületeken kezdődik, fokozatos és lassú folyamat.

A két típusú változás aszimmetrikus átalakulása miatt feszültség alakulhat ki, mivel ezek sok esetben inkonzisztensek egymással. Mindez az idealisztikusan felvázolt folytonos változást is megakadályozhatja mintegy rögzült (lock-in)

jelenséget, vagy útfüggőséget generálva (North 1990). Fiori (2011) két tipikus feszültségkeltő esetet nevez meg: az egyikben állami hatalom, törvények eltörölhetnek informális szabályozókat (pl. boszorkányok nincsenek), megakadályozzák, hogy újra életre keljenek; míg a másik esetben elavult informális szabályozók meggátolhatják, hogy a jogok, politikai döntések és a gazdaság új formái tűnjenek fel.

A változás intézmények (formális és informális) és szervezetek közötti interakciók eredménye. „Az intézmények az ösztönzők struktúrájának alakításával »meghatározzák a lehetőségeket a társadalomban« (North 1990 idézi Fiori 2011 p. 190), a szervezetek pedig »azért születnek, hogy kihasználják a felkínált lehetőségeket, és ahogyan fejlődnek, megváltoztatják az intézményeket« (North 1990 idézi Fiori 2011 p. 190).” Fiori szerint a szervezetekből kiinduló változás is graduális, melyet lényegileg meghatároz az informális korlátok jellege, „úgy az intézményi struktúra alakítása, mint az egyének (és szervezetek) percepcióinak, mentális konstrukcióinak és preferenciáinak szabályozása révén, amelyek azután válaszként szerves változásokat generálnak” (Fiori 2011).

Fiori szerint a szabályozók létének és változásának megértéséhez „meg kell értenünk a kapcsolatokat azok között a mentális modellek között, amelyeket az egyének az őket körülvevő világ megértése érdekében alkotnak, azokat az ideológiákat, amelyek ezekből a konstrukciókból fejlődnek ki, és azokat az intézményeket, amelyek egy társadalomban a személyközi viszonyok irányítása céljából jönnek létre” (Denzau - North 1994, idézi Fiori 2011 p.194). Fiori szerint North és Denzau elméletében a mentális konstrukciók és az intézmények szorosan összefüggenek, és mindkettőt befolyásolja az „ábrázoló újraírás” (Fiori 2011 p. 194), mely a mentális modellek újbóli átrendezését jelenti. Pontosabban, az intézmények „a fejlődő mentális modellek visszatükröződései”<sup>40</sup> (Fiori 2011 p. 198). Tehát Fiori elméletében is indirekt módon a változás mikro szintű eredetét hangsúlyozza a mentális konstrukciókban rejlő változásokban.

Trippl és Tödtling (2008) az egyének mentális konstrukcióinak vizsgálata helyett inkább az egyének közötti kapcsolatok mennyiségére és minőségére, a network hatásra helyezik a hangsúlyt. Kutatásaik során azt tapasztalták, hogy az

<sup>40</sup> Erre a kapcsolatra utaltam az I. fejezetben szociális támogatások rendszere és a szociális konstrukciók kapcsolatának esetében.

iparosodott régiók változásában, innovációjában a legjelentősebb szerepe az új és a régi szereplők viszonyának és ennek hosszú távú alakulásának van, és ez határozza meg az egyes intézmények (politikai, vállalati, infrastruktúra) átalakításának lehetőségeit.

A változások kulcsa tehát mindenképpen az interakciókban rejlik, legyen az intézmények, vagy személyek közötti interakció. Esettanulmányaim során bemutatok a megszokott útról letérő „elágazási pontokat”, melyek valóban reakciók, vagy interakciók eredményei (pl. önkormányzati nappali intézmény dolgozói pályázati pénzekből rehabilitációs szolgáltatásokat végző alapítványt hoztak létre). Mindehhez elengedhetetlen a szintén sokat emlegetett mentális konstrukciók megváltozása az intézményeket működtető, vagy létrehozó emberek, illetve a szolgáltatásokat használók és családjuk körében. Természetesen nem minden automatikus, vannak visszasságok, elakadások, de mindez a graduális változás sajátja.

### **II.3.2 Intézménytelenítés**

A szociális szolgáltatások jelentős részében megjelent az intézménytelenítés igénye, melynek lényege, hogy az ellátás személyre szabottan, kiscsoportban, a család, baráti kapcsolatok megőrzése mellett, területileg is integráltan történik. Míg az USA-ban, vagy Hollandiában már az 1900-as évek végén elindult ezirányban a változás, addig Magyarországon ennek csírái látszódnak csak.

Ebbinghaus (2005) az intézménytelenítés típusaiban nem az intézmények tehetetlenségének okát, hanem átalakulását és a deinstitutionalizáció lehetőségeit térképezi fel. Ebbinghaus felsorolja ennek az eseteit, azonban figyelmeztet arra, hogy empirikusan ezek a modellek nem teszteltek:

- A koordinációs cselekvés esetében az intézmények változását a networkhatás vagy a gazdasági értelemben vett kevésbé hatékony eredmény idézheti elő.
- A hatalomorientált cselekvők esetében az erőviszonyok megváltozása adhat okot változásra, valamint esetlegesen megjelenő új csoportok középpontba kerülése. Természetesen a politika területén ennél mindig bonyolultabb hatalmi és érdekszövetségek alakulhatnak ki, és maguk a döntéshelyzetek, vagy intézmények közötti kapcsolatok is akadályozhatják a változást.

- A komplementer intézmények esetében a komplementaritás megszűnése okozhat átalakulást vagy változást, ami általában valamilyen külső tényező, vagy feltétel megváltozásából eredeztethető.
- A legitimáció-orientált cselekvők és intézmények esetében deinstitutionalizáció következhet be, ami valamely normatív vagy kognitív tényező, folyamat megváltozását jelenti, és az intézmény elveszíti legitimitását. Ez akkor következhet be, ha egy szokás, egy út elveszíti a való világgal való kapcsolatát, vagy egyre kevésbé válik alkalmassá az eredeti feladat megoldására.

A fogyatékkal és a pszichiátriai diagnózissal élők esetében az intézménytelenítés és a kitagolás folyamatára külön ki fogok térni. Ebben az esetben az intézménytelenítés oka nem csak a gazdasági hatékonytalanság, hatalomorientált cselekvők érdeke, vagy a környezeti változás. Sokkal inkább egy olyan, hatalommal nem igazán rendelkező társadalmi csoport érdeke és tevékenysége, melynek kirekesztettsége az intézményekben és a mögöttes társadalmi konstrukciókban rejlik.

### **II.3.3 Elemzési szintek kiegészítése: mezo-szint szerepe**

Mind Ebbinghaus, mind Trippel-Tödling elméletében fellelhető egy külső vagy politikai, vagy network hatás, mint a változás vagy az átalakulás kulcsa. Az Ebbinghaus-féle négy kategóriás modellben az egyes elemzési szintek közötti interakció jelenik meg. Véleményem szerint mindez kiegészíthető lenne a makro-mikro szinteken túl egy mezo szint alkalmazásával, amennyiben a mezo szint a külsődleges tényező, vagy közvetítő szerepét testesíti meg. Az egyén, vagy az intézmény, vagy a politikai átalakulások az egyes kategóriákban ilyen mezo szintként értelmezhetők.

- A mikro-mikro interakcióban a koordináció és a haszonelvűség a meghatározó, de egy külső - például politikai - változás hatására az egyének érdekei megváltozhatnak.

- A makro-makro interakcióban a Fiori által mentális konstrukciónak nevezett jelenség megváltozása lehet az a köztes szint, ami befolyásolja az intézmények komplexitását.
- A mikro-makro irányú kapcsolat a politikatudományban jelenik meg, amire szintén hathatnak ideológiák, jelentős infrastrukturális, gazdasági változások, mint közvetítők.
- Makro-mikro irányú interakció során az intézmények kognitív funkciója eltűnhet, vagy megváltoznak az egyéni beállítódások, és az intézmények nem alkalmazhatóak, tehát ebben az esetben mind makro, mind mikro jellegű közvetítők hatással lehetnek a változásra.

Az elemzési szintek kiegészítését a mezo szinttel azért tartom indokoltnak, mert a mentális konstrukciók gyakorlatban történő megvalósulásához, vagy éppen fordítva makroszintű változások mikroszintű „leképeződéséhez”, sok esetben szükséges egyfajta közvetítő közeg. A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ellátásban, munkaerőpiaci részvételében ilyen szerepet tölthet be az állami finanszírozás (pl. közösségi ellátásra való igény megfogalmazódik betegekben, hozzátartozókban, szakemberekben, de az ellátási forma megvalósulása hosszú távon önkéntes alapon nem megoldható), vagy civil/nonprofit szervezetek tevékenysége (érdekérvényesítés, alternatív szolgáltatás).

Az intézményi változás vagy állandóság leírása tehát mindenképpen folyamatszemléletű és többdimenziós, amely dimenziók - avagy intézmények, szereplők közötti - kapcsolata leírható a jóléti állam modellekből kiinduló civil/nonprofit szervezetekre vonatkozó elméletekkel.

#### ***II.4. Intézmények kapcsolata a jóléti modellek értelmezésében***

A hagyományos közösségek felbomlása, az urbanizáció, a felgyorsult élet és munkatevékenység nehezen tudja integrálni a sok esetben lassabb, körülményesebb, odafigyelést igénylő fogyatékkal élőket. Ráadásul a modern kori gazdasági, technikai, közösségi változásnak következménye számtalan egészségkárosodás. A fogyatékkal élők egészségügyi ellátása nem szorul

magyarázatra, szociális ellátásuk tehát elsősorban a modern korhoz, annak gazdasági, társadalmi változásaihoz köthető. Kinek a feladata ellátni a fogyatékkal élőket, ki segíthet hétköznapijaik zökkenőmentesebbé tételében, a családokra nehezedő teher átvállalásában, társadalmi, munkaerőpiaci rehabilitációjukban? Vagy egy fogyatékkal élő szemszögéből vizsgálva, milyen ellátásokat igényelhet, ha egyáltalán van választási lehetősége?

A civil/nonprofit szektorra vonatkozó elméleteket közgazdaságtani, szociológiai és interdiszciplináris elméleti keretekben szokták tárgyalni. Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolásában a jóléti állam, a civil/nonprofit szféra és a háztartások kapcsolataira, valamint a szektorok feladatmegosztására, egymáshoz való viszonyára és egymásra gyakorolt hatására koncentrálok, ezért az interdiszciplináris elméletek közül ismertetek néhányat.

#### **II.4.1. A nonprofit szektor és a jóléti állam válsága**

A jóléti állam meghatározása, tartalma, politikai ideológiák és az erről szóló közösségi vélekedések folyamatosan változtak, kialakulása, az 1950-es évek óta. A jóléti állam alapvetően egy adott ország jóléti rendszerét, a jövedelemtranszfereket, az állami szociális szolgáltatásokat (hagyományosan az egészségügyi ellátás, szociális-, a gyermek-, és az idősgondozás) és ezek nagyságrendjét, és a lakhatás biztosítását tartalmazza. „Esping-Andersen ezt a szűk definíciót kibővítette a szolgáltatások társadalomra való hatásának (pl. munkaerőpiacra vagy a nemek közötti viszonyokra való hatás), és a szociális jogok értelmezésének (alapvető, elidegeníthetetlen, univerzális, nem teljesítményalapú emberi jog) figyelembevételével. „A jóléti állam célja tehát ebben a felfogásban nem az elszegényedés megakadályozása, hanem az állampolgárok (testének és munkájának) „dekommodifikációja” (Bányai et al. 2012 p. 9). A TASZ jelentése ezt a szempontot úgy foglalja össze, hogy „Mindez azt jelenti, hogy a szociális jogok és jogosultságok az állampolgárok politikai közösséghez tartozása és a piaci mechanizmusban való részvétele felől értékelhetők, vagyis akkor beszélhetünk eminens értelemben vett jóléti államról, ha annak elsődleges célja a munkához való hozzáférés, egyszersmind a politikai közösségben való tagság megerősítése és stabilizálása, röviden: a teljes értékű állampolgárság biztosítása” (Verdes - Scharle - Váradi 2012 p.8).

A jóléti állam virágkora az 1960-tól 1975-ig tartó időszak, melyet az állami redistribúció (szociális kiadások területén mutatkozik meg leginkább) és a gazdaság növekedése jellemzi. Ebben az időszakban a szociális kiadások emelése az állampolgároknak és a piacnak is érdeke volt. Olajválsággal párhuzamosan a jóléti államok válsága is jelentkezik, (1975-1980) melynek tünetei a világ gazdaság működési zavara, társadalombiztosítási juttatások csökkentése, politikai-társadalmi konszenzus megtörése és az állam problémamegoldó képességének megkérdőjelezése (Ferge 1983, Bartal 2005). Ebben az időben megváltozott a jóléti szolgáltatások hagyományos duális (piacgazdasági) megközelítése, és egyre inkább a három szektoros felfogás vált elterjedtté, azaz az állami és a piaci szolgáltatások kiegészültek a nonprofit szektorral.

A nonprofit szervezetek tehát a jóléti állam válságának jelentkezésekor kerültek a figyelem középpontjába, amikor térnyerésük, típusainak növekedése, egyre számottevőbb gazdasági és társadalmi szerepük olyan kérdést vetett fel, melyre a közgazdaságtan válaszolt elsőként. Az elsődleges kérdés az állam és a piac mellett a harmadik szektor gazdaságban betöltött szerepének és viselkedésének magyarázata (Bartal 2005).

A nonprofit szervezetek létrejöttének egyik meghatározó magyarázatát Burton Weisbrod (1991) dolgozta ki, aki szerint a nonprofit szektor kínál megoldásokat azokra a problémákra, amelyeket a piac és az állam kudarca okoz meghatározott kollektív javak biztosításában. A nyolcvanas évek közepétől a nonprofit szektor helyzetének értelmezése szorosan összefügg a jóléti állam válságából kivezető út keresésével (Bartal 2005). Az állami feladatok piacosítása jellemzi ezt az időszakot, elsősorban olyan szektorokban, ahol a nonprofit szervezetek szerepe domináns volt, és a kormányzati bevételektől elestek.

A fogyatékkal élők számos jóléti szolgáltatást igényelhetnek Magyarországon, melyek Verdes és munkatársai szerint „szociális jogosultságot garantálnak, de az állampolgári tagság megszerzését nem teszik lehetővé, sokkal inkább annak elvesztéséhez és felmorzsolódásához vezetnek (vö. Szalai 2007, 21–61)” (Verdes - Scharle – Váradi 2012 p. 8). Ennek egyik oka szerintük, hogy Magyarországon a jogban, az ellátásokban, támogatásokban a fogyatékossgot egyéni deficitként

kezelik, mely mögött az orvosi modell konstrukciója tükröződik, amely rokkantositáshoz, folytonos betegszerephez és társadalmi kirekesztődéshez vezet. Többek között ez az egyik oka, hogy az állami és a piaci szereplők mellett Magyarországon is megjelentek a civil/nonprofit szervezetek a szociális ellátás területén és a munkaerőpiaci reintegráció területén is. Különösen a pszichiátriai diagnózissal élők esetében kiemelt jelentősége van a civil/nonprofit szervezetek tevékenységének. Nem csak az érintett csoport életminőségének, társadalmi megítélésén igyekeztek javítani, hanem, mint érdekvédő szervezet is felléptek. Ilyen módon a fogyatékkal élők ellátása, támogatása mindenképpen háromszektoros Magyarországon. A civil és a nonprofit szervezeteknek számos definíciója létezik adott országtól, jogi, finanszírozási, önkéntességi stb. szemponttól függően. (lásd pl. Kuti - Marschall 1991, Salamon - Anheier 1995) Magyarországon főképp az önkéntesség, kormánytól való függetlenség, profitelosztás tilalma, önkormányzatiság, intézményesültség elveinek érvényesülésével határozzák meg ezt a szektort, azonban ezek az elvek korántsem biztos, hogy maradéktalanul teljesülnek szervezeti szinten. Magyarországon a nonprofit szektorban egy duális modell jött létre (sok kis szegény és kevés nagyobb gazdagabb szervezetek) és ennek kapcsán megszületett civil- nonprofit modell (Bartal 2005), és ehhez csatlakozva az általam bemutatott szervezeteket civil/nonprofit szervezeteknek hívom (Fülöp 2002).

#### **II.4.2. A nonprofit szektor kialakulása és kapcsolatainak elméletei**

A jóléti állam és a civil/nonprofit szféra kialakulásának, működésének, kudarcainak gazdag szakirodalma van, mely napjainkban is a tudományos vizsgálódás, és a szociológiai, politikai érdeklődés tárgyát képezi. A nonprofit szektor fejlődését Kramer (2000) szerint három trend határozza meg: az 1960-80-as évek között a szektor gyors és látványos térnyerése, a második 1980-tól a szektor kudarcai, a harmadik pedig a nonprofit szektor, mint intermediér terület értelmezése. Ezek közül a többszereplős modelleket ismertetem, mely az egyes szektorok (állam-piac-nonprofit) feladatok közötti részvállalására fókuszál. Ezek a modellek ugyan statikusak, azonban jól szemléltetik a többszereplős szociális ellátást, és az egyes szereplők egymáshoz való viszonyát.



Salamon (1991) „*interdependencia*” elmélete arra keresi a választ, hogy milyen helyzetekben, milyen okok következtében alakul ki partneri viszony az állam és a nonprofitok között. Szerinte a felelősség megosztása, azaz, hogy melyik szféra, melyik feladatot látja el, a kulcskérdése a nonprofit szervezetek működésének. Megkérdőjeleződik a nonprofit szervezeteknek az az értelmezése, miszerint ott lépnek fel, ahol az állam és a piac kudarcot vall. Elmélete szerint az öntevékeny szervezetek reagálnak a piac kudarcára, és nem a kormány. A fogyatékkal élők munkaerőpiaci integrációja területén a civil/nonprofit szervezetek a piac és az állam kudarcaira is reagáltak. Az állam főképpen alacsony fizetésű védett munkahelyeket támogatott, míg a piaci szereplők kevésbé foglalkoztattak fogyatékkal élőket. A nyílt munkavállalás célja, és ezáltal a reintegráció felkarolása a civilek feladata maradt.

Az állam szerepe azonban továbbra is kulcsfontosságú maradt a foglalkoztatás támogatásával, a civil/nonprofit szervezetek és a foglalkoztatás számára is a törvényi keretek meghatározásával. Salamon szerint (1991) a jóléti államban a kormány felléphet irányítói, finanszírozói szerepben, valamint szolgáltatások előállítójaként, azonban az egyes szerepek hangsúlya országonként más és más lehet. Valamint a kormány alakítja ki a nonprofit szféra működéséhez szükséges politikát, meghatározza a prioritásokat, finanszírozást, a nonprofit szervezetek pedig végrehajtják a politikát (Harsányi 2003). Ennek az együttműködésnek, tehát hogy a közjavak termelése hogyan oszlik meg az egyes szférák között, többféle módja lehetséges. A különböző tevékenységet végző nonprofit szervezetek kapcsolata az állammal és a piaci szférával nagyon sokféle lehet, attól függően, hogy az állam milyen feladatokat ad át a nonprofit szférának, és hogyan támogatja működését.

A „jóléti állam” elméletekben nem a nonprofit szektor áll középpontban, hanem az állam jóléti szolgáltatásaira fókuszálnak (Bartal 2005). Esping-Andersen (1990) szerint a jóléti állam nem mérhető az általa biztosított jogok alapján, hanem meg kell vizsgálni, milyen szerepet játszanak az állami tevékenységek a piac, és a család szociális ellátásának működésében. Elméleti modellje a jólétmix, vagy jóléti pluralizmus koncepció.

A *jóléti pluralista koncepció* a rendszerelmélet eredményeit felhasználva meghaladja a szektoriális nézőpontot, bemutatja az intézmények pluralitását,

kapcsolati hálójukat, és felvázolja ezen elméletek lehetséges útjait (Bartal 2005). A nonprofit szervezetek és az állami szektor közötti kapcsolat három formában nyilvánulhat meg: helyettesítő (közgazdaságtani megközelítés), korrigáló, kiegészítő.

Az egyes ellátási formákat korántsem biztos, hogy igénybe veszik a kliensek, jelen esetben a fogyatékkal élők, vagy családtagjaik. Azoknak, akiknek van választási lehetőségük, mérlegelik az egyes választások következményeit. (Pl. ellátásra szoruló fogyatékkal élő számára igényelhetnek bentlakásos intézményi helyet, vagy családon belül megoldhatják az ellátást és hozzátartozói segítyt igényelhetnek az államtól.)

A *jólétmix koncepciót* Adalbert Evers (1995) dolgozta át, beemelve azt a szempontot, hogy a háztartások aktív szereplői a gazdasági tevékenységeknek, nem pusztán fogyasztók, sokféleképpen jelenhetnek meg, sokféle szerepük lehet. A háztartások gazdálkodását harmadik, informális, autonóm, önkéntes jelzőkkel illette. Jóléti háromszög modelljében (piac-állam-háztartások) a nonprofit szervezeteket (önkéntes vagy önszervező szervezetek) az állam és a háztartások, illetve a formális-informális között helyezte el, tehát szerinte nem elválasztható a magán és a közszféra.

Evers és Olk elméletében a jólét termelése a három szektor és a háztartások viszonyától függ, ennek megfelelően ezek együttműködése mellett foglalt állást, és alapkérdése, hogy az egyének és háztartások milyen módon és kombinációban veszik igénybe az egyes szektorok szolgáltatásait (Evers – Olk 1996, idézi: Bartal 2005). A szektorhasználat szerintük a háztartások bevételi szerkezetétől függ, és a bevételi formákból különböző cselekvési struktúrák alakulhatnak ki. Az Evers és Olk által felállított „jóléti pluralista koncepció szerint az egyéni és kollektív jólét” (Evers – Olk 1996, idézi: Bartal 2005 p. 80) nem csak a rendelkezésre álló erőforrásoktól függ, hanem az erőforrások mobilizálásához szükséges preferenciáktól és képességektől is. A jólét növelése mikro-, azaz egyéni cselekvési stratégia, és makrodimenzióban (4 szektor szolgáltatásainak újrakombinálása) történő cselekvést is igényel.

A fogyatékkal élők ellátásában, munkaerőpiaci reintegrációjukban is több lehetőség van. Az orvossal való kapcsolattartás korlátozódhat a járóbeteg szakellátásra, és a nappali ellátás igénybe vehető az állam által fenntartott nappali intézményben, vagy valamilyen alapítványi klubban. A munkaerőpiaci reintegráció

is történhet önkormányzati szociális foglalkoztatókban, piaci cégeknél, civil/nonprofit szervezeteknél. Magyarországon a tényleges választási lehetőségek egyik legfőbb akadálya a területi egyenlőtlenség, ugyanis ezek a civil/nonprofit szervezetek főképp a nagyvárosokban elérhetőek.

A jóléti pluralizmus négy aktora (piac, állam, közösség, civil társadalom) „képviseli a jóléti termelés négy szintjét, amelyek jellemzője az, hogy saját intézményi logikájukat követik, megvannak a saját specifikus hozzáférisi követelményeik, erősségeik és gyengeségeik<sup>41</sup>” (Bartal 2005 p. 94). Ebben a modellben nem a szektorok közti különbségek, hanem a szektorok közötti átmeneteket és feszültségeket mutatják be. A nonprofit szervezetek a köztes szférát jelentik, mely összekapcsolja az egyes aktorokat.

A nonprofit szervezetek különlegesek, mert „kevert jelleg adja a nonprofit szervezetek hibrid karakterét” (Bartal 2005 p. 95), ami abból adódik, hogy céljaikban (pl. szociális gondoskodás), irányítási elveikben (pl. menedzsmentépítés), cselekvési racionalitásban a másik három szektor elemeiből épülnek fel. A köztes jelleg meghatározza a nonprofit szervezetek erőforrás-mobilizálását is, azaz milyen erőforrásokra számíthatnak az egyes szektorokból, és hogyan képesek ezeket hasznosítani (pl. államtól támogatás, háztartásokból humán tőke). Az a mód, ahogy a szervezetek bánnak az erőforrásokkal, külső hatásokkal, pedig meghatározza a szektor szervezeteinek fejlődési útját és specifikus jellegét. A fogyatékkal élő és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci reintegrációjával foglalkozó civil/nonprofit szervezetek a piac logikáját követik a finanszírozást tekintve, azonban a munkaügyi központokkal való viszonyuk és a törvényi szabályozás adta keretek inkább az állami szféra sajátosságait tükrözi. Azok a civil/nonprofit szervezetek például, melyek egy nappali intézményen belül jöttek létre több szállal kötődnek az állami szférához

---

<sup>41</sup> Az aktorok néhány jellemzője:

- Piac: (piaci szektor) cselekvést koordináló elve a verseny, intézményeinek deficitje az egyenlőtlenség, cseremédiuma a pénz
- Állam: (állami szektor) feladata az elosztás, szolgáltatás, finanszírozás, támogatás megszervezése. Kiszámítható a működése. Deficitje, hogy a kisebbségi igények nem teljesülnek, korlátozza az egyéni szabadságot, gyengíti az önszegélyezést.
- Közösség: (informális szektor) család, háztartás, társadalmi hálózat. Személyes, viszonzáson alapuló, morális kötelezettségek korlátozzák az egyént.
- Civil társadalom: (nonprofit szektor) rugalmas, szociális szolgáltatások és a társadalmi integráció lényeges eleme.

(személyi, szabályozási, finanszírozásbeli is), működésük kevésbé piaci jellegű, és kevésbé bizonytalan.

Evers (1995) három alapvető mintát különböztet meg a nonprofit szektor kapcsolataiban a jóléti pluralizmus más aktoraival:

- A szektorok közötti asszimiláció: a nonprofit szektor másik szektor cselekvéslogikáját veszi fel, átalakul profitszerzővé, vagy állami intézménnyé.
- A kizáródás, kiilleszkedés: asszimiláció ellentétes folyamata, amikor egy szervezet működése összeférhetetlen az állami és a piaci szervezetekével, tiltakozás vagy defenzív önszervezés – nonprofittá válás - a megoldás.
- A konfliktuális együttműködés: az állam és a nonprofit szektor ideáltipikus kapcsolata. A kooperáció azt jelenti, hogy az állam és a nonprofitok közötti együttműködési formák a szolgáltatás-ellenszolgáltatás formájában alakulnak ki, valamint, hogy az állam elismeri a nonprofitok tevékenységeit, és ezzel legitimálja a további támogatásokat. Azonban a célok eltérőek lehetnek, ami konfliktushoz vezethet.

Összefoglalva, Walcher (1997) szerint a jóléti pluralizmusban a nonprofit szektor legfőbb szerepe a szektor külkapcsolataiból nyert erőforrás közvetítése.

A *társadalmi eredet* teória szintén egyike a nonprofit szektort megragadó interdiszciplináris modellek közül. Ennek a célja, hogy a nonprofit szféra fejlődését történeti kutatások szemszögéből vezesse le, nemzetenként eltérő kialakulási és fejlődési folyamatára fókuszálva, valamint ezzel összefüggésben cáfolja az egyéni fogyasztók intézményválasztásának rugalmasságát. Salamon és Anheier az interdependencia elméletből kiindulva modellálja az állam és a nonprofit szervezetek közötti együttműködés típusait (Bartal 2005). Elméletük szerint a szektorok szolgáltatásai közötti választás nem csak az egyéni döntésektől függ, hanem nagyban befolyásolja, hogy adott térben és időben milyen szolgáltatások érhetőek el. Ez pedig attól függ, hogy milyen történeti fejlődési előzmények jellemzőek az adott országra, pl. milyen osztálykompromisszumok, munkásmozgalmi törekvések, intézményrendszer alakult ki. Ennek alapján eltérően fejlődtek a nonprofit szervezetek. Wolfgang Seibel szerint: „a nonprofit szervezetek nem szabadon úsznak a társadalmi térben, hanem szorosan beágyazottak a társadalmi és gazdasági struktúrákba” (Seibel 1991, idézi Bartal

2005 p. 102). Ugyanez a személeti változás jelenik meg az intézmény definíciójában az institucionalizmus „young” szakaszában, amikor az intézmények vizsgálatba beemelik a történeti dimenziót is.

A nonprofit szervezeteket vizsgáló elméletek beilleszthetők az intézményi megközelítésekhez. Az egyes szektorok felfoghatóak intézményként, melyeknek saját normáik, érdekeik, működési logikájuk, formális és informális szabályozóik vannak. A változások nem csak a formális és informális szabályok mentén értelmezhetők, hanem aktív szerepe van a környezetnek és a kapcsolatoknak, akárcsak Trippel és Tödtling kutatásaiban, vagy Ebbinghaus deinstitutionalista elméletében.

### ***Összefoglalás***

Mind elméleti megközelítésben, mind az ezen alapuló kutatások során azt találták, hogy az útfüggőség, a lock-in jelenségek, a „tehetetlen” intézmények genezise, működése, és átalakulása eltérő és sokféle lehet. Egy-egy jelenség, intézményrendszer vizsgálatakor tehát fel kell tárnunk és azonosítani az egyes folyamatokat meghatározó dimenziókat, az azokat befolyásoló formális és informális szabályozókat. Továbbá nagyon fontos szerepe van a régi és az új, a formális és az informális egymáshoz való viszonyának, és az ezt alakító személyek mentális konstrukcióinak.

Szintén kiemelendő, hogy az egyes intézmények nem önmagukban állnak, van környezetük, egy bizonyos társadalmi közegben beágyazottan működnek. Az egyes szervezetek és intézmények közötti kapcsolat és hatás megváltoztathatja egy szervezet működését, vagy akár meg is szüntetheti azt. Az intézményeket és szervezeteket működtető, és életben tartó emberek viselkedésének megértésekor, a mentális konstrukciók elemzésekor érdemes végiggondolni, hogy az egyéneknek (akár racionálisak akár nem) van-e más választásuk, illetve választásaik mennyire korlátozottak. Szalai szerint az institutionalista megközelítés Achilles sarka az intézményi változás, különösen, mert „ az intézményi megközelítések figyelmen kívül hagyják az olyan befolyásos, tudatosan cselekvő egyének szerepét, akik képesek az intézményekben foglaltatott szabályok kijátszására, vagy akár megváltoztatására” (Szalai 2011 p. 43). North

szerint „a szokásokat, a viselkedést és a hagyományokat megtestesítő intézmények egyidejűleg az emberi interakció – formális szabályokban visszatükröződő – eltérő történeteit is magukban foglalják. Ezért tehát az intézményi keret a társadalom tükré, mivel kifejezi annak egyediségét, egy olyan egyediséget, amely meghatározza a történeti változás irányát” (Fiori 2011 p.192). Ebbinghaus (2005) a korai nyugdíjba vonulás tömegessé válásának esetében mutatta be, hogy racionálisnak tűnő foglalkoztatáspolitikai ellenére két szereplő konstellációja előre nem látott következményekhez vezetett. Merton szociális összehasonlítás és elvárás fogalmait használva Ebbinghaus két hatást nevesít meg, mely a korai nyugdíjba vonulást erősítette: egy a nyugdíj felé húzó (pull) és egy munkaerőpiacról kifelé ható erőt. A korai nyugdíjba vonulás lehetőségét a fogyatékos törvény alkalmazásával sokan kihasználták, és ennek következtében más csoportok is igényelni kezdték ezeket a kedvezményes jogokat (szociális összehasonlítás). Ez a vonzóerő, mely elterjedt az egyes munkatársak, ismerősök között, a tipikus esete a kitaposott útnak. A munkaerőpiacról kifelé ható erő, bizonyos vonzó munkahelyek felszabadulása, és adott pozíció könnyebb megszerzésének lehetősége, vagy éppen kevésbé hatékony munkatársaktól való megszabadulás (ez egy önmagát beteljesítő jóslattá válhat), olyan eszközzel, melyet a társadalom széles körben támogat.

Akárcsak Ebbinghaus szociálpolitikai példáján, a fogyatékkal élők, de különösen a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak életútja és munkaerőpiaci története kapcsán számos esetben alkalmazható az intézményi megközelítés elméleti kerete, melyet a következő fejezetben ismertetek. Valamint figyelmet fordítok arra is, hogy bemutassam: míg a mentális problémákkal élők megítélésénél az USA-ban a meghatározó szociális konstrukció a történeti hagyományokból eredeztethető egyéni szuverenitás és kollektivitás kérdése (Meyer 1994), addig Magyarországon inkább a kirekesztés és a paternalizmus konstrukciói dominálnak.

### III. INTÉZMÉNYEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MUNKAERŐPIACI REHABILITÁCIÓJÁBAN

A fogyatékkal élők identitását, életútját és munkaerőpiaci helyzetét dominánsan meghatározza is egészségkárosodásuk, annak típusa, súlyossága és az, hogy veleszületett vagy az élet során szerzett a fogyatékos. A pszichiátriai betegségek diagnózisa, természete, stigmatizáltsága némileg eltér a fogyatékoság többi típusától. A diagnózis felállítása általában az élet előrehaladtával, sok esetben fiatal felnőttkorban történik, mely jelentősen megváltoztatja a diagnosztizált életét, identitását. Kialakult egy diagnózis utáni gyakorlat arra, hogy mi lesz a pszichiátriai beteg sorsa, milyen intézményekkel kell együttműködni, amik támogatják őt, ám sok esetben elősegítik kirekesztődésüket, vegetálásukat is. Rendszeresen részt kell venniük az egészségügyi és a szociális ellátásban, a munka világából teljesen vagy részben kiesve fogyatékos felmérési eljárásokon vesznek részt, és „támogatottá”, „segélyezetté”, „nyugdíjassá” válnak. Orvosi kezelésükről, gyógyszeres és szociális terápiáikról, ellátásukról, tartózkodási helyükről, esetleges gondokságról ezekben az intézményekben döntenek, hatalmuk van felettük, és ők kiszolgáltatottá válnak. Ebben a fejezetben a rokkantosítás, az egészségügy, a szociális- és a foglalkoztatás intézményrendszernek történetét (history matters), szabályozását és jelenlegi működését mutatom be, illetve, azt ahogy indirekt módon a pszichiátriai betegek kirekesztődése felé terelte az irányt (kivéve a civil/nonprofit szervezetek egy csoportját, melyek a kirekesztődés ellen tevékenykednek). A szabályozást, a törvényeket önálló intézményként is kezelem, azonban az egyes intézményekkel együtt tárgyalom, mert így mutatkozik meg gyakorlati megvalósulásuk. Minden esetben bemutatom az útfüggőség kialakulásának mozzanatait, a rögzülés (lock-in) feloldását akadályozó tényezőket. A fejezet végén kitérek az elmúlt évtizedekben zajlott változásokra, illetve annak típusaira.

### ***III.1. Az egészségügyi rendszer intézménye***

#### **III.1.1. Az egészségügyi ellátás változása**

A II. világháború után meghatározó szakmapolitikai program volt a szegénység felszámolása és az ingyenes egészségügyi ellátás kialakítása Magyarországon<sup>42</sup>. (Szalai 1986) Ez azonban megkövetelte az egészségügyi ellátórendszer gyökeres átalakítását, egy olyan rendszer létrehozását, ami képes volt az egész lakosság igényeit kielégíteni, megbirkózni az ellátásra jogosultak körének folyamatos bővülésével, a túlterheltséggel és a zsúfoltsággal. 1950 - 1984 között az egészségügy az állami költségvetés egyik ágazataként működve folyamatos forráshiánnyal küzdött.

Részben a tömegesedésnek, részben az alulfinanszírozottságnak köszönhetően egészségügyi intézményhálózatnak három szintje alakult ki, ami jelenleg is a magyarországi ellátórendszer alapját képezi: a kórházak, a háziorvosi hálózat és a közöttük elhelyezkedő szakorvosi rendelők. Az intézményi, kórházi ellátás növekedett (1938-1980 között az ágyszám folyamatosan nőtt, megduplázódott.), aminek egyik alapvető szükséglete volt az orvosok és szakszemélyzet (nem csak orvosok) számának növelése is.

A kórházból kikerülő betegek aztán a kiépülő háziorvosi és szakrendelői hálózatban jelentek meg. A szakrendelő hálózatot az 1960-as években alakították ki, kisebb városokban és nagyközségekben is létesítettek, mely egy köztes intézmény volt a háziorvosi rendelő és a kórház között. Az 1970-es évek közepe végére nyilvánvalóvá vált, hogy a szakrendelő intézetek és a háziorvosi hálózat az eszköz, felszereltség, pénzübeli hiányok és a betegforgalom megnövekedése miatt nem tudták megfelelően helyettesíteni, tehermentesíteni a kórházakat, így a beteg számára csak az egészségügyi forgó rendszer elemeivé váltak a kórház mellett.

A magyar egészségügyben az adatok alapján is megfigyelhető alapvető jellegzetesség volt a különösen magas betegforgalom. A körzeti orvosi látogatások száma 1975-ben 51 millió. (1975-ben a 14 évesnél idősebb lakosság kb. 8,4 millió fő (Statistikai Évkönyv 1970 adatai alapján készült saját becslés), ami átlagosan évi hat orvosi felkeresését jelent.) A betegforgalom

---

<sup>42</sup> Az 1970-es években zajlott az egészségügy jelentős átalakítása, melynek egyik sarokpontja az volt, hogy a társadalombiztosítás alanyi jogon járt, azaz általánossá és ingyenessé vált az egészségügyi ellátás a magyar lakosság számára.



megnövekedésének oka Szalai (1986) szerint az ingyenes egészségügyi ellátás mellett az egészségügyi rendszer strukturális feszültségeinek következménye<sup>43</sup>. Tehát a statisztikákban jelentkező megnövekedett betegszám egyik oka, hogy egy-egy betegnek egy problémával több alkalommal is megjelenik az egészségügyi ellátórendszer különböző szintjein.

1990-es években Orosz szerint újradefiniálták a feladatokat, aminek elsősorban rövid távú fiskális szempontjai voltak. Az egészségügyre fordított kiadások csökkentek (1993-ban a GDP 60,8%, 1998-ban a GDP 42%-a, 2007-ben pedig 7,8%-a), úgy hogy nem lettek pontosan meghatározva az ellátás körülményei, szabályozások, eszköztárak. A háziiorvosi és a szakrendelő intézeteket az önkormányzatok működtetik, a kórházakat az állam, a megyék, vagy egyházak, alapítványok. A társadalom polarizálódásának következtében az egészségügyhöz, a színvonalas és hatékony gyógyításhoz való hozzáférés is polarizálódott. Orosz (2001) szerint az egészségügyi rendszer fő problémái az 1990-es évek elején az 1980-as évekből hozott válságon kívül a hazai lakosság kirívóan rossz egészségügyi állapota, a gazdaság stagnálása és a továbbra is fennálló intézményi válság. A hatékonyság, a teljesítmény és a finanszírozás között továbbra sincs kapcsolat, a finanszírozás szinte követhetetlen. Egyre határozottabban megjelentek a kommerciális igények, kialakult egy duális egészségügyi struktúra, a hálapénzen alapuló fél-illegális magánszektor, és a technikailag, infrastrukturális szempontból leromló, alacsony fizetésű szakemberekkel működő állami vagy önkormányzati szektor.

### **III.1.2. Pszichiátriai ellátórendszer sajátosságai**

Az egészségügyi rendszerben végbemenő változásokkal párhuzamosan változott a pszichiátriai ellátórendszer is, természetesen a pszichiátriai betegségek természetéből és megítéléséből fakadó sajátosságokkal.

Az 1950-es évektől az elmebetegséget a láthatatlanság mezejébe száműzték, hivatalosan a múlt rendszer rossz örökségének tartották, ami radikálisan csökkeni

---

<sup>43</sup> „A járóbeteg-forgalom felhajtó ereje a szűk kapacitásokból, az eszköz és időhiányból, az intézmények merev tagoltságából táplálkozik; a beindult spirális mozgás pedig azt eredményezi, hogy mind kevésbé lehet felelősséget vállalni a mindinkább csupán formailag orvosi döntésekért.” (Szalai 1986 p. 146)

fog, majd eltűnik. Ennek következménye volt, hogy az elmebetegnek diagnosztizáltakat el kellett rejteni és tovább folytatódott a pszichiátriai betegek társadalomból való kizárása. (Bakonyi 1983). A pszichiátriai ellátásnak az 1950-es évek végére négy szintje épült ki: a háziorvosi, a gondozói (kiegészülve a szakrendelőkkel), a kórházi, illetve speciálisan a pszichiátriai betegek számára kialakított elmebetegek szociális intézete (többnyire határmenti, nagyvárosoktól messze található, hosszú távú ellátást biztosító, zárt, nagy létszámú pszichiátriai otthonok).

A *bentlakásos intézetek* legtöbbször 100%-os kihasználtsággal működtek és működnek mind a mai napig<sup>44</sup>.

**2. Táblázat Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára fenntartott bentlakásos férőhelyek száma 1949-2007**

		<b>Férőhelyek száma<sup>45</sup></b>
<b>Ideg és elmegógy intézet</b>	<b>1949</b>	1145
<b>Elmebetegek szociális otthona/ intézete</b>	<b>1970</b>	5418
	<b>1980</b>	8204
	<b>1990</b>	7336
<b>Pszichiátriai betegek otthona</b>	<b>2000</b>	8117
	<b>2007</b>	8092

A tébolydaszerű szervezeteket előbb „intézeteknek” később „otthonoknak” nevezték el, és fenntartásuk, finanszírozásuk is átkerült az egészségügyi ágazatból a szociális ágazathoz. Ebben az ellátási formában a férőhelyek folyamatosan bővültek, majd számuk állandósult.

A *kórházi fekvőbeteg kezelés* sem szűnt meg, sőt a teljesítményalapú finanszírozás és a betegforgalom megnövekedése miatt emelkedett a kórházi ágyak száma a pszichiátriai osztályokon is. A legjelentősebb ágyszám növekedés 1960-70 között (128%-os növekedés), és 2006-2007 között (159%-kal) volt. A legtöbb ágy 1990-ben állt rendelkezésre a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak kezelésére. Ezzel párhuzamosan alakult az elbocsátott betegek száma is.

<sup>44</sup> Ráadásul „a pszichiátriai otthonok férőhely fejlesztése, a gondozottak elhelyezése nehézkes. Az átlagos várakozási idő a 2006. évben 321 nap, míg a 2011. évben 338 nap volt, előfordult az is, hogy az intézményekbe való bekerülés ezer napot meghaladó volt (Böröcz - Federics - Zachár 2012), és ez korábban sem volt másképp.

<sup>45</sup> Források: 1949: Statisztikai Évkönyv 1949, 1970-1990: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1992, 2000-2007 Szociális Statisztikai Évkönyv 2008

**3. Táblázat. Elme és ideggyógyászati ellátás adatai 1938-2007**

	<b>Elme és ideggyógyászat<sup>46</sup></b>		
	<b>Kórházi ágyak száma</b>	<b>Elbocsátott betegek száma</b>	<b>Ápolás átlagos tartalma</b>
<b>1938</b>	7477	20919	
<b>1949</b>	5869	25005	71,1
<b>1950</b>	6857	41414	79,4
<b>1960</b>	8554	50792	60,2
<b>1970</b>	10926	81063	48,1
<b>1975</b>	13580	109403	40,4
<b>1980</b>	15569	140570	36,1
<b>1990</b>	17742	178755	40,7/15,3
<b>2000</b>	13708	249876	22,3/9
<b>2006</b>	5502	152965	45,8/7,7
<b>2007</b>	8770	135470	44,2/7,4

Bár az ápolási idő csökkent, ez azonban nem jelenti automatikusan egy betegnek a kórházban töltött ápolási idejének csökkenését, hiszen jellemzően egy beteg egy adott évben több alkalommal rövid időre kórházba kerülhet.

A *gondozóintézeti hálózat* felfejlesztése a pszichiátriai betegellátás egyik magyarországi jellegzetessége<sup>47</sup>.

**4. Táblázat Pszichiátriai gondozók adatai 1965-2007**

<b>Pszichiátriai gondozók<sup>48</sup></b>			
	<b>Gondozók száma</b>	<b>Betegforgalom</b>	<b>Gondozottak</b>
<b>1965</b>	37	232959	
<b>1970</b>	52	299262	16305
<b>1975</b>	73	474753	25126
<b>1980</b>	95	527234	28761
<b>1990</b>	132	673623	27727
<b>2000</b>	139	589080	32213
<b>2007</b>	146	529371	34320

<sup>46</sup> Források: 1938-49: Statisztikai Évkönyv 1949, 1950-1970: Statisztikai Évkönyv 1970, 1980-1990: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1992, 2000-2007 Szociális Statisztikai Évkönyv 2008. Az ápolás átlagos időtartama 1990 után aktív és krónikus osztályok szerinti bontásban van feltüntetve.

<sup>47</sup> Ezt a betegségcsoportok három formájában alakítottak csak ki, (a gyermek és terhes gondozást kivéve) a tüdőbetegség, a bőr- és nemi betegség valamint az idegbetegség esetén. Érdekes, hogy mind a tüdő- mind a bőr- és nemi betegségek bizonyos fajtái fertőzőek, azaz érdemes elkülöníteni őket. Ez arra utalhat, hogy a gondozók eredetileg valamiféle elkülönítést szolgálhattak, hogy a fertőzötteket, és a nem „normális” embereket elzárják az egészségesektől.

<sup>48</sup> Források: 1970- 2000 Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2006; 1965-1990: Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1992. Gondozottak száma: régi és új beteg összesen, betegforgalom: csak a gondozottak számát tüntettem fel.

Jellemzően minden nagyobb településen illetve Budapesten minden kerületben található gondozó, ami gyakran a pszichiátriai szakrendeléssel együttműködve kezeli a betegeket. A farmakológiai forradalom (fenotazin vegyület feltalálása lásd I.1.2.1 Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak morális megítélése) és a gondozóintézeti hálózat kialakításával lehetővé vált, hogy a beteget ne szakítsák ki a családi környezetükből, az otthonukhoz közel jussanak megfelelő ellátáshoz, így a gondozóbeli kezelés nem egyszerűen gyógyszerfelírást jelentett volna.

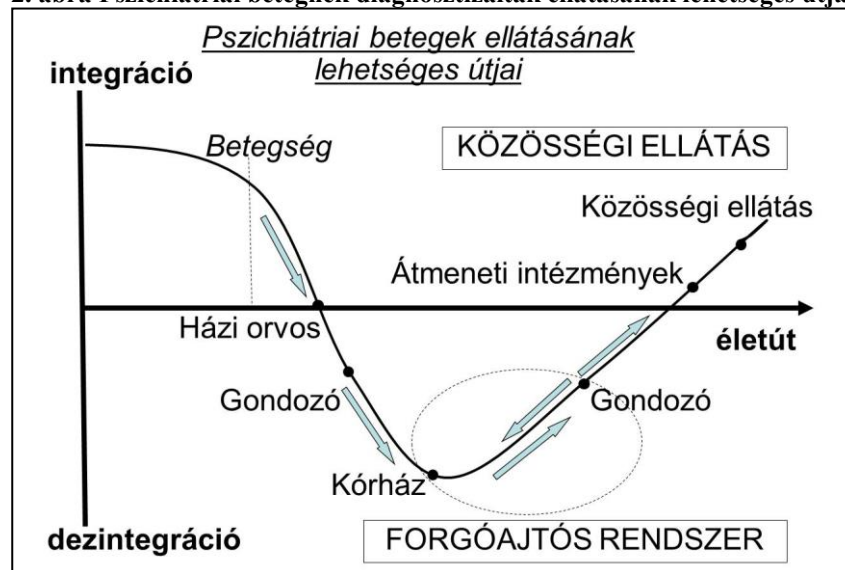
A mentális betegségek, „hétköznapi” neurózisok kezdtek tömegesen megjelenni Magyarországon is, ami egyre nehezebbé tette ezeknek a problémáknak a tagadását, ami az elmebetegekre vonatkozó szakmai dekrétumban, az úgynevezett az 1969-es „Irányelvekben” már hivatalosan is megjelent<sup>49</sup>. Ennek köszönhető a gondozóintézeti hálózat bővítése, ami ugyan területileg megfelelő (megyéenként és a fővárosban kerületenként), azonban a települések tényleges lélekszámát nem tükrözi. A gondozottak számának növekedéséből arra következtethetünk, hogy a hálózat kiépítésével több ápolásra szoruló jut szakemberhez, mint korábban. Azonban a betegforgalom és a gondozotti szám arányából is látható, hogy egy-egy ápolat átlagosan 2-3-szor jelenik meg a gondozóban évente, ami nem jelenthet megfelelő terápiás kezelést, utógondozást, azonban ezzel együtt megjelent Magyarországon is a betegek közösségben való kezelésének lehetősége.

„Az intézményi túlterheltség következményeként, és az új hatóanyagú gyógyszereknek köszönhetően kialakult a mindmáig domináns forgóajtós modell, ahol a pszichiátriai betegek jelentős része a kórház és az otthon között ingázva tölti életét” (Bányai-Légmán 2009 p. 83). A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében ez tipikusnak mondható egészségügyi útvonal, mely rendszerre vált. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak betegélettutja azért mondható tipikusnak, mert általában azonos elemekből áll, melyek azonos sorrendben követik egymást.

---

<sup>49</sup> Az Irányelvek előtt megjelent 1966-ban a II. elmetörvény, ami már egy korszerűbb szemléletet tükrözött, melynek célja a diszkrimináció felszámolása volt, deklarálták benne a pszichiátriai betegségek gyógyíthatóságát, és a betegek védelmét is.

2. ábra Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak ellátásának lehetséges útjai



Az ellátórendszerbe kerülésben fontos szerepe volt a háziorvosoknak, akik a gondozóba vagy kórházba utalták a náluk megjelenőket. A kórházi kezelés célja a pszichotikus állapot megszüntetése, a beteg állapotának javítása, az ön-és közveszélyesség megszüntetése. Ez azonban kizárólag tüneti kezelés, ami átmenetileg változtat csak a bekerülők állapotán<sup>50</sup>. Így jellemzően a kórházból kiengedett betegek gondozóba kerültek. Itt már az egészségügyi rendszerben ismert helyzet volt, azaz a háziorvostól és a kórházból beutalt emberek kezelése a túlterheltség miatt szinte lehetetlenné vált. Az állapotromlás így sok esetben bekövetkezett, úgyhogy újabb kórházi kezelésre volt szükség, majd innen megint a gondozóba, illetve a háziorvoshoz kerültek. Így jellemzően a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak hosszú időre a rendszer foglyai maradnak, sőt sok esetben örökre. Ugyanis azok, akik képtelenek az önellátásra és családjuk sem képes gondozni őket, pszichiátriai betegek otthonába, a végállomást jelentő elmeszociális otthonokba kerülve élnek<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> A kórházak, azokat az osztályokat fejlesztették, melyek támogatás szempontjából javadalmazónak bizonyultak. A pszichiátriai osztályok nem tartoztak ezek közé, hiszen a pszichiátriai betegségek más betegségekhez képest hosszabb kezelést igényelnek és sok esetben magas gyógyszerköltséggel járnak, ami a kórházi finanszírozás szempontjából kedvezőtlen, nem eredményez hatékony, gyors megoldást (Szalai 1986)

<sup>51</sup> Az ellátás hiányát, és a pszichiátriai betegség negatív megítélését, a szakmán és a társadalmon belül is, jelzi az, hogy kevés az ideggyógyász. Az Orvosi Kamara adatai 1970-ig adnak képet erről, azonban Szalai Júlia (1986) szerint az 1980-as években is csak 120 orvos dolgozott a gondozókban, és egy orvosra 90.000 lakos jutott, míg „szakértői becslések szerint a felnőtt lakosságnak minimálisan egyharmada szorulna a mentálhigiénés ellátás valamilyen formájára” (Szalai 1986 p 133). Bakonyi Péter megerősíti ezt az állítást, ugyanis országosan szerinte 1980-ban közel 108.000 gondozottat tartanak nyilván (Bakonyi 1983), ami azt jelenti, hogy jelentős részüket még mindig a körzeti háziorvos kezeli, illetve utalja kórházba.

### III.1.3. Az ellátás változása 1989 után

„A rendszerváltás, a demokrácia magyarországi megjelenése a pszichiátriai ellátórendszer változásának ígéretét is magában hordozta. A jelentős átalakulás azonban elmaradt, elsősorban a pszichiátriai szakma ellenállása miatt, hiszen a pszichiáterek létjogosultságuk megkérdőjelezéseként értelmeznék minden, az intézmények összevonásáról, bezárásáról szóló elképzelést” (Bányai - Légmán 2009a).

A jelenlegi ellátórendszert három tényező határozza meg alapvetően. A múltból hozott intézményrendszer, illetve ennek részleges átalakítása, aminek egyik eredménye, hogy a bizonyos ellátások átkerültek a szociális szférához, ami a betegnek diagnosztizáltak életét is megbonyolította, az állami költségeket növelte, ráadásul az ágazatok közti feladat és felelősségmegosztás tisztázatlan maradt. Mivel az ellátottak igénybe veszik mindkét rendszer szolgáltatásait akár párhuzamosan, akár felváltva, ezért a következőkben együtt tárgyalom őket. A másik változás, hogy a törvényi szabályozás lehetőséget nyújt közösségi ellátások létesítésére (1993. évi III. törvény 65/A. § (1) bek.), ami a munkavállalást elősegíti. A harmadik meghatározó tényező pedig, a pszichiátriai ellátásban megjelenő emberek tömegesség válása az 1970-es évektől, illetve ennek a tömeges mértéknek az állandósulása.

**5. Táblázat: Nyilvántartott elme- és idegbetegek száma 1965-2007**

Nyilvántartott elme- és idegbetegek száma								
1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992	2000*	2007*
46574	62339	106312	107698	112162	127884	135761	130762	146029

\*gondozókban nyilvántartott betegek. forrás KSH

Az adatok azt mutatják, hogy Magyarországon folyamatosan nőtt a nyilvántartott elme-és idegbetegek száma. Ezt egyrészt magyarázhatjuk azzal, hogy ténylegesen nőtt a mentális, pszichiátriai betegek száma, másrészt létrejött egy olyan intézményhálózat, ahová speciálisan ilyen típusú problémákkal fordulhattak az emberek, még hozzá ingyen. Ráadásul a 2000-es illetve 2007-es adatok nem tartalmazzák az összes nyilvántartott beteget, csak a gondozókban abban az évben

megfordult betegek számát mutatja, hiszen Magyarországon jelenleg nincs pontos adat arról, hány pszichiátriai beteg van összesen<sup>52</sup>.

Az ellátórendszer részei tehát „egészségügyi oldalról a kórházak pszichiátriai osztályai, különálló pszichiátriai intézmények, pszichiátriai egyetemi klinikák, ambuláns pszichiátriai gondozók, szakrendelők, nappali kórházak, rehabilitációs részlegek és magánrendelések. Szociális oldalról a pszichiátriai otthonok, pszichiátriai rehabilitációs otthonok, lakóotthonok, átmeneti otthonok, nappali intézmények, közösségi ellátások vagy akár családsegítő szolgáltatások speciális szolgáltatásai” (Bugarszki 2009 p. 28).

**6. Táblázat: A pszichiátriai ellátórendszer különböző típusaiban ápoltak száma 1965 – 2007 között<sup>53</sup>**

Pszichiátriai ellátórendszer ellátottainak száma intézményenként							
		1970	1975	1980	1990	2000	2007
<b>Egészségügyi szféra</b>	<b>Kórházi osztály</b>	81063	109403	140570	178755	249876	135470
	<b>Gondozó</b>	16305	25126	28761	27727	32213	34320
<b>Szociális szféra</b>	<b>Pszichiátriai betegek otthona</b>	5418	7086	8204	7336	8117	8092
	<b>Lakóotthon</b>	-	-	-	-	9	254
	<b>Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény</b>	-	-	-		16	61
	<b>Közösségi ellátás</b>	-	-	-			4582

Az adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai betegek száma és a hagyományos pszichiátriai ellátórendszer (a kórházak pszichiátriai osztályai, az elmeszociális otthonok és a pszichiátriai gondozók) Magyarországon folyamatosan bővül. A pszichiátriai betegek ellátása 2007-ben is a pszichiátriai gondozókban és a kórházi pszichiátriai osztályokon zajlik. Ez az

<sup>52</sup> Ennek oka, hogy a pszichiátriai betegek kezelése és gondozása megosztva történik az egészségügyi, illetve a szociális szférában. A két rendszer adminisztrációja nem „ér” össze, míg az ellátás igen. Általában a betegforgalmat tüntetik fel, és általában egy-egy ember részesül szociális és az egészségügyi ellátásban is.

<sup>53</sup> Az adatok forrásai: 1 Információs Statisztikai Évkönyv 1970

2 Információs Statisztikai Évkönyv 1990

<sup>2</sup> Szociális Statisztikai Évkönyv 2000

<sup>3</sup> Winter Mária 1990

<sup>4</sup> Gere 2009

<sup>5</sup> ÁFSZ

intézményhasználat azt jelenti, hogy még mindig azok az intézmények dominálnak, amik szemléletükben továbbra is a társadalmi kizáráson alapulnak, a társadalmi visszailleszkedést lehetővé tevő ellátási formák kevésbé elterjedtek és kevesebb beteget kezelnek ott.

Az Állami Számvevőszék 2012-es jelentése szerint (Böröcz et al. 2012) a pályázati pénzek nagy részét a már meglévő intézményrendszer fenntartására költik, és a szociális ágazat kiadásai arányosan ugyan növekedtek (2006-ban 14%, 2011-ben 18%), még mindig a legkevésbé támogatott ellátás.

Az ellátórendszer legfőbb jellegzetessége, hogy a betegek társadalmi integrációját szolgáló intézmények szinte teljes mértékben hiányoznak Magyarországon. A közösségi ellátás, ahogy a neve is mutatja, nagymértékben támaszkodik az ápolat környezetének erőforrásaira, tehát nemcsak a beteget, hanem a családot, mint egészet szemléli és segíti, itt már nem a pszichiáterek az egyeduralkodói a betegek kezelésének. Ennek az ellátási formának az alapszolgáltatásai is sokrétűbbek, helyet kap a lakás lehetőségének biztosítása (átmeneti intézmények, lakóotthonok, védett lakások formájában), a nappali programok (nappali szolgáltatás) és a munkába állítási programok (védett munkahely, támogatott munkába állítás).

Az egyik ilyen eleme a közösségi ellátásnak a lakóotthoni elhelyezés, ami Magyarországon viszonylag új eleme az ellátórendszernek. Itt 2000-ben még csak 9 főt, 2007-ben viszont már 254 ápoltat láttak el. A közösségi ellátási formák működése sajátosan alakult az 1990-es évek óta, ugyanis a hagyományos ellátórendszer részeként, ezekhez igazodva működik, ugyanis a lakóotthonok többségét nagy szociális otthonok hozzák létre jelentős állami támogatással, hogy csökkenteni tudják intézményeik zsúfoltságát (Hronyecz et al. 2004). Így a lakóotthonok a nagy létszámú intézmények alternatívái helyett egyfajta speciális, az otthonok túlterheltségének csökkentését elősegítő és a jutalmazás eszközeként funkcionáló helyként beleolvadnak a hagyományos ellátórendszerbe (Bányai-Légmán 2009).

2000-ben az átmeneti elhelyezésben részesülők 0,1%-a, 2006-ban 0,03%-a pszichiátriai beteg. A Szociális Statisztikai Évkönyv (2007) adatai szerint a közösségi ellátási forma Budapesten a leggyakoribb. Itt vannak olyan szakemberek, illetve infrastrukturális háttér, ami lehetővé teszi a közösségi



ellátási formák biztosítását a rászorultak számára. Vidéken azonban egy-egy nagyobb várost kivéve szinte egyáltalán nincs lehetőség ennek a fajta ellátási formának az igénybevételére. „A pszichiátriai ellátás minden területén (a fekvőbeteg-, a járóbeteg-ellátás, a bentlakásos szociális ellátás és a közösségi ellátás) tapasztalhatók a földrajzi hozzáférés jelentős különbségei” (Böröcz et al. 2012 p. 26)

A forgóajtó rendszer tehát nem változott, a kirekesztést leginkább csökkentő közösségi szolgáltatások gyerekcipőben járnak. „A hazai pszichiátriai ellátórendszerben nincs következménye, ha az egyes betegek esetében a diagnosztika-gyógyítás-rehabilitáció-gondozás egysége felbomlik. Az alapellátás pszichiátriai szűrésben és ellátásban való közreműködése alapvetően a háziorvostól függ. A betegirányítást a hagyományok, illetve az ellátást nyújtó szervezetek közötti egyedi megállapodások, valamint az éppen adódó lehetőségek és kevésbé a költséghatékonyság és egyben szakmai eredményesség igazolható mérlegelése befolyásolják” (Böröcz et al. 2012 p.52).

Az egészségügyi ellátás változásának tudható be olyan dokumentumok kidolgozása, mint a *Lelki Egészség Országos Program (LEGOP)*, az EU mentális egészségügyi stratégiája, az úgynevezett *Zöld Könyv* (2005), a *Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma* (2008), vagy a *Semmelweis Terv* (2011) pszichiátriai ellátás átalakítására vonatkozó része. Úgy tűnik tehát, hogy a formális szabályok, a konkrét törvények, a megegyezések, paktumok már megjelentek a magyar szabályozásban, azonban vannak fennakadások. A LEGOP „elfogadása az EüM-en belül történt meg, kormányzati döntés máig nem született” (Böröcz et al 2012 p. 23), Fernezely és Erőss (2014) pedig a *Mental health declaration and action plan* magyarországi deklarálásakor felszínre került és a *Zöld Könyv* körüli érdekvitákra hívja fel a figyelmet (medikális-nem medikális szemléletű orvosok összeférhetetlen szemlélete, a hazai civil/nonprofitok véleményének háttérbe szorítása).

### ***III.2. Rokkantsági ellátások intézménye Magyarországon***

Az emberi életpálya szakaszai a társadalmi intézmények által meghatározottak lettek, szakaszokra bonthatóak. Egyik ilyen meghatározó intézmény a nyugdíjazás intézménye<sup>54</sup>, ami sok esetben a munka világából való kivonulást jelenti (mindez egyénenként eltérő). A nyugdíjrendszer tehát befolyásolja a munkaerőpiac elhagyását, az erre vonatkozó életstratégiákat, várakozásokat. Ebben az esetben a munkaerőpiaci lehetőségek és a nyugdíjrendszer is (makro szint) döntések elé állítják az egyént életpályája (mikro szempont) és saját erőforrásainak gazdálkodásával (iskolai végzettség, képzések, munkatapasztalat, egészség) kapcsolatban.

A nyugdíjazás alapvetően az életpálya utolsó szakaszában következik be, azonban a fogyatékkal élők esetében ez akár fiatal felnőttkorban is megtörténhet. A nyugdíjrendszer, a társadalombiztosítás ismertetése az egészségkárosodott emberek elsősorban pénzübeli támogatása és foglalkoztatási rehabilitáció szempontjából kap figyelmet. Magyarországon a pénzübeli támogatások folyamatosan bővültek, azonban már nagyon korán megjelentek a foglalkoztatási rehabilitáció magán és államilag szervezett formái is. A megváltozott munkaképességűekről, a betegekről való gondoskodásnak 150 éves hagyománya van Magyarországon. Azonban az 1960-as évektől beszélhetünk rokkantnyugdíj érdekeltiségről, aminek kialakulásához és megértéséhez két szempont, a munkaerőpiacról kifelé taszító és a rokkantosság felé terelő tényezők, szerepét kell figyelembe venni. Mindezt két szempontból, az egészségkárosodott személyek és a vállalatok érdekeltégeit (nem ösztönzőit) meghatározó törvénykezésen és a kialakult gyakorlatokon keresztül ismertetem.

#### **III.2.1. Rokkantsági ellátások és a foglalkoztatásuk szabályozása 1945 után**

1948 után a biztosítók, kasszák vagyonát államosították, illetve beolvasztották a szakszervezeti vagyonba. Mindez a szociális biztonságért való felelősség áthelyezését is jelentette, vagyis az állam felelős a munkásokért. A

---

<sup>54</sup> A nyugdíjrendszer kiépülés előtt az emberek addig dolgoztak, amíg csak képesek voltak rá, majd általában a családjuk gondoskodott róluk.

társadalombiztosítás két jelentősebb ága az egészségügyi és a biztosítási (juttatások, ellátások) köre folyamatosan bővült 1880 óta. A bővülés mind az ellátottakra, mind pedig az ellátásokra vonatkozik.

A rokkantság szabályozásában három törvény erejű rendelet született 1950-1960 között<sup>55</sup>. Ezekben fokozatosan növelték a biztosítottak körét, a munkaképesség mértékét négy, és a megrokkánást három fokozatba sorolták, később ezt pontosították<sup>56</sup>. Továbbá megjelent a megrokkánás utáni továbbfoglalkoztatás kérdése is, valamint kimondták, hogy nyugdíj annak a dolgozónak is jár, aki rokkanttá vált.

1967-ben csökkent munkaképességű és a rokkant fogalmakat definiálták, melyek alapvetően foglalkoztatáspolitikai fogalmakká váltak<sup>57</sup>. A rokkantság meghatározásában továbbra is a hármas osztatás maradt fenn, a munkaképesség és az önálló életvitelre való képesség meghatározásával. Ekkor jelentek meg a rokkantsági szabályozásban az elmebetegek, az alkoholistákkal együtt említve. A szövegezés szerint csak akkor kaphattak ellátást, ha munkaterápiában dolgoztak, de legalább külön nevesítve lett, ha valaki mentális problémái miatt csökkent munkavégzésre képes.

A társadalombiztosítás és a szociális biztonság sarokpontja az 1975-ben kiadott társadalombiztosítási törvény (1975. évi II. tv.), mely módosításokkal ugyan, 1997. december 31-éig hatályban volt. Ennek legjelentősebb eredménye, hogy gyakorlatilag az egész lakosság biztosítottá vált. A törvény fontos megállapítása, hogy a társadalombiztosítás fokozatos és rendszeres fejlesztése állami feladat. (Balogh 1996, Besze 1998). Itt foglalkoznak a rokkantsági nyugdíj szabályozásával, és mértékéről, melyről a Miniszter Tanács dönt.<sup>58</sup>

<sup>55</sup> 1951. évi 30. sz. törvényerejű rendelet, (1954. évi 28. tvr. a dolgozók társadalombiztosítási nyugdíjáról (szept. 23.)), melyek közül az 1958. évi 40. sz. törvényerejű rendelet - az úgynevezett harmadik nyugdíjtörvény - lényegében 1975-ig volt hatályos.

<sup>56</sup> „I. csoportba azok tartoztak, akik munkaképességüket minden foglalkozás vonatkozásában teljesen elvesztették és mások ápolására szorulnak.

II. csoportba azok tartoztak, akik munkaképességüket minden foglalkozás vonatkozásában teljesen elvesztették, de nem szorulnak mások ápolására.

III. csoportba tartoztak a munkaképességüket 2/3 részben elvesztett dolgozók, akik korábbi foglalkozásuknál lényegesen kevesebb keresettel járó munkakörben dolgozhatnak.” (Bancsi 2010 p. 3)

<sup>57</sup> Aki munkaképességének 66%-át elveszíti az rokkant, míg akinek munkaképességét 15-66%- között meghatározható mértékben veszítette el, az csökkent munkaképességű

<sup>58</sup> Rokkantsági nyugdíjat az kaphat, aki „egészségromlás, illetőleg testi vagy szellemi fogyatkozás következtében munkaképességét 67% százalékban elvesztette, és ebben az állapotában javulás egy

A biztosítás területén az élet folyamán bekövetkező támogatást igénylő események közül egyre többet definiáltak (kezdetben csak bányászati balesetet szenvedőket támogattak, míg később ágazattól függetlenül mindenkit, akit baleset ért, vagy veszélyes körülmények között dolgozik, megkülönböztetik a szerzett vagy a veleszületett fogyatékból következő munkaképesség csökkenést), ezzel párhuzamosan nőtt az ellátások száma és ezek tartalmát folyamatos bővítették (pl. rokkantsági járadék). Az államilag igényelhető ellátások mellett megjelennek a tanácstól igényelhető, egyszeri, vagy rövid távú támogatások is és a természetbeni ellátások is megjelennek (pl. parkolás szabályozása 1980-as években).

### III.2.2. A rokkantossági érdek

A hazai szakirodalomban többször dokumentált jelenség az úgynevezett rokkantnyugdíj érdekeltség leírása, és magyarázata. A jelenség lényege, hogy sok ember inaktív státusba kerül a rokkantsági nyugdíj által, úgy, hogy valójában (tovább)foglalkoztatható lenne, és sok esetben a nyugdíj mellett feketemunkát (korábban pl. háztáji) végeznek. Azaz a „hivatalos” foglalkozási rehabilitáció nem valósul meg, mert nem érdeke sem a munkavállalónak, sem a munkáltatónak.<sup>59</sup> A rokkantnyugdíj érdekeltség kialakulásához szükségesek voltak bizonyos előfeltételek, a munkaerőpiac taszító és a nyugdíjrendszer felé terelő tényezők<sup>60</sup>.

Munkáltatói részről a motiváló tényezők (mind a „támogatás”, mind a „büntetés”) alacsony mivoltából fakad. A dotációs hozzájárulás háttere az, hogy munkaképesség csökkenés következtében a munkavállaló teljesítménye csökken,

---

évig nem várható (a továbbiakban: rokkant), a korábban ismert 3 fokozat (a munkaképesség, gondozás mértékétől függően) megmaradt. (<http://www.1000ev.hu>) A rokkantsági nyugdíj összegét is itt határozzák meg az egyes fokozatoknak megfelelően. III. csoportba tartozóknál az öregségi nyugdíj összege 25 év szolgálati idő letelte után, de nem lehet kevesebb, mint a korábbi átlagfizetés 37,5%-a. II. csoportban a nyugdíjazás előtti átlagkeresetnél 5%-kal több, de nem lehet kevesebb, mint a korábbi átlagfizetés 42,5%-a. I. csoportban a nyugdíjazás előtti átlagkeresetnél 10%-kal több, de nem lehet kevesebb, mint a korábbi átlagfizetés 47,5%-a.

<sup>59</sup> (Erre természetesen kivételt képez a célszervezeti foglalkoztatás, különösen bentlakásos intézmények lakói számára, erre azonban a következő fejezetben térek ki.)

<sup>60</sup> Utóbbira már 1967-ben lehet példát találni, üzemi balesetek esetében olyan mértékben emelték meg a nyugdíjat, ami Szabó Sándorné Csemniczki Katalin szerint „A túlzottan megnövelt törzsnnyugdíj és vele párhuzamosan a nyugdíj-kiegészítés mérséklése erősen lecsökkentette az érdekeltséget a szolgálati idő növelésében. (Megnőtt a nyugdíjba vonulók száma) (Szabó 2000 p. 39)”

és hogy ne érje kár a foglalkoztatót<sup>61</sup>, hozzájárul a megváltozott munkaképességű foglalkoztatott béréhez, mintegy kiegészíti azt. A továbbfoglalkoztatás törvényi ajánlása 1967-ben jelent meg, ami többszöri módosítás ellenére sem volt eredményes, a vállalatok kevés megváltozott munkaképességű személyt foglalkoztattak. A kialakult gyakorlaton direkt eszközzel, jelentős pénztámogatással próbáltak változtatni (1984-ben a dotáció mértéke 40, 1985-től pedig 55%-ra nőtt), sikertelenül. Major (1977) szerint a vállalatokat már az 1970-es években is a rehabilitáció iránti érdektelenség jellemezte, ami annak tudható be, hogy a vállalatok ebben az időszakban is alapvetően gazdasági funkciót láttak el, a szakszervezetek pedig általános jóléti feladatokra koncentráltak. Kálmán és Könczei (2002) szerint a sikertelen vállalati rehabilitáció egyik legfőbb oka egy olyan piaci mechanizmus, melyben a vállalatok nem önálló szereplők, hanem a központi akarat alárendeltjei, és így ténylegesen nem saját érdekük a rehabilitáció. Mindez olyan foglalkoztatáspolitikai környezetben, mely a teljes foglalkoztatást tűzi zászlajára, ily módon munkaerőfölösleggel gazdálkodik, tehát megint csak nem érdeke az egészségkárosodottak rehabilitációja. Kizárólag speciális körülmények között támogatja az állami dotációs rendszer úgy a vállalatokat, hogy ténylegesen nyereséges legyen megváltozott munkaképességű személyt foglalkoztatni (lásd Kitaposott út eset). Az 1983-as rendelet módosításokkal ugyan, de közel 25 évig, 2007-ig hatályban volt, ami továbbra sem vont maga után kevesebb adminisztrációt (személyes rehabilitációs terv készítése és évenkénti értékelése, rehabilitációs megbízott foglalkoztatása stb.<sup>62</sup>).

Annak ellenére, hogy Kálmán és Könczei (2002) szerint a vállalati rehabilitáció egy része sikeres volt, a megváltozott munkaképességű személy adminisztratív munkakörbe történő áthelyezésével, vagy legalábbis megoldható valamilyen „álfoglalkoztatással”, a rokkantak száma mégis folyamatosan nőtt az 1960-as évektől. Mivel a vállalatok még az 1980-as évek derekán sem voltak érdekeltek

<sup>61</sup> Az 1/1967-es Műm-EüM-PM együttes rendelet mérföldkőnek számíthatott volna a munkahelyi rehabilitáció területén, amennyiben egészségkárosodás utáni továbbfoglalkoztatást az eredeti munkahelyen –akár átképzéssel, akár áthelyezéssel, akár új üzemszleg kialakítással - irányozza. Ezt támogatja 1971-től az illetményadó –mentesség (ha a teljes foglalkoztatotti létszám 20%-át meghaladja a csökkent munkaképességű dolgozók aránya), és a dotáció.

<sup>62</sup> 14/2005. (IX. 2.) FMM rendelet

megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásában<sup>63</sup>, a második gazdaság által előállított termékekre viszont nagy volt a kereslet, ezért aki tehetett rokkantsági nyugdíjat igényelt, és a második gazdaságban dolgozott tovább.

**7. Táblázat: Rokkantsági nyugdíjasok, nyugellátásban megváltozott munkaképességűek, rokkantsági és rehabilitációs járadékban részesülők száma<sup>64</sup>**

	<b>Saját jogú rokkantsági nyugdíjasok száma</b>	<b>Megváltozott munkaképességűek segélye/járadékai</b>	<b>Rokkantsági járadék***</b>	<b>Rehabilitációs járadék</b>
<b>1970</b>	174900 <sup>1</sup>	51361 <sup>7</sup>	-	-
<b>1975</b>	284900 <sup>1</sup>		-	-
<b>1980</b>	356300 <sup>1</sup>	8398 <sup>3</sup>	-	-
<b>1990</b>	575100 <sup>1</sup>	46823 <sup>1</sup>	8279 <sup>3</sup>	-
<b>2000</b>	762514 <sup>2</sup>	215100 <sup>5</sup>	25300 <sup>5</sup>	-
<b>2005</b>	1150572 <sup>6</sup>	223100 <sup>5</sup>	28700 <sup>5</sup>	-
<b>2007</b>	802506 <sup>6</sup>	206800 <sup>5</sup>	30039 <sup>6</sup>	-
<b>2011</b>	721973 <sup>6</sup>	158096 <sup>6</sup>	17717 <sup>6</sup>	24594 <sup>6</sup>

Az 7. táblázat egyértelmű tanúsága, hogy a rokkantsági nyugdíjasok száma évről évre emelkedik. Ennek több oka is lehet.

Természetesen a tényleges megrokkánást okozhatja elsősorban maga az egészségkárosodás. Novák 1985-ös kutatása alapján munkahelyi ártalmak, hiányosságok vezettek a megrokkánáshoz (50,8%), azonban az „életút megrázó eseményei” (15,8%), és a nem megfelelő egészségügyi ellátás (12,2%) felelősek a megrokkánásért (Novák 1985). Lakatos és Tokaji a megváltozott munkaképességűekkel kapcsolatban a következő megállapítást tették: a „rokkantnyugdíjazás növekedése már az 1960-as évek közepétől megfigyelhető,

<sup>63</sup> A dotáció egy részét recentralizálják, mert az az adózatlan vállalati nyereséghez tartozik, jelentős részét nyereségadóként számolják el. Az a könnyítés sem segített a rehabilitáció élénkítésében, hogy a megváltozott munkaképességűek bére 1985-től mentesült a béradóztatás alól.

<sup>64</sup> <sup>1</sup>Népjóléti és statisztikai évkönyv 1992, 9. oldal

<sup>2</sup>Szociális statisztikai évkönyv 2006

<sup>3</sup>Információs statisztikai évkönyv 1990

<sup>4</sup>Szociális statisztikai évkönyv 2000

<sup>5</sup>Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek 2008

<sup>6</sup>Szociális statisztikai évkönyv 2010 korbetöltött és korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok száma

<sup>7</sup> Népjóléti és statisztikai évkönyv, rendszeres szociális segély 1992

igaz abban az időszakban még a romló egészségi állapot volt a fő magyarázat” (Lakatos - Tokaji 2009 p. 74).

A rokkantsági nyugdíjasok számának emelkedéséhez azonban maga a nyugdíjazás és annak kedvező feltételei is hozzájárultak. A legjelentősebb emelkedés 1970-75 között történt (160%-os), amit a kedvező nyugdíjreform és (1971-től minden rokkantsági nyugdíjat évenként automatikusan emelnek) a társadalombiztosítás kiterjesztése minden állampolgárra.

Major 1977-es cikkében beszél „rokkantnyugdíj-érdekeltség” jelenségéről. Kutatásai szerint egyéni érdekeltég húzódik meg a rokkantnyugdíj-érdekeltség mögött, mert a törvényben meghatározott elégséges munkában eltöltött idővel olyan magas nyugdíjban részesülnek, hogy nem érdekük a rehabilitáció. Ugyan a szabályozás megengedi a rokkantsági nyugdíj melletti részmunkaidős, vagy megváltozott munkaképesség mellett a teljes idejű munkavégzést, azonban előbbi igen ritka, utóbbi pedig a rokkantsági nyugdíj igényléséhez szükséges munkában eltöltött idő eléréséig tart. Sőt azt tapasztalta, hogy aki számára nem nyújtanak megfelelő szervezett rehabilitációs tevékenységet, az a személy is mérlegelés tárgyává teszi a kevésbé magas rokkantnyugdíjat (Major 1977). A rokkantsági nyugdíj nem mindenki számára a jó vagy a jobb választás, sőt nem mindenki számára választás. Major (1977) szerint a rokkantsági nyugdíjak értékének elosztása egyenlőtlenséget mutat, vannak, akik igen alacsony nyugdíjban részesülnek<sup>65</sup> (főként nők, akiknek eleve alacsonyabb volt a fizetésük), és csak keveseknek jár igen magas nyugdíj.<sup>66</sup>

A rendszerváltás után a piacgazdasági és az állam felosztó-kiróvó finanszírozási rendszer<sup>67</sup> átalakulása jelentős változásokat hozott az egészségkárosodással élőkre is. A korábbi „teljes” foglalkoztatottság megszűnt, és ha a vállalat nem is szűnt meg, de elbocsátották azokat, akik nem termelték ki bérüket, akik sok esetben az

<sup>65</sup> Erre utal, hogy az 1954. évi 8. számú törvényerejű A dolgozók egységes társadalombiztosítási nyugdíjáról szóló rendeletben meghatározzák a nyugdíjak minimumát: 3.§. „Az öregségi nyugdíj havi 200 forintnál, a növelt összegű törzsnegyedjával megállapított öregségi nyugdíj 300 forintnál, a felemelt összegű öregségi nyugdíj és a rokkantsági nyugdíj havi 350 forintnál kevesebb nem lehet.” (MTT 1954/155. oldal) (légmán m)

<sup>66</sup> Érdemes megjegyezni, hogy már 1962-ben rögzítették a rokkantsági nyugdíj maximumát, III/61. Az 1962. évi 12. számú törvényerejű rendelet. „Az öregségi és a rokkantsági teljes vagy résznegyedj összege a nyugdíj megállapításánál alapul vett munkabérnél több nem lehet.” (MTT 1962/150. oldal) (légmán m) Ez arra utal, hogy a nyugdíjak kiszámolásánál elméletben lehetséges volt magasabb értékű nyugdíjat megállapítani, mint az előző fizetés értéke volt.

<sup>67</sup> „1989. január 1-jével az Országgyűlés döntése értelmében a társadalombiztosítás elkülönült az állami költségvetéstől. Társadalombiztosítási Alapot két részre osztotta: Egészségbiztosítási Alapra és Nyugdíjbiztosítási Alapra.” (oep.hu). Utóbbiból finanszírozzák a rokkantsági ellátás is.

egészségkárosodással élők voltak. Egyre többen kerültek inaktív státusba, akiknek ellátása egyre jobban megterhelte (megterheli) az állami költségvetést. 1990-től a nyugdíjak jelentősége és funkciója nem csak az időskorúakról és az egészségkárosodottakról gondoskodott, hanem az új gazdasági helyzet teremtette munkanélküliség levezetését is szolgálta.

Az 1989 óta eltelt időszakban számos változás történt a rokkantsági ellátások területén is. A korábbi három féle juttatás mára öt félére bővült. Scharle szerint „Az aktív korúak különféle pénzbeli ellátásai ugyanakkor csökkentik a munkavállalási hajlandóságot. [...] Az ellenősztönző hatás akkor is érvényesül, ha az ellátás nem, vagy nem teljesen zárja ki a munkavállalást, hiszen az egyén – bár nem feltétlenül veszíti el a segítyt, amikor munkába áll – munka nélkül is hozzájut valamekkora jövedelemhez, ami adott esetben elég is lehet rá, hogy alapvető szükségleteit fedezze” (Scharle 2012 p. 134). Az ellátások változásának két fő sarokpontja az 1997-es átfogó nyugdíjtörvény és a 2007-es (2007. évi LXXXIV. Törvény) újabb nyugdíjtörvény.<sup>68</sup> Az öregségi nyugdíjazás rendszere befolyásolja a rokkantsági nyugdíj igénylésének mértékét. Az 1990-es évek első felében az elő és a korengedményes nyugdíjazási lehetőségek miatt a rokkantsági nyugdíj csak részben vezette le a munkanélküliséget. A nyugdíjazás szigorítása (szolgálati idő megemlése 1992. évi II. tv.; a nyugdíjkorhatár megemlése és az előnyugdíj fokozatos megszüntetése) a rokkantsági nyugdíj újra előtérbe került<sup>69</sup>. Az ellátások nem csak a munkanélküliség levezetőjévé váltak, hanem az inaktív státus fenntartásához is hozzájárultak.

Az 7. táblázat szerint a rokkantsági nyugdíjasok száma 1990-1995 között jelentősen megnövekedett. Természetesen továbbra sem szabad eltekinteni a nyugdíjigényekben jelentkező tényleges egészségromlásnak. Lakatos és Tokaji (2009) megállapítják, hogy ott igényelnek inkább rokkantsági nyugdíjat, ahol eleve kedvezőtlen a lokális munkaerőpiaci helyzet, tehát munkaerő-piaci

<sup>68</sup> 1997-ben jogszabályban (1997. évi LXXXI. törvény) rendezték a társadalombiztosítási jog egészét, melynek III. fejezete aktualizálta a rokkantsági nyugdíjról és baleseti nyugdíjról szóló fejezeteket (korcsoportonként meghatározza a minimálisan szükséges szolgálati időt A nyugdíjkorhatár az adott születési évekre meghatározották, és makroszinten fokozatossá téve a nyugdíjba vonulás ütemét.

<sup>69</sup> A munkanélküliség, majd a tömeges nyugdíjba vonulás mérséklésére különböző ellátási formákat hoztak létre, korengedményes, korengedményes, előrehozott nyugdíj, munkanélküli járadék.



feszültségek enyhítését is szolgálta. A jelentés szerint a rendszeres jövedelem káros hatása, hogy az inaktív státus elfogadására hajlamosít (Lakatos - Tokaji 2009).

A rokkantsági nyugdíj mellett a csökkent vagy megváltozott munkaképességűek számára újabb három ellátási formát hoztak létre a megváltozott munkaképességűek járadékát, a rokkantsági és a baleseti járadékot<sup>70</sup>. A megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők száma is jelentősen emelkedett 1990 és 1995 között. Ennek oka szintén a megváltozott gazdasági és foglalkoztatási helyzetnek tulajdonítható. Érdeemes kiemelni, hogy főképpen fiatalabb megváltozott munkaképességűeket támogatják ezekkel a járadékokkal, ami hosszú időre konzerválhatja az inaktív státusukat. Ezt igazolhatja, hogy a rokkantsági nyugdíjakban részesülők, több mint fele (54 %-a) még nem érte el a rá vonatkozó időskori nyugdíjkorhatárt (Monostori 2009). A megváltozott munkaképességűek járadékát igénylők magas számának stagnálásához 1995 óta eltelt időben a munkanélküli ellátás szigorodása is szerepet játszott.

A rokkantnyugdíj igénylését szigorították, amennyiben 1998. január 1-jétől az ellátás folyósítása az egészségi állapotnak megfelelően kell történnie, azaz megszűnt a végleges jogosultság (kivéve, ha valaki „végleges” határozatot kap), így a rokkantsági nyugdíj bizonytalanabb jövedelemforrássá vált, azonban az elutasító orvosszakértői határozatok kisebb arányban voltak jellemzőek (ekkor emelték meg az öregségi nyugdíjkorhatárt).

Több oka lehet annak, hogy még a nem túl bőkezű ellátás<sup>71</sup> sem ösztönöz munkavállalásra. Egyrészt lehetnek tényleges egészségkárosodási akadályok, munkaerőpiac befogadóképességének korlátozottsága, illetve a háztartás eleve alacsony összbevételeinek jelentős biztos bevétele ez a nyugdíj. A nyugdíjba

<sup>70</sup> A fiatalon megrokkantak teljesen munkaképtelenek rokkantsági járadékban, az 50%-os (2008. január 1-jétől 40%-os) munkaképesség csökkenés esetén megváltozott munkaképességűek járadékában (átmeneti járadék, rendszeres szociális járadék, egészségkárosodási járadék), és végül akiknek a munkaképessége üzemi baleset vagy foglalkozási betegség következtében 15%-ot meghaladó mértékben csökkent baleseti járadékban részesülnek. A megváltozott munkaképességűek járadékát azok igényelhetik, akik az öregségi nyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel nem, vagy a rokkantsági nyugdíjhoz az életkora szerint szükséges szolgálati idő felével rendelkeznek.

<sup>71</sup> A rokkantsági nyugdíjak átlaga a korhatár alattiak körében 59 ezer forint (a korhatár felettiiek esetében pedig 72 ezer Ft), volt 2008-ban, a hozzátartozói ellátások és a nyugdíjjáradékok (megváltozott munkaképességűek járadéka átlagosan 30097 Ft/hó, a rokkantsági járadék pedig 32710 Ft/hó 2008-ban, forrás: KSH Szociális Statisztikai Évkönyv 2007)

vonulás időzítését és mikéntjét a munkaerő-piaci helyzet, az egyének egészségi állapota, az aktuális nyugdíjkorhatár és más egyéb körülmény is befolyásolhatja. Ezt igazolja Monostori vizsgálatának eredménye, miszerint a nyugdíjban részesülők „regionális különbségei azt jelzik, hogy minél elmaradottabb, minél súlyosabb munkaerőpiaci problémákkal küzd egy régió, annál magasabb a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok, illetve a megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők aránya” Monostori (2009 p. 93). Ezzel összecseng Scharle megállapítása, mely szerint 2005 és 2010 között csökkent (3,6%-ról 2,8%-ra) a 15-64 éves korosztályon belül a rokkantsági ellátásban részesülők aránya (Scharle 2012 p.136), azonban „a megfigyelt csökkenés 95 százaléka az érintett korosztályok összetételében történt változásnak tudható be (egészségi állapot és iskolázottság javult szerk.mgj.), míg az igénylést meghatározó motivációk, illetve az elbírálás szigora nem változott jelentősen” (Scharle 2012 p.136).

Az egészségkárosodott munkavállalók rehabilitációjának igénye már az 1960-as évek végén megfogalmazódott, azonban munkaerőpiacra való visszavezetés tömegesen semmiképpen sem történt meg, még azokban az időkben sem, amikor a teljes foglalkoztatottság volt a cél, avagy a nemzetgazdaság prosperált. Ezzel szemben ténylegesen, és az egészségkárosodottakra nézve súlyos következményekkel, a munkaerőpiaci rehabilitáció a 2007-es változtatásokban jelent meg (lásd I.1.3. Emberi jogi modell és a magyar jogszabályok), egy olyan gazdasági helyzetben, amikor az egészséges és magasán képzettek elhelyezkedése sem automatikus. 2008. január 1-jétől bevezettek egy új ellátási formát (2009-ben mindössze 2075-en részesültek ebben az ellátásban), a korábban ismertetett rehabilitációs járadékot. Mabbett (2002) és A társadalmi jellemzők szerzői szerint is az egyes foglalkoztatás vagy szociálpolitikai definíciók tartalmának megváltozása egy másik ellátórendszer felé tereli az embereket. Ez megfigyelhető ebben az esetben is, ugyanis folyamatosan emelkedik a rehabilitációs járadékban és ezzel párhuzamosan csökken a megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők száma. Ami azt is jelenti, hogy az eddigi biztos bevételt jelentő „kategóriából”, biztos inaktív státusból átsorolják az igénybejelentőket egy jövedelmezőbb, ám átmeneti (3 év) bevétellel járó „kategóriába”. Azaz megpróbálják visszaterelni a munkaerőpiacra. Mindezt egy épp olyan időzítéssel, amikor a gazdaság munkaerőigénye csökken, így kérdéses, hogy mi történik 2012

év végétől azokkal, akiknek „lejár” a rehabilitációs járadéka és nem sikerült állát találnia. Sikerül-e visszavezetni ezeket a megváltozott munkaképességűeket a munkaerőpicara? Esetleg újra valamilyen más ellátási formát igényelnek?

A szabályozási környezetnek állandó változatlansága részben a megváltozott gazdasági, demográfiai körülményeknek köszönhető, részben a mögöttes szociálpolitikai célok és a gazdasági környezet bizonytalanságának. A pénzbeli juttatások rendszere is jelentősen (és többször) változott rövid időn belül, amit gyakorlatilag csak szakképzett, ilyen esetekre specializálódott bérszámfejtő képes átlátni (sok esetben az Állami Foglalkoztatási Szolgálat képviselői sem).

### III.2.3. Pszichiátriai betegek nyilvánítottak a munkaerőpiacon

Pszichiátriai diagnózissal „leszázalékoltakról” egyetlen információt értem el, az adott évben újonnan rokkantosítottak fő betegségcsoportjai fel vannak tüntetve, köztük az „elmebetegségek” is 1990-ig (pontosabban 1992-ig)<sup>72</sup>.

**8. Táblázat: Új rokkantak száma és elmebetegség gyakorisága és aránya az új rokkantak között 1970-2007<sup>73</sup>**

Új rokkantak száma és megoszlása betegségcsoportok szerint						
	1970	1975	1980	1990	2000	2007
Új rokkantak száma	32409 <sup>1</sup>	35433 <sup>1</sup>	36179 <sup>1</sup>	61326 <sup>2</sup>	54196 <sup>2</sup>	34386 <sup>2</sup>
Elmebetegségek száma	nincs adat	3207 <sup>1</sup>	4071 <sup>1</sup>	12157 <sup>1</sup>	nincs adat	nincs adat
Elmebetegségek aránya	nincs adat	nincs adat	9,7 <sup>1</sup>	18,8 <sup>1</sup>	nincs adat	nincs adat

Az adott évben újonnan rokkantnyugdíj ellátásban részesülők száma leginkább 1980-1990 között emelkedett, mintegy másfélszeresére nőtt. (1985-ben az új rokkantsági nyugdíjasok száma 41200, tehát igazán jelentős emelkedés 1985-1990 között történt.) Majd 1990 és 2000 között csökkenés tapasztalható, ami feltehetően annak köszönhető, hogy megjelentek egyéb más juttatási formák (korengedményes vagy előnyugdíj, majd megváltozott munkaképességűek, rehabilitációs járulék).

<sup>72</sup> A vizsgált években a rokkantosítás vezető betegségcsoportja minden esetben a keringési rendszer zavarai, ezt követi a csontváz izomrendszer megbetegedések, és a légzőrendszer betegségei, és negyedik az elmebetegségek.

<sup>73</sup> forrás: 1:Major 1977, szociológia, 393. oldal, 2: Egészségügyi statisztikai évkönyv 2008

Az elmebetegségek, mint rokkantosítási betegség szintén 1980-1990 között a duplájára emelkedett. Ennek két oka lehetséges. Egyrészt mentális betegségek gyakoribbá válhattak, a környezeti tényezők, a társadalmi, gazdasági, politikai változások következtében. (Erre utal a korábban idézett Novák-féle kutatás, melynek eredménye, hogy a megrokkánás második leggyakoribb oka az „életút megrázó eseményei”.) Másrészt a betegség természetéből fakadóan az igazoláshoz egy szakorvosi papír elegendő, szemben más betegségtípusokkal ahol egyéb gépi felvételek (röntgen, ctg stb.) is szükségesek. Tehát ez a „leszázalékoltatás”, a biztos jövedelem forrásának egyik egyszerűbb útja a pszichiátriai diagnózis névleges felvállalása.

### ***III.3. Megváltozott munkaképességűek a munkaerőpiacon***

A megváltozott munkaképesség munkaerőpiaci fogalom, azonban nagy mértékben összefügg a fogyatékos-sággal, egészségkárosodottsággal. Magyarországon mint az I.1.3. Emberi jogi modell és a magyar jogszabályok című fejezetben bővebben kifejtettem a fogyatékos-ság alapvetően egészségügyi, míg a megváltozott munkaképesség inkább az egyéni képességekre fókuszáló komplex fogalom, azonban mindkettő megállapítása, besorolása egy eljárás keretén belül történik. A megváltozott munkaképesség tartalmilag azt jelenti, hogy a munkavégző képesség nem teljes, nem ugyanaz, mint „valaha, korábban” volt, ha korábban volt egyáltalán. Ebből rendszerint az következik, hogy akadályt, hátrányt jelent az érintettek számára (nem kizárólag a munka területén), és sok esetben munkaerőpiaci kirekesztéssel is jár, ami szegénységhez, kiszolgáltatottsághoz vezethet.

A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának hivatalos megszervezése általában a háborúk után a hadirokkantak ellátásához, vagy a szegényügyhöz kapcsolódott (1600-as évek Anglia, dologházak). A kapitalista munkaszervezés, a bér munka, a teljesítmény és hatékonyság orientáltság előtérbe kerülésével teherre, ellátásra szorulóvá, a munkaerőpiacon nem kívánatos-sá váltak. Az 1600-as évek óta eltelt időben a nyílt és a zárt ellátási formák és foglalkoztatások, az ehhez kapcsolódó jogi, képzési irányok váltották egymást a mindenkor meg határozó ideológiának megfelelően, melyek többé-kevésbé Magyarországon is megjelentek

(pl. elzáró dologház, integráló családi ápolási telep). A kereső tevékenységet folytató fogyatékkal élőkéről 1949-ben Lakatos (1996) talált információt (korábban az 1880-as évekből van információ erre nézve, miszerint fogyatékkal élők 33%-a dolgozik), mely szerint 15-59 éves fogyatékkal élők 71,7%-a dolgozik (ekkor még nem létezett a megváltozott munkaképesség fogalma). Feltehetően nem a fogyatékkal élőket írták össze hibásan, vagy torzítva, hanem a háborúban valamilyen károsodást szenvedtek is el tudtak helyezkedni a munkaerőpiacon (pl. trafik üzemeltetés hadirokkantak számára). 1930 és 1990 között eltelt időben a népszámlálásokban nem szerepelt a fogyatékkal élő vagy megváltozott munkaképességű személyek felvétele, így munkavállalásukról sem lehet tudni.

A következőkben bemutatom a megváltozott munkaképességűek magyarországi foglalkoztatásának történetét, ami megalapozta a jelenlegi igen költséges és szegregált foglalkoztatás elterjedtségét.

### **III.3.1 Foglalkoztatás 1945 után**

A foglalkoztatás tekintetében 1945 után két meghatározó irány alakult ki: a bentlakásos intézeteken belüli munkaterápiás foglalkoztatás, és a csökkent munkaképességűek munkarehabilitációja. Előbbi esetében úgynevezett kolóniákat hoztak létre például Intapusztán (1952-ben), vagy Pomázon, ahol kezdetben 20-40 betegből és 2-4 ápolóból álló állami gazdaság, majd többszázfős munkaterápiás intézet működött. Sorra kezdtek kiépülni a nagy befogadóképességű szociális intézetek és némelyikben volt lehetőség munkaterápiára, ami magának az intézetnek a jól szervezett rendben tartását jelentette, azonban néhol volt nagyobb kertészet, vagy iparos munkavégzésre kialakított műhely (Kappéter 1995). Tehát a közösségnek, a családi hangulatnak, az egyéni igényeknek, önállóságnak nyoma sem maradt.

A csökkent munkaképességűek munkarehabilitációjára a korszakban két meghatározó rendelet született<sup>74</sup>, 1967-ben meghatározták a csökkent munkaképesség fogalmát és kategóriáit, a foglalkozási rehabilitációt, és a célvállalat kifejezés is ekkor kerül elsőként jogszabályba. Az 1968-as rendeletben

<sup>74</sup> A korábban említett 1/1967. számú MüM–EüM–PM együttes rendelet és a 134/1968. PM-utasítás, Léteztek korábbi szabályozások is a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásával kapcsolatban, azonban nem olyan mértékben meghatározóak.

rendezték a csökkent munkaképességű személyek társadalombiztosítását. A rendeletben kiemelt hangsúlyt kap a rehabilitáció<sup>75</sup>, melynek célja alapvetően az eredeti munkahely és munkakör megőrzése lett volna, továbbá úgynevezett csökkent munkaképességűekkel foglalkozó vállalati bizottság felállítása is, melynek feladta az érintettek számára helyi munkaerőpiac kialakítása, illetve ha ez sikertelen a munkaerő kiközvetítése<sup>76</sup>.

A vállalati rehabilitáció nem teljesült maradéktalanul, ezért 1971-től vállalati ösztönzőket vezettek be (dotációval; bér után járó illetményadó, bizonyos feltételek mellett a város és a községfejlesztési adótól való mentesség is). Major (1977) szerint a „csökkent munkaképességűek foglalkoztatásában való érdekeltséget sokkal inkább a bérszínvonal-gazdálkodás teremtette meg. A vállalaton belüli, vagy tanácsai rehabilitációs bizottságok munkáját az is hátráltatta Winter (1990) szerint, hogy olyan plusz munkát kellett volna elvégezniük, amihez sem módszertani, sem pénzügyi támogatást nem kaptak, és sok esetben képzettségük, tapasztalataik sem voltak. Ezzel párhuzamosan születtek a rokkantsági nyugdíjtörvények, ennek eredményeképpen a tényleges foglalkoztatási rehabilitáció sem a munkavállalónak, sem a munkáltatónak nem volt érdeke. Major már 1977-ben azt tapasztalta, hogy a „gazdaság [a csökkent munkaképességűeket] két főcsatornán vezeti le a rokkanttá nyilvánítással és a nyílt, vállalati, többnyire formális foglalkoztatással” (Major 1977 p. 27). A rokkantossághoz szükséges volt az Országos Orvosszakértő Intézet határozata (lásd I. fejezet), melynek feladata a munkaképesség-csökkenés meghatározása és rehabilitációs vélemény kiállítása. Azonban „általánosan elterjedt vélemény az irodalomban, hogy az orvosszakértői bizottságok által készített szakvélemények

<sup>75</sup> •”3.§. A csökkent munkaképességű dolgozókat a vállalatok kötelesek elsősorban a vállalaton belül foglalkoztatni (a továbbiakban: rehabilitálni), ahol egészségük további romlása nélkül hatékonyabb munkavégzésre képesek...” és

•5.§: A csökkent munkaképességű dolgozók helyzetének figyelemmel kísérése érdekében minden vállalatnál Csökkent Munkaképességűekkel Foglalkozó Vállalati Bizottságot (a továbbiakban: Vállalati Bizottság) kell létrehozni.” (MTT 1967/607-p. 613)

<sup>76</sup> A 2000-es években is történnek kísérletek a munkáltatók bevonására a „hivatalos” állásközvetítésbe: „A kétezres évek végén uniós programok keretében történtek jelentős intézkedések a munkáltatói kapcsolatok erősítése érdekében: a teljes munkaidőben ezzel foglalkozó állásügynöki hálózat létrehozása, az ÁFSZ központjába telepített kiemelt nagyvállalati kapcsolattartók bevonása, illetve az erre szolgáló külön internetes portál létrehozása. A szakmai normák és az ÁFSZ rutinszerű működése azonban továbbra is erősen épít arra, hogy az érdektelt munkáltatók maguk kezdeményezik a kapcsolatot. a gyakorlatban kevés jele van annak – mint az álláskereső esetében is –, hogy a munkáltatókra fordítható ügyintézői kapacitást megtervezzék...” (Bódis et al 2012)

többségükben nem támogatják hathatósan a foglalkozási rehabilitációt, mert ezek igen tág ún. „keretszakvélemények” (Kálmán - Könczei 2002).

A korszak másik meghatározó rendelete<sup>77</sup>, 1983-ban lépett hatályba és többszöri módosításokkal 2007-ig volt hatályos, azonban szemléletét tekintve a 2007-es változtatás sem hozott előrelépést. A rendelet szellemiségében hasonló az 1967-68-ashoz, tehát a korábban kialakult foglalkoztatási rehabilitáció hiányosságain és rokkantsági nyugdíj érdekeltségen nem tudott változtatni. A rendelet meghatározza a megváltozott munkaképességű személy fogalmát és foglalkoztatásuk sajátos szabályait, itt szerepel a foglalkozási rehabilitáció is. A rendeletben megállapítják azt is, hogy a munkáltatónak a megváltozott munkaképességű munkavállalója által megtermelt alacsonyabb értéket az állam kiegészíti, a gazdálkodó szervek esetében a munkabér 35%-ával, míg célszervezetek és szociális foglalkoztatók esetében az átlag munkadíj 45%-ával. Számos területen ésszerű változásokat is hozott ez a rendelet<sup>78</sup>, azonban a vállalati rehabilitációs gyakorlat és a rokkantosítási kérelmek magas száma mégsem változott. 1990-ben mindössze 2136 megváltozott munkaképességű személyt (ez a foglalkoztatottak 0,04%-a), rehabilitációs üzemrészben 1422 főt foglalkoztattak, közülük 539-en megváltozott munkaképességűek. (Információs Statisztikai Évkönyv 1990). A vállalati rehabilitáció sikertelenségét a III.2.2. A rokkantosítási érdek című fejezetben ismertettem.

A munkaerő gazdálkodás egymással ellentmondó intézkedései, irányelvei sem kedveztek a vállalati rehabilitációnak. A teljes foglalkoztatottság jegyében elviekben működnie kellett volna a megváltozott munkaképességűek számára betölthető munkahely-piacnak, azonban a munkaerő fölösleg miatt válogathattak a vállalatok a munkaerő között. Ilyen körülmények között néhány ember miatt nem volt érdemes dotációt igényelni, és adminisztrálni. Így alakulhatott ki, hogy a rehabilitációs foglalkoztatás a célvállalatok keretein belül valósult meg, hiszen eleve magasabb volt a dotáció, és készen állt az adminisztrációs és rehabilitációs apparátus is.

<sup>77</sup> A megváltozott munkaképességű dolgozók foglalkoztatásáról és szociális ellátásáról szóló 8/1983.(VI.29.) EüM-PM együttes rendelet (Eür.)

<sup>78</sup> A vállalatokat nem kötelezték rehabilitációs munkahelyi jegyzék elkészítésére, mezőgazdasági termelőszövetkezeti dolgozókra is kiterjesztették, és az orvosszakértői vizsgálatoknál elsőként a foglalkoztathatóságot, majd a rokkantosítási szempontokat veszik figyelembe

### III.3.1.1. Célszervezetek, szociális foglalkoztatók

A szociális foglalkoztatást általában meghatározott célcsoport foglalkoztatására hozták létre, azért, hogy a munkaerőpiacon hátrányos helyzetben levők – megváltozott munkaképességűek, vagy szegények, sokgyermekes anyák – számára munkát és ezzel keresetet biztosítsanak. Ezek a csoportok általában alacsonyabb, vagy nem folyamatos gazdasági tevékenységre képesek, és egészségi állapotuk, vagy családi szociális körülményeik miatt nehézségekkel kell megküzdniük. Foglalkoztatásuk általában összekapcsolódik valamilyen rehabilitációval, akár egészségügyi, akár szociális, akár kifejezetten munkaerőpiaci rehabilitációról legyen szó. Ilyen vállalatokat az állam, vagy tanácsok, esetleg magánszemélyek, tsz-ek hozták létre. Ennek egyik megtestesítője a célszervezet. A célszervezet és a védett vagy zárt foglalkoztatás fogalmai összemosódnak Magyarországon, és ezért egy sajátos – az európai gyakorlattal nem teljesen egyező - célszervezeti meghatározást szokás alkalmazni. A célszervezetek Gere szerint „jelentős állami támogatással, versenyfeltételek között működő – korlátozott profitérdekeltségű – gazdálkodó szervezetek” (Gere 2009 p. 16). A védett foglalkoztatás inkább a munkakörülményekre vonatkozik, azaz nem várnak el a munkavállalótól olyan teljesítményt, mint egy egészséges embertől, általában külön felügyeletet, akár orvosi felügyeletet, helyiséget biztosítanak számukra. A zárt foglalkoztatás elnevezése kis mértékben kritikai szemléletet is tükröz, amennyiben maga a foglalkoztatás fizikailag az egészségesektől-normálisaktól elzártan működik, ennek következtében és a közösségi élettől is és a tényleges piaczgazdasági viszonyoktól is elzártan működik. Magyarországon a célszervezetek védett és sok esetben zárt foglalkoztatási formát testesítenek meg, annak ellenére, hogy elviekben a rehabilitációs szemlélet is megjelenik tevékenységükben. A munkavállaló szempontjából az ilyenfajta elzárásnak vannak pozitív és negatív hozadécai. Pozitívumként hozható fel, hogy munkáltatói és munkatársai is tekintettel vannak az egészségkárosodására, nem kell folyamatosan magas teljesítményt nyújtania, gyakoribb hiányzásoknak nincsenek komoly következményei, munkatársai, mivel többségük szintén egészségkárosodott emberek, tolerálni fogják őt. Egyfajta



biztonságot jelent, mind munkavállalói, mind mentális szempontból. Azonban sok esetben nem a képzettségnek, képességeknek megfelelő, monoton munkát végeznek, ami nem tekinthető foglalkozási rehabilitációnak, a szigetszerű zártság nem integrál a valódi életbe, közösségekbe, tovább erősíti az egészséges-nem-egészséges kettősséget, egyfajta paternalisztikus, gondoskodó és egyben kiszolgáltatott állapotot tart fenn.

Az első célvállalat Vas megyében alakult a XX. század elején, azonban a célvállalatok jelentős kiépítése az 1950-es évektől kezdődött. Ezeknél a célszervezeteknél többnyire egyszerűbb textilipari, bőripari, vagy finommechanikai munkákat végeztek, általában betanított, képzettséget nem, vagy csak szakmunkás végzettséget igénylő munkákat végeztek. Winter (1990) kutatása szerint többnyire „manufaktúrák” foglalkoztatást végeznek, inkább karitatív, mintsem piaci igényekkel és célokkal, így ráfizetések és erről a termelési, minőségbeli színvonalról nem képesek továbbfejlődni. A célszervezetek dolgozóinak száma folyamatosan nőtt, 1977-ben 3400 fő dolgozott célvállalatnál, és összesen 6000 csökkent munkaképességű személy dolgozott cél illetve cél jellegű vállalatoknál (Major 1977).

1968-ban hat célvállalatot nevesítenek és meghatározzák pénzügyi kedvezményeit (134/1968 (PK.25.) utasítás), melynek lényege, hogy normálistól eltérő támogatást megkapta. „A dotáció hatékony felhasználása, a dolgozók fejlesztése, rehabilitálása ezekben az években nem tartozott a cégek alapkövetelményei közé” (Gere 2009 p. 45). Mindez azért érdekes, mert a hat vállalatból néhány jogutódja még most is létezik, a gazdaság környezet jelentősen megváltozott, működésük átalakult az azóta eltelt 45 évben, azonban ugyanúgy többségében még most is megváltozott munkaképességűeket foglalkoztatnak, és ugyanúgy az állami dotációból a legtöbbet utalnak számukra, ugyan most már szabályozott rehabilitációs tevékenységet kell folytatniuk.

A megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztató vállalatok pénzügyi támogatása továbbra is meghatározott vállalatokra volt érvényesíthető az 1985-ös rendeletig<sup>79</sup>. Ettől kezdve már nem csak a nevesített vállalatok<sup>80</sup>, hanem más

<sup>79</sup> III/96. A 12/1985. (XII.28.) EüM - PM. számú együttes rendelet.

<sup>80</sup> Nevesített vállalatok:

vállalatok is igényelhetnek dotációit (kisszövetkezetek, vagy a fogyasztási szolgáltató kisvállalatok), ennek ellenére a korábbi hat célszervezet mellé 1989 végig még 17-et alapítottak. „Nem ismeretes, hogy 1968-ban, 1983-ban hogyan kerültek kiválasztásra a felsorolt gazdálkodók. A Humanitás 1982-ben, a Kézmű 1981-ben vált célszervezetté. Minőségi különbség a feladatuk ellátásában a kijelölési év előtt és után nincs. Lényeges eltérés az, hogy ezt követően a támogatás nem normatív módon, hanem egyénileg, testre szabottan került megállapításra (Winter 1990 p. 94)”. A célszervezeti kijelölést bizonyos feltételek teljesülése<sup>81</sup> mellett lehetett igényelni, azonban úgy tűnik már ekkor is személyes alkuk alapján történt.

A célszervezeti igénylés megnövekedése dotációs rendszer következetlenségéből fakadó magas profit elérésében rejtett, aminek következtében egy sajátos megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató vállalati monopolhelyzet alakult ki, mely támogatási rendszer a mai napig érvényben van<sup>82</sup>. A célszervezetek privilegizált helyzetét mutatja, hogy kiemelkedően magas dotációt igényelhetnek, és működésüket sem (ténylegesen folytatnak-e munkát, rehabilitációs munkát folytatnak-e), és a bérezést sem (kifizetett bér sokáig nem volt meghatározva) ellenőrizték. Elég magas dotációs hozzájárulás mellett tehát elég volt minimális hasznot termelni ahhoz, hogy a bér kifizethető legyen, a többi hasznot pedig a szervezetek menedzsmentje felhasználhatta, amire akarta. Winter (1990) kimutatta az egyes célszervezetek dotációigénylésének évenkénti ingadozásait megfigyelve, hogy a célszervezetek gyakorlatilag egyenként „kiegyeztek” a kifizetővel a dotáció értékéről. A célszervezetek kiváltságos helyzetét fenntartandó létrejött a Védett Szervezetek Országos Szövetsége 1989-ben, az akkori közel 20 célszervezet és néhány szociális foglalkoztató alapította,

---

1. Fővárosi Kefe- és Seprűgyártó Vállalat, Budapest

2. Szegedi Fonalfeldolgozó Vállalat, Szeged

3. Vas megyei Vegyesipari Vállalat, Szombathely

4. Fővárosi Kézműipari Vállalat, Budapest

5. Humanitás Műszaki, Textil és Munkavédelmi Eszközök Gyártó Ipari Szövetkezet, Budapest

6. Piremon Mozgássérültek Egyesületének Papír és Melléktermék Feldolgozó Kisvállalata, Debrecen.

<sup>81</sup> A célszervezetnél foglalkoztatottak legalább 75%-a, míg „cél jellegű” szövetkezet esetében legalább 20%-nak csökkent munkaképességűnek kellett lennie. Cél jellegű vállalatok száma jóval magasabb 1980-ban 55 volt (Kálmán - Könczei 2002).

<sup>82</sup> III/102. Az 59/1986. (XII.10.) MT. számú rendelet a Rehabilitációs Alapról. Röviden összefoglalva, a dotáció nem csak bérekre, hanem ezen kívül foglalkoztatás egyéb költségeire (pl. orvos), utazási költségekre, adminisztrációs és menedzsmenttel kapcsolatos költségekre, vagy a rehabilitációs foglalkoztatás célját szolgáló beruházáshoz is felhasználható

melyeknek véleményezési előjoguk van a célszervezeti minősítésről, és az ehhez járó támogatásokról, és igen aktív érdekvédelmi tevékenységet folytatnak az érintett minisztériumokkal (egészségügyi, pénzügyi). A VSZOSZ beleegyezésével jött létre 1996-ban, hogy az egyéni alkukat ugyan felszámolták, de normatívvá alakították, és az árbevétel függvényében maximalizálták az igényelhető dotációt<sup>83</sup> (Horváth- Póla - Vincze 2005 p.142).

A célszervezeti foglalkoztatással kapcsolatos fenntartások nem csak gazdasági-pénzügyi természetűek, hanem Winter (1990) felmérése során személyi és a tárgyi környezet területén is talált hiányosságokat, tehát a rehabilitációs tevékenység igen alacsony szintű.

A szociális foglalkoztatók alapvetően helyi munkaerőpiaci feszültségek csökkentésére, hátrányos helyzetűek foglalkoztatására jöttek létre, tanácsok, majd önkormányzatok alapításával és tulajdonlásával. Az elsőt 1957-ben alapították, 1989-ben 37 működött (Winter 1990). Már az 1989 előtti időszakban is a szociális foglalkoztatók alapítását a helyi költségvetés fedezte, minimális állami támogatással. A további működést ugyan kiemeltebben támogatták, mint a vállalati rehabilitációt, de kevésbé, mint a célszervezeteket. A támogatásokat a tanácsok kapták, amit Winter (1990) szerint nem feltétlenül jutott el a címzettekhez, más területen használták fel. Ezek a foglalkoztatók Major (1977) szerint akkor voltak nyereségesek, ha volt körülöttük megfelelő és kialakult vevőkör és hálózat.

### **III.3.2 Megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása 1989 után**

A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásának szabályozására nem közvetlenül a rendszerváltáskor került sor. A nyugdíjasok, járadékosok számának megnövekedésével és a rehabilitációs foglalkoztatásra költött jelentős pénzösszegek kiutalásával előállt állami pénzügyi nehézségek csak az ezredforduló után kerültek fókuszba. Miért nem dolgoznak azok a megváltozott munkaképességű személyek, akik bármilyen kis mértékben is, de képesek értéket előállítani, adót, társadalombiztosítást fizetni? Hol dolgozhatnak, ki foglalkoztatja őket? Kinek a feladata fizetni szociális, egészségügyi ellátásukat? A

<sup>83</sup> 1996. évi LXXXI. Törvény a társasági adóról és az osztalékadóról

munkaerőpiaci adottságokból fakadó akadályok és az egyéni motivációk hiányára visszavezethető inaktivitásra vonatkozóan is lehet magyarázatokat találni a magyar szakirodalomban (lásd Köllő 2009, Nagy 2006).

A megváltozott munkaképességűek aktívabb foglalkoztatásának számos akadálya van tehát. Véleményem szerint az egyik alapvetően meghatározó tényező a hazai alacsony foglalkoztatási ráta mellett, hogy az 1989 óta eltelt időszakban a rehabilitációs foglalkoztatás szabályozása és finanszírozása továbbra sem a nyílt foglalkoztatást támogatják, a vállalatokat egyéb más módon sem ösztönzik és a dotáció kedvezményezettjei a célszervezetek.

1994-ben jelenik meg az 1983-as rendelet módosításának egy fontos momentuma, a dotáció cizellálása<sup>84</sup>. Szemléletében azonban nem változott ez a szabályozás, továbbra sem egyénre szabott, az egyéni rehabilitációt támogatja, hanem a támogatásnál a szervezeti formát és a munkakörülményeket veszi figyelembe.

Ugyan minimális mértékben, de az integrált foglalkoztatás irányába mutatott az 1996-os rendelet<sup>85</sup>, melynek lényege, hogy pályázni lehet az állam felé rehabilitációs célú munkahely létesítésére (pl. akadálymentesítés), azonban új munkahely létesítése csak akkor lehetséges, ha a munkavállalók legalább 50%-a megváltozott munkaképességű.

Gere (2009) „Magyarországon a kilencvenes évek közepéig nem történt összehangolt társadalmi intézkedés a megváltozott munkaképességű (fogyatékos) személyek munkaerő-piaci hátrányainak csökkentése érdekében. Nem épült ki a foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere, módszertani háttere, finanszírozási bázisa és sok esetben ellenérdekeltséget teremtő anomáliák sora jellemezte a foglalkoztatás elősegítését célzó támogatási

<sup>84</sup>A támogatás alapja az úgynevezett négykulcsos támogatás, aminek lényege, hogy annál magasabb dotáció igényelhető, minél nagyobb mértékben csökkent a munkavállaló munkaképessége az OOSZI vélemény szerint. A dotáció minden esetben tárgyhóra érvényes, és a foglalkoztatottak statisztikai létszámának (egy 67%-ban egészségkárosodott személy „csak” 0,67 egészséges személynek felel meg.) megfelelően utólag finanszírozza. Emellett kiemelten magas a 100%-ban csökkent munkaképességűek után járó dotáció, valamint telephelyi plusz dotáció is igényelhető. A dotáció kiszámításának az alapja az, hogy a foglalkoztatottak hány százaléka megváltozott munkaképességű személy. Ahol ez az érték eléri a 60%-ot ott lehet célszervezeti kijelölést és 135%-os dotációt igényelni, így elképzelhető akár 360%-os dotáció igénylése is.

<sup>85</sup> 6/1996. (VII. 16.) MüM rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, a Munkaerő-piaci Alap rehabilitációs alaprészéből a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására, az arra kötelezettséget vállaló (foglalkoztatási kötelezettség) munkaadó részére pályázati eljárás alapján támogatás nyújtható, úgy mint akadálymentes környezet létrehozása, technikai eszközök fejlesztése, befogadó munkahely vagy rehabilitációs célú munkahely teremtéshez stb.

rendszereket” (Gere 2009 p.8). Horváth és munkatársai (2005) 2003-as kutatásukkor azt tapasztalták, hogy nemhogy új munkahelyek nem létesülnek, hanem a munkáltatók a korábban ép munkatársuktól is megválnak, amint megváltozik munkaképességük, lehetőség szerint a munkaügyi központra hárítva a továbbfoglalkoztatási feladat elvégzését. Szerintük a hatályos jogszabályok támogatásai nem megfelelőek, a támogatás felhasználását nem ellenőrzik, a rehabilitációs tevékenységnek alacsony a színvonala és az uniós szabályozásokhoz való alkalmazkodása.

Magyarországnak 2004-től, az Európai Unió taggá válást követően alkalmaznia kellett az EU-s foglalkoztatási rendeleteket<sup>86</sup> is, mely maximálja dotáció mértékét. A foglalkozási rehabilitációval foglalkozó szakértők szerint ennek a változásnak tudható be, hogy a 100%-ot meghaladó dotáció megőrzéséért a foglalkoztatás támogatása átkerült a szociális jellegű foglalkoztatáshoz, mely nem tartozik a közösségi norma hatálya alá, és nem érvényesek rá a versenykorlátozás tilalmai. A korábbi célszervezetnek így bizonyos megkötésekkel rehabilitációs költségtámogatást igényelhettek.

Azonban részben az EU hatására is, újragondolásra került a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkaadók érdekeltségi rendszere. 2004-től vállalatokat megpróbálják pozitív<sup>87</sup> (járulékátvállalás) és 2006-tól negatív<sup>88</sup> ösztönzőkkel is érdekeltté tenni megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában.

A legjelentősebb változtatás a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának ösztönzésére, hogy 2005-től nem csak a korábbi alkuk kedvezményezettjei igényelhetnek dotációt, hanem bárki, aki elnyeri az

<sup>86</sup> „Európai Közösséget létrehozó Szerződés 87. és 88. cikkének a foglalkoztatásra nyújtott, állami támogatásra történő alkalmazásáról szóló 2204/2002/EK bizottsági rendelet. E jogszabály csak nagyságrenddel kisebb támogatási intenzitást tett lehetővé: a támogatás mértéke nem haladhatta meg a munkabér és járulékai 100 százalékát (Pulay 2009 p. 22).”

<sup>87</sup> 2004-től az úgynevezett hátrányos helyzetű álláskereső foglalkoztatását elősegítő támogatások (2004. évi CXXIII. tv.) igényelhetők, az úgynevezett Start-kártya rendszerén keresztül. Ebbe a csoportba beletartoznak, mint a megváltozott munkaképességűek is. Ennek lényege, hogy az állam 2 éven keresztül alanyi jogon járó foglalkoztatási járulék-kedvezményt biztosít.

<sup>88</sup> 2006-tól kerül bevezetésre a 20 főnél több munkavállalót foglalkoztató munkaadó számára kötelezően fizetendő rehabilitációs hozzájárulás, amennyiben foglalkoztatottak legalább 5 %-a (kvóta) nem tartozik a megváltozott munkaképességűek közé. A rehabilitációs hozzájárulás megmaradt, 2009-ben jelentősen növelték értékét. (2007-ben: 152 000 Ft/fő/év)

akkreditációs tanúsítványt<sup>89</sup>, így nonprofit szervezetek is. Pulay (2009) tanulmánya szerint az alaptanúsítvány igénylését főként olyan civil/nonprofit szervezetek igényelték, melyek érdekvédelmi, szolgáltatói tevékenységet végeznek. Ezzel elviekben megszűnne a célszervezetek és szociális foglalkoztatók érdekeltségi rendszere, és megnyílhatna az út az integrált foglalkoztatás felé. Azonban az akkreditáció megszerzéséhez eleve bizonyos előfeltételeknek teljesülnie kell (tárgyi, környezeti feltételek), a tanúsítvány igénylése olyan bonyolult és költséges, valamint elnyerése esetén az adminisztrációs kötelezettségek olyan mértékben megemelkednek (rendelkezni kell foglalkozási rehabilitációs szakmai programmal és esélyegyenlőségi tervvel, segítő szolgáltatások igénybevételeének lehetőségét kell biztosítani, személyre szóló rehabilitációs tervet készíteni), hogy csak az elkötelezettek, illetve a juttatásokat kihasználó új vállalatok pályáztak tanúsítvány elnyerésére. Valamint megerősítették a célszervezetek pozícióját (kiemelt tanúsítvány elnyerésével), azaz továbbra kiemelt támogatást kaphatnak a nagy, elkülönítő foglalkoztatási formát megtestesítő vállalatok (ezt megerősítették 2007. rendeletben<sup>90</sup>, az úgynevezett csoportos foglalkoztatási rehabilitációs foglalkoztatás bevezetésével). Természetesen a korábbi „rossz” gyakorlatokat legalább szövegszinten igyekeznek eltörölni (közösségi munkavégzés, képzettséghez kötött munkakörök, képzési lehetőségek). Pulay (2009) szerint az akkreditáció és a támogatás rendszere nem alkalmas az integrált foglalkoztatás megvalósítására.

<sup>89</sup> 176/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet, 14/2005. (IX. 2.) FMM rendelet, 26/2005. (XII. 27.) FMM rendelet), a Munka Törvénykönyve szerinti munkaadók számára lehetséges, (kivéve a központi, helyi költségvetési szerveknél és intézményeikben, valamint a szociális intézményen belüli telephelyeken) a foglalkoztatott létszámtól függetlenül az úgynevezett akkreditációs tanúsítvány megszerzése. Az állami támogatások elnyeréséhez 2007. júliusától kötelező feltétel az akkreditációs tanúsítvány. A rehabilitációs foglalkoztatáshoz három típusú támogatás igényelhető: bértámogatás (munkabér és juttatások, munkahelymegtartásához, rehabilitációhoz kapcsolódó támogatás), költségkompenzációs támogatás (csak védett szervezet igényelheti), rehabilitációs költségtámogatás (nonprofit szervezetek igényelhetik). Továbbá tanúsítvány megszerzéséhez számtalan feltételnek kell teljesülnie (személyi, tárgyi, környezeti feltételek), azon kívül, hogy biztosítani kell a megváltozott munkaképességű személy számára a legmagasabb szintű foglalkoztatás megvalósítását. Az eljárás során megkülönböztetik a védett (főleg védett) foglalkoztatására alkalmas, és az integrált foglalkoztatást megvalósító munkáltatókat (akkreditációs tanúsítványok: alap, rehabilitációs, kiemelt, feltételes).

<sup>90</sup> 302/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a védett foglalkoztatók részére fenntartott közbeszerzések részletes szabályairól). Ezt továbbá megtámogatta a korábban említett szociális tevékenységge átminősített munkavégzéssel; a pályázati rendszerben történő a védett foglalkoztatók részére költségkompenzációs támogatás igényléséről. Azaz a nyílt munkaerőpiacon nem foglalkoztatható személyeket is foglalkoztató közhasznú társaság számára rehabilitációs költségtámogatás ítéltető. A szociális intézményekben gondozott személyek intézményen belüli foglalkoztatását 2006. júliusától két új foglalkoztatási forma, a készségfejlesztő jellegű munka rehabilitáció és a fejlesztő foglalkoztatás (határozott idejű munkaviszony), együtt: szociális foglalkoztatásban nevesítették.

A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását elősegítendő a Nemzeti (korábban Állami) Foglalkoztatási Szolgálat helyi kirendeltségeinek kiemelt feladatává vált a nyílt munkaerőpiacra történő munkaközvetítésük. Ezzel párhuzamosan (OFA pályázatból) támogatták magán munkaerő-közvetítő irodák létesítését is, hasonló célokkal, feltehetően alacsony eredményességük miatt. (lásd VI. fejezet Szerviz és Kerülő út esetek)

Azonban összességében elmondható, hogy a törvényi változások ugyan lehetővé teszik az egyéni szintű nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás támogatását is, azonban továbbra is a védett foglalkoztatási formáknak kedvez. Ezt igazolják az Állami Számvevőszék adatai, mely szerint ugyan emelkedett az akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkezők száma (2008-ban 1560 szervezet), azonban főképp a kiemelt tanúsítvánnyal rendelkezők száma emelkedett (Pulay 2009). Azonban nem csak a számuk, hanem a támogatás elosztása<sup>91</sup> is egyenlőtlen maradt: „a 2009-es költségvetésben a védett szervezetek támogatása az összes rehabilitációs támogatás közel felét tette ki, negyedét az akkreditált szervezetekben foglalkoztatottak bértámogatása, bő egytizedét a szociális intézményekben folyó foglalkoztatás támogatása, és tíz százalékot sem ért el az alternatív rehabilitációs szolgáltatások támogatása” (Scharle 2011 p 15). Az önkormányzati szociális foglalkoztatás helyi szintű továbbélése sem valósult meg, pedig sok esetben nem pusztán foglalkozási rehabilitáció megvalósítását szolgálhatnák. Horváth és Mező szerint (2004) a védett és folyamatosan támogatott foglalkoztatás fenntartása indokolt lenne a piaci teljesítményre egyáltalán nem képes megváltozott munkaképességűek számára, azonban a költségvetés kifejezetten nagy összeggel támogatja a védett szervezeti foglalkoztatást annak ellenére, hogy a megváltozott munkaképességűek között korántsem ilyen magas a piaci feltételeknek megfelelni nem tudók aránya. Tehát a támogatások és a foglalkoztatás célszervezeti koncentrációja ment végbe. Ezt igazolja, hogy 2002-ben a tartósan akadályozott dolgozók 40%-át foglalkoztatják célszervezetek, míg az állami támogatások 90%-a ezeket a szervezeteket érinti (Gere 2009). Mindezek mögött részben a korábban

<sup>91</sup> Ezt igazolja továbbá, hogy a 2002-ben kifizetett dotáció 37,8 milliárd forint volt, ennek 90%-át a célszervezetek vették igénybe. Az állami támogatás összege ugyanis milliárdos nagyságrendű, „1994 előtt célszervezetként kijelölt, 2002-ben is működő gazdálkodó szervezetek számára folyósított támogatás 1994-ben 4 821 166 e Ft, 2002-ben 22 288 417 e.Ft, az összes 2002-ben a célszervezetek számára folyósított támogatás 65,9 %-a. (növekedés:362,3%, összesen 601,6%) (Lechnerné 2009).

kialakult érdekviszonyok húzódnak meg, a célszervezetek vezetőinek erős lobbijereje van, hiszen a megváltozott munkaképességűek majdnem felét ők foglalkoztatják. Ráadásul ezek a megállapodások azt szemléletet tükrözik, hogy a megváltozott munkaképességűeknek inkább a védett és zárt munkahelyek megfelelőek, semmint a nyílt vagy félig-nyílt foglalkoztatási formák.

A célszervezetek és foglalkoztatotti létszáma és támogatása folyamatosan nőtt 1970 óta. Az egy főre jutó dotáció kiszámolásával kapcsolatosan több hazai szakirodalom is megállapítja (Winter 1990, Lechnerné 2009, Scharle 2011), hogy a dotáció elosztása az egyes szervezetek között és területileg is egyenlőtlen, a korábban kialakult alkukat tükrözi. Ráadásul az átlagbérek igen alacsonyak, annak ellenére, hogy maguk a szervezetek termelnek profitot. A támogatás tehát több szempontból is hibásan elosztott, mert nem terel az integrált foglalkoztatás irányába, és maguk a munkavállalók bére is alacsony.

Az új szabályozások lehetővé tették új célszervezetek alapítását, és ilyen finanszírozási, érdekvédelmi környezetben nem meglepő, hogy a célszervezetek száma nőtt: 1995-ben célszervezeti beszámolót készített 46 gazdálkodó szervezet (40 db 1983 óta kijelölt), míg 2002-ben 82 gazdálkodó szervezet (Lechnerné 2009).

A célszervezetek támogatása gyakorlatilag stagnál 2007 óta (kb. 40 milliárd Ft) és „2009 augusztusban a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának támogatási rendszerét lényegében mind munkáltatói, mind munkavállalói szempontból befagyasztották és ez 2013. január 1-ig így maradt<sup>92</sup>. (Lechnerné 2009). A munkaügyi központok és feladatainak decentralizálás nem összehangolt, az állami támogatás pedig kizárólag pályázati úton érhető el (Mmtv 25§, 327/2012. (XI.) Korm r.).

Azonban a szakirodalomban számos kritika megfogalmazódott arra vonatkozóan, hogy a megváltozott munkaképességű személy számára nem jelent valódi rehabilitációt<sup>93</sup> a védett célszervezeti foglalkoztatás. A kiemelt védett szervezetek

<sup>92</sup> (168/2009. (VIII. 26.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatásával kapcsolatos kormányrendeletek módosításáról)”

<sup>93</sup> Hiányzik a differenciált munka biztosítása a dolgozóknak, (ez részben a körülményekből, és a gazdasági pozícióból következik), akik így sok esetben képességeikhez mérten alacsonyabb szintű munkát végeznek. Nem valósul meg a foglalkozási rehabilitáció, „saját gazdálkodási érdekeik miatt nem engedik továbblépni azokat a dolgozókat, akik alkalmasak lennének a nyílt munkaerőpiacon való munkavállalásra (más kérdés, hogy a foglalkozási rehabilitáció nagy hiányosságai, az egészségkárosodott munkavállalók felkészültségének színvonala miatt



szabályozásában ráadásul semmilyen olyan elem nem található, ami érdekeltté tenné a munkáltatót, hogy munkavállalóit az integrált foglalkoztatásra felkészítse. Ráadásul mivel a többség nyugdíjas, így Gere (2009) szerint sajátos kettős státus alakul ki (nyugdíjas és foglalkoztatott), így nem az inaktivitásból kifelé vezet az út az aktivitás felé, hanem ennek a kettősségnek a megmaradását a kizárólag inaktív státus bekövetkezéséig (öregségi nyugdíj). A szociális juttatásoknak az a hátrányuk is megvan, hogy a folyósítások következtében csökkenhet a motiváció a munkavállalás iránt” (Horváth - Póla - Vincze 2005 p. 148) Ezt a motivációhiányt erősíti, hogy a tartós védett szervezetbeli foglalkoztatás a munkavállaló számára is csökkenti a nyílt munkaerőpiacra való kilépés motivációit, a korábban bemutatott túlonként biztonságos, paternalisztikus viszonyok, a speciális munkahelyhez való hozzászokás miatt.

Scharle (2011) kutatásai szerint a „rehabilitációs szolgáltatók lényegesen eredményesebbek: a hozzájuk kerülő ügyfelek 30-50-szer nagyobb eséllyel kerülnek állásba, mint a támogatott foglalkoztatók alkalmazottai. [...] A szolgáltatók esetében az egy sikeres elhelyezésre jutó átlagos állami támogatás évi 600 ezer forint, ha minden elhelyezkedést, és 1,3 millió forint, ha csak a nyílt munkapiaci elhelyezkedést tekintjük rehabilitációs teljesítménynek. Ez utóbbi nagyjából annyi, mint amit évente egy védett munkahely fenntartására fordít a költségvetés (Scharle 2011 p. 3). Mindebből következik, hogy elviekben működhetne, hogy a pénzt átcsoportosítják és a folyamatos védett munkahelyi foglalkoztatást átválthatná nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedés, és ezáltal a központi költségvetés közép és hosszú távon megspórolná a rehabilitációs kiadásokat. Scharle számításai összehasonlítják Harangozó és munkatársainak korábbi számításaival, miszerint a az átképzések, az átmenetet biztosító szolgáltatások kialakításának költségei 5-6 évig jelentős költséget jelent, azonban hamar megtérülne.

#### **IV.3.3. Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatása**

A XX. század elején Magyarországon meghonosodott a Hollandiából származó ellátás, –korabeli szóhasználat – az elmebetegek családi ápolása. Ez egy olyan

---

feltehetőleg ma még kevesen tudnák elhagyni a célszervezetek védett, bár kétségtelenül többnyire alacsony értékű és bérezésű munkahelyeit)” (Gere 2009 p. 46).

komplex és igen korszerű ellátási forma volt, melyben a beteget teljes mértékben és integráltan látták el, amire azóta sincs példa Magyarországon. Természetesen ezzel az ellátási formával párhuzamosan működtek az elmeógyógyintézetek, illetve a kórházi elmeosztályok is.

A korabeli elbeszélésekből lehet tudni, hogy az intézetben az ápoltak rendszeresen végeztek háztartási, házvezetőnői, kertészeti feladatokat az orvosok otthonaiban (Kappéter 1995). Részben ezt a fajta segítséget emelték be a törvénykönyvbe<sup>94</sup>, melynek lényege, hogy a betegeket a tébolydákba számukra idegen (heterofamiliáris rendszer), vagy rokoni (homofamiliáris rendszer –ez Magyarországon igen ritka) családokhoz utalták, és a továbbiakban ott éltek. Magyarországon Pándy Kálmán honosította meg, az első Dicsőszentmártonban 1905-ben nyitotta meg kapuit (Fabinyi 1908). A telepek általában az adott elmeógyógyintézet környékén található településeken voltak, innen jártak ellenőrzésre orvosok, ápolók havonta többször, biztosítva a beteg és a család felügyeletét, támogatását is. Fabinyi 1908-ban azt írta erről „a családi ápolás illeszkedik be leginkább a korunkban mindinkább érvényesülő „non restraint” (kényszerek nélkül való ápolás) elvébe s éppen ennek köszönheti az utóbbi években való óriási fellendülését” (Fabinyi 1908 p. 9). A családok támogatása jelentős megtakarítást jelent az állam számára, ugyanis jóval olcsóbb a zárt intézetek, kórházi osztályok fenntartásánál. Ugyanis a befogadó családok pénzt kaptak ezért, és munkaerőt is, mert általában iparosokhoz vagy mezőgazdaságból élő családokhoz kerültek az elmebetegek, akik részt vettek a gazdaságban, ház körüli munkákban és alapvetően a család életében. Pontos szabályozva volt, hogy a beteg számára külön jól fűthető faburkolatú szobát kell létesíteni, fürdőhelyet biztosítani stb. Az elmebetegek kizsákmányolása, esetleges erőszakos cselekedetek nyilván előfordultak, de jóval kisebb arányban, minthogy a CSÁP megszüntetése, felszámolása emiatt indokolt lett volna. Fabinyi (1908) szerint 1908-ban közel kétezer elmebeteg élt 400 családi ápolási telepen, majd a telepek szaporodásával (Nyitra, Balassagyarmat, Baja stb.) az I. világháború előtti időszakban kb. 1600 beteg lakott telepen. A családi ápolásnak a II. világháború, és az azt követően uralkodó ideológia, mely az elmebetegségek megszűnését hirdette

<sup>94</sup> III/27. A 143.903/1909. számú BM. rendelet (kelte: 1909-05-11.) Tárgya: Az elmebetegek családi ápolásáról (RT- 1909/1027. oldal)

vetett véget. Sok elmebeteget deportáltak, sokan meghaltak járványokban, vagy a háborúban, és a családi elhelyezést indirekt ugyan, de felszámolták. A földek államosítása, és a pénzjuttatás jelentős csökkentése miatt sok elmebeteget visszaadtak a kórháznak (kb. 2500-3000 fő), és már nem jelentkeztek új befogadó családok. Bakonyi 1981-ban még meglátogatott egy családot, ahol élt 2 elmebeteg, és a kiutaló elmeorvos Samu szerint 12 beteg még élt családoknál, akiket megszerettek, és nem „adtak vissza” a kórháznak (Bakonyi 1983).

A családi ápolás olyan kezdeményezésnek tekinthető, amelyen ma a közösségi ellátásban megfogalmazott elveket testesíti meg. A betegnek diagnosztizált nem közösségtől elzártan él, nem érzi magát önállótlán, felesleges, az ápolók és a nyugdíjrendszernek kiszolgáltatott embernek, hanem részt vesz egy család életében, értelmes munkát végez, szabadon járhat-kelhet. Fabinyi (1908) szerint a CSÁP morális hasznán kívül számtalan előnye volt, úgy mint a beteg szabadsága, és testi-szellemi állapotának javulása, amit Bakonyi (1983) szintén megerősít.

A továbbiakban főként bentlakásos intézményekben történő foglalkoztatásukról vannak információk, célszervezetek kedvelt telephelyei pszichiátriai bentlakásos intézetek<sup>95</sup>. Azonban magánszemély, kivéve a családi ápolást az ápolott, nem végezhet ilyen tevékenységet. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak foglalkoztatása 1989 után nem változott jelentősen, a fogyatékos törvényből való kimaradásuk a bentlakásos intézetek konszolidálását, Fogyatékosügyi Tanács által lehetővé tett érdekvédelmet nem biztosította számukra. Foglalkoztatásuk és megítélésük is speciális, ugyanis „betegségük” láthatatlan, sok esetben nem állandó, így munkáltatóik számára.

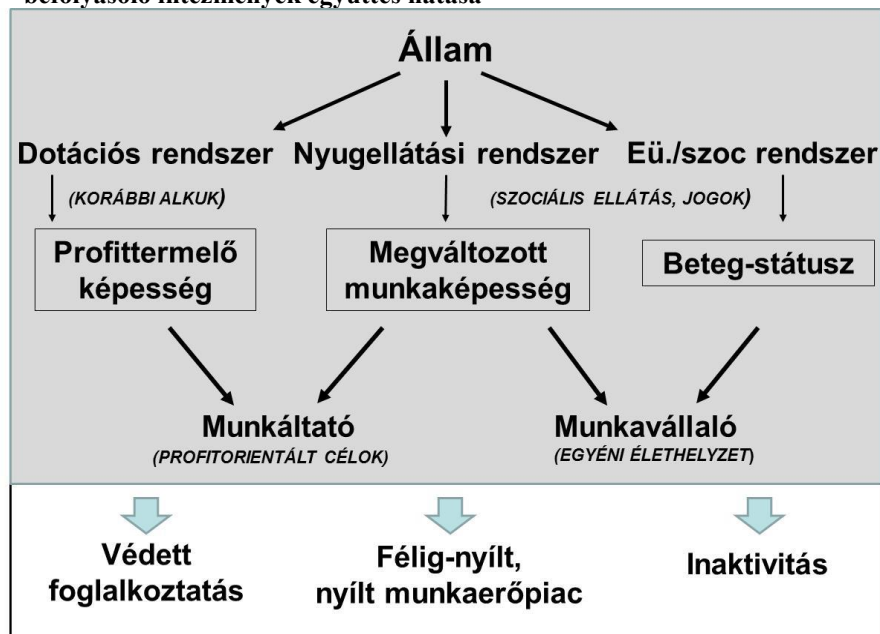
---

<sup>95</sup> Foglalkoztatásukra 1984-es Egészségügyi Minisztérium rendelet tér ki (III/92. A 9/1984. (VII.22.) EüM. számú rendelet.), speciálisan a gyógyító foglalkoztatásukra, melyet lehetővé teszi az ideg- és elmegyógyintézetekben, a gyógyító- megelőző intézmények ideg-, elme-, alkohol osztályain (részlegein) ápoltak és gondozottak gyógyító célú foglalkoztatását, szervezett rehabilitációs foglalkoztató keretein belül.

### ***Összefoglalás – rögzült intézmények a munkaerőpiaci rehabilitációban***

A megváltozott munkaképességűek, fogyatékkal élők foglalkoztatási rátája 1990 után jóval elmaradt az egészségesekétől. Ennek több okát is megnevezi a szakirodalom, úgy mint „a jóléti és munkaügyi rendszer sajátos működése” (Köllő 2009 p. 26), de Micklewright és Nagy (2006) szerint az eleve munka-kereslethiányos környezetben a strukturális tényezők szerepe indifferens, míg az egyéni szempontok és érdekek is inkább az inaktivitás felé terelhetik a megváltozott munkaképességű személyeket. Ebben a fejezetben ezeknek a strukturális hátterét igyekeztem bemutatni.

**3. ábra. Megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci helyzetét befolyásoló intézmények együttes hatása**



Elsőként az egészségügyi rendszert vizsgáltam, mely ebben az esetben értelmezhető intézményként, és a kórházak, gondozók, rendelők szervezetként, melyek működését egységes normák és érdekek jellemzik. A jelenlegi rendszer számos ponton nem hatékony, és nem támogatja a munkavállalást. Ennek egyik oka Orosz (2001) szerint, hogy a magyar egészségügyben hiányzik a kooperáció az ellátás különböző szintjei között, más országokhoz képest még mindig rendkívül magas a hospitalizáció és az ápolási idő, és Böröcz és társai (2012) szerint a költséghatékonysága is csökkent.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében látszólagos cél a gyógyítás, de valójában, mindenki által jól felismerhetően az intézmény fenntartása és működése. Az ellátás intézményesülésében kialakult egy egyensúlyi pont, amiben rögzültek állandó elemek, úgy mint a terápiák, a forgóajtó működtetése. Ez az egyensúlyi pont az útfüggőség egyes típusának feleltethető meg, azaz a múltban kialakult egy rendszer, aminek megváltoztatása költséges lenne. Orosz (2001) szerint a skizofrénia Magyarországon a legdrágább betegségek egyike: mivel az orvostudomány hosszú lefolyású betegségként definiálja, ezért magas a diagnosztizáltak körében a munkából való kiesés miatti termeléseszköken és a skizofrénia kezelési költsége is. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében kialakult az egészségügyi ellátás speciális formája, a forgóajtós rendszer, mely maguknak az érintetteknek nem kedvező, hiszen életük meghatározó része a folyamatos orvosi kezelés, vagy időszakos kórházi tartózkodás. Ennek következtében nem volt lehetőségük a társadalomban való tényleges megjelenésre, munkavállalásra, tanulásra, kapcsolatok kialakítására, elmélyítésére, a társadalmi integrációra.

Ehhez szorosan kapcsolódik a *társadalombiztosítás* szabályozás, finanszírozása. A rokkant státus egyre gyakoribbá válásához több tényező együttes léte szükséges. Társadalombiztosítási nyugellátás szempontjából az ellátottak köre és az ellátások típusai folyamatosan bővültek, melyek egyrészt a társadalmi felelősségvállalás kiszélesedését jelentették, másrészt egyre több embert sodortak az inaktivitás felé.

Az egyéni szempontok figyelembe vételekor nem elhanyagolható, hogy a csökkent munkaképességűek munkaerőpiaci fogadtatása nem egységes (nagyban függ a „betegség” típusától, mértékétől), azonban inkább negatív és elutasító, ezért a munkavállalók inkább a rokkantsági nyugdíjat preferálják. Azonban a második gazdaság virágzásakor jövedelmezőbb volt a betegek számára is rokkantként otthon maradni és mellette feketén dolgozni, mint legálisan munkát vállalni. A rokkantosítási érdek tömegessé válásához hasonló jelenséget (előnyugdíj) vizsgált Ebbinghaus (2005), és eredményei szerint a jelenség elterjedésében a network-hatásnak jelentős szerepe van. Azaz, ha valakinek sikerül úgy rokkantsági nyugdíjat szereznie, hogy mellette negatív következmények nélkül jövedelmet is tud szerezni, (azaz pozitív visszajelzést kap

ez a gyakorlat, hiszen két forrásból is származik bevétel) ennek híre mehet, és mások is megpróbálják ezt a gyakorlatot alkalmazni. Így válhat bevett szokássá (kitaposott út) a rokkantosítás, melyhez nem csak a megváltozott munkaképességű személyek, hanem az orvosi vizsgálóbizottság és a foglalkoztatáspolitikai is közrejátszott. A rendszerváltás okozta változások következtében a rokkantsági nyugdíj a munkanélküliség egyik „levezetőjévé” vált, tehát a rokkantosítás még gyakoribbá vált. Ennek a rendszernek a fenntartása hosszú távon azonban igen költséges, és korántsem hozza meg a várt eredményt, a megváltozott munkaképességűek reintegrációját. A rokkantosítási érdek intézményesülésében kialakult egy egyensúlyi pont, amiben rögzültek állandó elemek, mely mögött munkálkodó konstrukció a megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiaci „leértékelése”, függetlenül megmaradt képességeitől. Kialakult egy olyan egyensúlyi pont mely a mindenki számára egyszerűbb, ám jóval költségesebb inaktivitás felé tereli a megváltozott munkaképességű személyeket.

A magas inaktivitási ráta mellett érdemes az aktív megváltozott munkaképességűek *foglalkoztatásának* visszasságait is megismerni. Ebben a fejezetben ezt igyekeztem bemutatni, különös tekintettel a célszervezeti, védett foglalkoztatásbeli visszasságokra, melyek erőteljesen dominálnak Magyarországon az 1970-es évek óta. Ez a foglalkoztatási forma nem segíti elő a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatási és társas-társadalmi integrációját sem, a szegregáció és a diszkrimináció status quo-ját tartja fenn, és az államháztartást is jelentősen és folyamatosan megterheli. Ennek intézményesüléséhez több tényező együttes működése volt szükséges. Már az 1970-es években sem tudták törvényes eszközökkel érdekeltté tenni a vállalatokat a foglalkoztatási rehabilitációban, és ezzel nagyjából egy időben a megváltozott munkaképességűek számára lehetőség nyílt valamilyen járadék igénylése, és a hiánygazdaságban vagy a háztartásban való aktív önfoglalkoztatás. Ezzel párhuzamosan a tömegesen megváltozott munkaképességűeket foglalkoztatók kiemelt és ellenőrizetlen támogatása a védett foglalkoztatás felé terelte foglalkoztatásukat. A nyílt munkaerőpiacon azok, akik egészségkárosodásuk után nem tudták eredeti feladatukat ellátni kisebb részük védőmunkahelyeken maradtak, vagy „megtúrták őket” a vállalati bérgazdálkodás miatt. A kialakult és rögzült mechanizmus, mely a feketegazdaság, az inaktivitás vagy a védett

munkahelyek felé terelte az embereket kiválóan párhuzamba állítható azzal, amit Szalai a táppénzrendszer kihasználásáról írt. „Az új jelentéstartalmakat ugyan soha senki nem foglalta törvénybe, szótár sem segítette a többszintű értelmezést, mégis a szereplők között kiformalódó játéktérben idővel mindenki eligazodott közöttük, és a mindenkori szituáció diktálta erőviszonyoknak, illetve ésszerűen érvényesített érdekeinek kellő felmérése nyomán ki-ki az alkalomhoz illő módon mozgósította a megfelelő jelentés síkokat” (Szalai 2009 p.85).

Az érdekviszonyok, a finanszírozás a rendszerváltás után sem változott. A munkaerőpiaci reintegráció tehát csak igen kis mértékben megvalósuló lehetőség maradt, melynek elterjedéséhez Busa és szerzőtársai (2004), Csányi (2007) és Scharle (2011) szerint is az a félelemből táplálkozó és információhiányon alapuló előítéletes szemléletbeli változások szükségesek a munkavállaló részéről. Így a megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci kizárása is a kitaposott út allegóriával jellemezhető, melyet a mai napig életben tart a finanszírozás, az előítéletek, és a nem öntudatos munkavállalói attitűd. Ennek a rendszernek a fenntartása már évtizedek óta igen költséges, és korántsem hozza meg a várt eredményt, a megváltozott munkaképességűek reintegrációját, ráadásul növeli a velük szembeni elutasító attitűdöt. A védett szervezetek lobbijereje azonban úgy tűnik nem változik, kialakult egy egyensúlyi pont, amiben rögzültek állandó elemek és szereplők, és a megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiaci „lefokozása”, önállótlan, támogatásra szoruló emberként való kezelése.

A megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci kirekesztődésének rögzülésében, állandósulásában is több elem ragadható meg:

**9. Táblázat Lock-in jelenségek strukturális szinteken**

	<b>Egészségügyi szféra</b>	<b>Foglalkoztatás</b>	<b>Társadalombiztosítás</b>
<b>Kognitív lock-in</b>	Alárendelt beteg szerep	Szereplők előítéletei, félelmei	Megváltozott munkaképességűek leértékelése
<b>Strukturális lock-in</b>	Egészségügyi forgóajtós rendszer	Szabályozás és finanszírozás ellentmondásosak	Rokkantosítási érdek fenntartása
<b>Politikai lock in</b>	Ellátásban érdekelt alkui és finanszírozása	Védett szervezetek lobbijereje	Kettős célok a finanszírozásban

A kognitív lock-in mindhárom esetben a fogyatékkal élő, megváltozott munkaképességű személy kiszolgáltatottságából, leértékeléséből fakad. A kirekesztés javarészt láthatatlan marad az otthoni inaktivitásban, vagy a védett szervezetek, szociális foglalkoztatók városzéli épületeiben. A mentális konstrukciókat nehéz megváltoztatni, melyek a nyugdíjazás és a foglalkoztatási támogatás felől is fenntartják kirekesztés, szegregáció intézményét. Az informális szabályozók (kirekesztő mentális konstrukció) megváltoztatása lassú, általában szekvenciális folyamat, sok esetben külső hatás eredménye.

A strukturális lock-in a foglalkoztatásban némileg lazult, azáltal, hogy a munkaerőpiaci reintegráció felé terelő szabályozás – részben az EU hatására - megszületett, a támogatási forma azonban még nem alakult át. Akárcsak célszervezetek monopóliumának esetében, a rokkantosítási érdek esetében és a forgóajtós egészségügyi ellátás esetében is alkalmazható az Ebbinghaus által leírt út elterelése, amennyiben, egy graduális adaptáció révén részben megújulnak az intézményi megállapodások, szokások, korlátozódnak a korábbi meghatározó szabályok. A munkarehabilitáció, a közösségi ellátás területén a támogatások aránytalansága miatt a törvényi szabályozás javarészt konzervál, és csak kis mértékben ad teret az integrációs folyamatoknak. Azonban ezek az egyoldalú változtatások számos feszültséghez vezethetnek majd. Az ellátási rendszer törvényi megkurtítása és emellett a munkaerőpiac továbbra is kirekesztő magatartása a megváltozott munkaképességűeket a szegénység felé sodorhatja. Valamint olyan új munkahelyek létesítése, melyek azért jöttek létre, hogy a törvény adta lehetőségeket kihasználják, korántsem biztos, hogy a támogatás lejárta után is tovább működnek, és alkalmazzák a megváltozott munkaképességűeket.

Összességében elmondható, hogy az állam által finanszírozott, és működtetett szociális, jóléti, és munkarehabilitációs intézmények együttes indirekt következménye az inaktivitás felé terel. A fogyatékkal élők munkavállalásának támogatását és a jóléti ellátások diszfunkcióját párhuzamba lehet állítani a nők munkaerőpiaci aktivitásának és a születendő gyermekszám növelésnek együttes sikertelen megoldásával. „A hosszú gyermeknevelési szabadság és az univerzális, alacsony összegű juttatás (mint nálunk a gyés), létrehozta az explicit



refamilizációt, ezzel egyszersmind ösztönzi az elkülönült nemi szerepek fennmaradását (Nagy 2009 p.7).

A fogyatékkal, pszichiátriai diagnózissal élő megváltozott munkaképességűek az inaktív státusba kerülnek, és kiesnek a munkaerőpiac nyújtotta közösségből, elesnek jövedelemtől. Szalai (2009) szerint a „dolgos munka, a törekvés, a családért való felelősségvállalás” erkölcsi kérdéssé vált az 1980-as években, és ezzel párhuzamosan a kemény, többnyire második gazdaságbeli munkából való kimaradás normasértővé. A Szalai kifejezésével élve a megváltozott munkaképességűek, a rokkantak is „másodrendű állampolgárokká” válnak, akiknek nincs „rendes” munkájuk, segélyekből élnek. A foglalkoztatás jelentőségének fontosságát makroszinten Nagy fogalmazza meg: „A társadalom számára önmagában is érték az, ha tagjai minél aktívabban vesznek részt a munkaerő-piaci folyamatokban: növekszik az emberi tőke beruházás hozama, gyarapodik az adófizetők száma, csökken az eltartottak, a (tartósan) függő helyzetben lévők aránya a felnőtt népességen belül” (Nagy 2009 p. 8)

Ezzel szemben Magyarországon a politikai lock-in jellemző, azaz az állam és bizonyos nagyhatalmú érdekcsoportok (orvosok, nagyvállalat menedzsmentje) rögzült alkui dominálnak. A bentlakásos intézetek 1950 óta léteznek, a foglalkoztatáspolitikai támogatások 1983 óta rögzültek, az úgynevezett „6 nagy célszervezet” és az állam között. A nyugellátási rendszer és a az egészségügy szociális rendszer működésének az alapja, az a közmegegyezés, hogy a jóléti állam gondoskodik állampolgáiról, csökkenti a munkaerőpiaci kockázatokat, mely megállapodás Szalai szerint az 1975-ös konszolidációs törekvésekre vezethetőek vissza. A nyugellátás tömegessé válása, a paternalisztikus egészségügyi, szociális rendszer azonban megbélyegző a rokkant, a beteg számára, és finansziális szempontból fenntarthatatlan az állam számára, és mindkettő működése az inaktív státus, vagy a védett foglalkoztatás felé terel<sup>96</sup>. A szabályozási változások részben az integrációt támogatják, azonban nem

<sup>96</sup> Pulay számításai szerint „A magyar államháztartás 2008-ban 631 milliárd forintot költött az aktív korú személyek rokkantsági nyugdíjának és 94 milliárd forintot az egészségkárosodott személyek szociális járadékainak finanszírozására. A kettő összege a GDP 2,9 százalékának felel meg. Ha a rokkantság, illetve egészségkárosodás miatt a munkából kieső 700 ezer ember dolgozott volna, és fele olyan mértékben járult volna hozzá a termeléshez, mint a többi 3,7 millió foglalkoztatott, akkor ez a magyar GDP-t közel 10 százalékkal növelte volna meg” (Pulay 2009 p. 25).

összehangoltak, így lényegi változást nem eredményez. A munkaerőpiac felé terelő szabályozási változás a rokkantsági nyugdíjtámogatás szigorítását, és „rehabilitálható rokkant” minőség bevezetését jelenti, úgy hogy az egészségügyi rendszer átalakítása nem történt meg, a szociális ellátórendszerben lehetőségként jelenik meg a közösségi ellátás, és lényegét tekintve a dotációs rendszeré sem változott.

Összességében megállapítható, hogy az igen költséges, és az esetek egy részében a munkaerőpiaci és társas, társadalmi kirekesztést elősegítő mechanizmusok még mindig jellemzőek Magyarországon. Az érintett felek (munkáltató-munkavállaló) középtávon semmiképpen sem érdekeltek a változásban, azonban az állami költségvetés annál inkább. A változások tehát ebben az esetben formális úton indultak meg, azonban nem összehangoltan, és egységesen, ráadásul egy gazdasági-pénzügyi válság előestéjén. Mivel maguk a formális változások sem egy irányba mutatnak, ezért a változás kulcsa feltehetően nem a törvényi szabályozásban és az állami támogatásban keresendő, hanem sokkal inkább a civil/nonprofit szervezetek és érdekvédők tevékenységeiben.

## IV. KUTATÁSI ELŐZMÉNYEK, ALKALMAZOTT MÓDSZEREK, HIPOTÉZISEK

Kutatásom módszertanát alapvetően meghatározzák a vizsgált csoport tulajdonságai, illetve kutatói „megközelíthetőségük”. Dolgozatomban kétféle módszertant alkalmazok. A magyarországi egészségkárosodottakról általános, tágabb, átfogóbb ismertetéséhez makroszintű kvantitatív adatokat használok (nem, életkor, egészségkárosodás típusa, munkaerőpiaci jellemzők), illetve egy kérdőíves kutatás eredményeit mutatom be. A munkaerőpiacról taszító, illetve az inaktivitás felé terelő mechanizmusok leírására egy szűkebb körre, pszichiátriai betegekre fókuszálva, esettanulmányokat készítettem.

### *IV.1. Kutatási előzmények*

A fogyatékkal, pszichiátriai diagnózissal élők foglalkoztatásának vizsgálatára a korább bemutatott elméleti, értelmezési keret figyelembe vételével több kutatási lehetőség is kínálkozik. Elsőként kínálkozik a fogyatékkal élők ellátására, foglalkoztatására, társadalmi státusára, jogegyenlőségükre, szabályozásra vonatkozó, és az ezek mögött meghúzódó társadalmi konstrukciók hazai és nemzetközi leírása. Hasonlóan lehet és érdemes vizsgálni a magyar és a nemzetközi szakirodalom témához kapcsolódó „policy paper”-jeit és „jó gyakorlataira” vonatkozó kutatásokat. Az egyes részterületek és ezek együttes hatásának vizsgálata is szorosan kapcsolódik a kérdéshez, azaz esetemben a fogyatékkal élők foglalkoztatására, foglalkozási rehabilitációjára, az azt támogató egészségügyi és szociális szervezetekre vonatkozó kutatások sorolható ide. A foglalkoztatás felől közelítve a kérdést a munkanélküliek, az inaktívak speciális alcsoportjaként kezelik a fogyatékkal élőket, tehát ebből a szempontból készült kutatások valamint a tágabb nézőpontból közelítő munkagazdaságtani kutatások is kapcsolódnak a témához. A civil/nonprofit szervezetek szerepvállalása szintén megjelent a fogyatékkal élőkkel kapcsolatosan, különösen települési, helyi viszonyok rendezésében. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében kiemelt szerepet kap a társadalmi konstrukció vizsgálata, ennek keretében az elzáró ellátórendszer alternatívájaként megjelenő civil/nonprofit kezdeményezések. A kutatások módszertana ennek megfelelően szintén sokféle

lehet, más-más kérdésekre kaphat választ egy kvalitatív és egy kvantitatív módszerrel készült kutatás vagy esettanulmány. A témához kapcsolódó kutatásokat tehát három szempont felől lehet csoportosítani; az önkormányzat és a nonprofit szféra viszonyára, a foglalkoztatásra és a pszichiátriai betegek vonatkozó kutatások. Általában jellemző a vizsgált téma természetéből fakadóan, hogy az együttműködést, viszonyokat feltáró vizsgálatok inkább kvalitatív (kivéve Sebestyén 2002), míg a foglalkoztatással kapcsolatos vizsgálatok kvantitatív módszerekkel készülnek. Ebből a sokféle tematikájú és módszertannal rendelkező irodalomból ismertetem azokat, melyek elsősorban a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakra vonatkoznak.

#### IV.1.1. Nemzetközi kitekintés

A nemzetközi szakirodalomban a fogyatékoság, a fogyatékkal élők élethelyzete, helye a társadalomban, a munkaerőpiacon jól dokumentált (Mirowsky- Ross 1986, Butler et al. 2010, Loisel - Anema 2014) és ezen belül a pszichiátriai a betegek diagnosztizáltakkal kapcsolatos kutatások, elemzések is számosabbak, mint Magyarországon, ezért főképp ezeket ismertetem.

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak asylum-szerű ellátásának megkérdőjelezése az USA-ban indult. Jonh Meyer ennek a folyamatnak egy igen érdekes és egyedi elemzését készítette el, belefoglalva a folyamat a kudarcát és a tanulságait is institucionalista elméleti keretet alkalmazva, és a cselekvések, folyamatok, szervezetek mögött munkálkodó szociális konstrukciókat is feltárva. Meyer az USA mentális ellátórendszerét vizsgálja és kutatási tapasztalatai alapján az USA-ban a jóléti szolgáltatások közül a legszámosabb szervezet az oktatás és a mentális egészségügy területén szerveződött. Mindkét terület szervezeteinek történetében van egy deinstitutionalista szakasz, majd egy ezt követő a közéletben is nyíltan kimondott krízis. (Meyer 1994 p. 216) Meyer szerint a krízis és a belső ellentmondások oka a jóléti rendszer decentralizáltságának következménye, nem is az egyedi esetek sokfélesége, hanem társadalmi percepciók is kapcsolódnak hozzá, azonban közvetlen okok is kiváltották, úgy mint finanszírozási nehézségek vagy nyilvános botrányok. A mentális egészségügy kialakulásához Meyer szerint szükséges volt a nyugati „self” és az

egyéni cselekvések tudata, azaz az individualizáció folyamata, és egy egyéni adottságként kezelt ismeretlen terület az agy felfedezése. E két folyamat utat nyitott az ésszerűtlenek hitt mentális betegségek legitimálásának és intézményesülésének. Az USA-ban a mentális egészségügy megszervezése nem központi állami feladat, ami azzal járt, hogy a szélesedő ellátórendszer egyre inkább a dezorganizáció felé vette az irányt, ami zavart okozott az ellátásban. Meyer szerint a rendszer fenntarthatatlansága a szervezetek szuverenitásának, felelősségének pontatlan meghatározásában és a megnövekedett bürokráciában keresendő. Az USA-ban, Meyer szerint, a mentális ellátórendszer felépítésében a probléma magja, az egyénnek, az egyén jogainak öntudatossága, és emellett a kollektív javak nem pontos meghatározása. A széteső, decentralizált rendszert nagyfokú centralizáció követte, de erősen fragmentálva, ami eltérő határokat, belső struktúrát és tulajdonságokat eredményezett. Meyer véleménye szerint „más korporatívabb országokban az oktatás expanziója nem csak a szervezeti struktúra technikai kidolgozását jelentette, hanem kollektív szervezeti és egyéni kontrollt is” (Meyer 1994 p. 227) és ez hiányzik a mentális egészségügy területén.

A fogyatékoság kérdése, társadalmi megítélése, a fogyatékkal élők integrációja Európában is kiemelt közüggé vált az 1990-es években. A WHO 1997-ben létrehozta az úgynevezett Mental Health programot, aminek zárótanulmányaként országjelentéseket adtak közre 2001-ben. A tanulmány szerint a WHO országaiban a mentális ellátórendszerben három főbb tendencia mutatkozik. Általában a fejlettebb gazdasággal rendelkező országok (Ausztria, Dánia, Nyugat-Németország, Luxemburg, Hollandia, Spanyolország) már az 1970-es évek végén megindultak a deinstitutionalizációs, reintegrációs folyamatok. Ezek működtetése általában a helyi és/vagy megyei és az országos szervezetek együttműködésén alapul, a helyi szervezetek számára jelentős autonómiát biztosítva, sokszor bekapcsolva civil/nonprofit szervezeteket (NGO) is. Természetesen az egyes országok között vannak eltérések, például Finnországban megkésve (1980-a évek) kezdődtek el ezek a folyamatok, de gyorsan és radikálisan. Ezekben az országokban az ezredforduló kihívása a mentális sérültek elfogadtatása, az anti-stigma és tolerancia programok megvalósítása. Erre vonatkozóan a szakirodalomban egyre gyakrabban publikálnak „jó gyakorlatokat”, mint például Alsó Ausztria, ahol már 1997-ben szerveztek ilyen tevékenységeket, az Egyesült

Királyságbeli tapasztalatoknak pedig a The British Journal of Psychiatry egy egész lapszámot szentelt (2013, vol. 202). Svédország elén jár a közösségi ellátás és az ehhez szükséges ambulanciák létrehozásában, azonban a mentális betegségek kezelése azért jelent komoly kihívást, mert a 20 év alatti munkanélküliek közel 20%-a mentálisan sérült (OECD 2013). A foglalkoztatás tekintetében is sajátos megoldást alkalmaznak Svédországban, egy nagy állami védett szervezetet (Samhall) működtetnek. Ennek pozitív és negatív hatásairól Scharle (2011) készített összefoglalást.

A másik tendencia elsősorban a háborús, vagy súlyos gazdasági, politikai problémákkal küszködő országok (Albánia, Örményország, Belorusszia Oroszország, Ukrajna, Horvátország, Bosznia Hercegovina, Oroszország), ahol főképp a poszt-traumás stressz kezelésére koncentrálnak, és kevésbé kap teret újfajta programok, ellátások bevezetése.

A harmadik, ahová Magyarország is besorolható, azok az országok (Szlovákia, Lengyelország, Észtország, Lettország, Litvánia, Románia, Bulgária), melyek nem szenvedtek különösebb károkat, traumákat, és az ellátórendszer emberségesebbé, hatékonyabbá tételére lehetne fókuszálni. Megkezdődött a korábban hiányos szakemberképzés és a kórházi ellátás professzionalizálódása, azonban az outpatient ellátás elterjedésével kapcsolatban szigetszerű jó gyakorlatokról számol be a szakirodalom. A kelet-európai térségben kiemelkedik a pszichiátriai ellátórendszer terén Csehország (Dlouhy 2014), ahol már az 1990-es évek elején megindult a deinstitutionalizálódás, az anti-stigma és a reintegrációs folyamatok, azonban a cseh állam tudott két típusú (inpatient-outpatient) ellátást finanszírozni, ezért az outpatient ellátási formák (védett házak pl.) egy részét be kellett zárni, vagy működtetését nem állami szervezetek vették át. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatásában szintén kiemelkedik Green Doors által működtetett munkarehabilitációs foglalkoztatók. Ezek kávézók, úgynevezett „Training Café”-k, melyek ezzel a közösségi integráció helyszíneivé is válhatnak. (<http://www.greendoors.cz/english>)

Ezzel szemben a WHO jelentése szerint a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak romániai ellátása az egyik legkritikusabb, mely főképp kórházi osztályokat jelent, amiket kifejezetten “asylums” jelzővel láttak el. Nincsenek országos protokolláris ellátások, a betegek diagnosztizáltakat erősen stigmatizálják és kirekesztik. A bolgár adatszolgáltatás hasonló elveken alapul, mint a magyar (pszichiátriai

kórházi ágyak száma vagy a rokkantsági nyugdíjazás oka), ezért ebben a WHO riportban hasonlóan mutatták be a két ország ellátórendszerét, ahol még mindig főképp a kórházak, és a nagy intézetek dominálnak.

Egy kutatás keretén belül tipikus pszichiátriai „betegútvonalakat” térképeztek fel 2005-ben Albániában, Horvátországban, Macedóniában, Romániában, és Szerbia-Montenegróban. (Gater et al. 2005) A kutatás tapasztalatai szerint a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak leginkább a házi orvosukhoz fordulnak, akik többnyire nyugtatókat írnak fel, illetve súlyosabb eseteket a kórházakba, vagy egyéb pszichiátriai ellátást végző szervezetekhez küldik. Ezekben az országokban is, még mindig csak nyomokban lehet felfedezni a közösségi ellátást, mely többnyire nem integráltan kapcsolódik a „hivatalos” ellátórendszerhez (Gater et al. 2005).

A foglalkoztatásra vonatkozóan nemzetközi szinten is általában a fogyatékkal élők foglalkoztatásának szakirodalma bővebb, a *European Foundation Illness, disability and social inclusion* című 2003-as kiadványa szerint (Grammenos 2003) a fogyatékosok az EU 14 tagállamában átlagosan 30-50 éves kor közötti enyhén fogyatékosok felét, míg a súlyosan fogyatékosok 30%-át foglalkoztatják, és megközelítőleg 500.000 embert védett munkahelyeken (Grammenos 2003 p. 79). Georg és Stackelbeck (Georg - Stackelbeck 1997) esettanulmányának tanulsága szerint a pszichiátriai betegeket érdemes külön kezelni a fogyatékosoktól mind a felkészítést, mind a munkarehabilitációt tekintve.

A mentális betegséggel élők problémájának megoldatlanságára fókuszál a WHO kiadványa *Mental health policy and practices in Europe* címmel (Knapp et al. 2006). A kötet szerint a mentális betegségekkel kapcsolatos intézkedési tervek, stratégiák kidolgozása az egyes országokban egyre gyakoribbá vált, mert a WHO országaiban 4 emberből legalább egy megtapasztalt már mentálisan nehéz epizódot az élete során, továbbá a fogyatékkal élők megközelítőleg 20%-ának vannak mentális problémái, ami sok esetben a fogyatékos lét következményeiből fakad (társas, családi elszigetelődés, munkanélküliség, alacsony jövedelem, fizikai nehézségek). A mentális betegekkel kapcsolatos stratégiák egy része a toleranciára irányul, mert még mindig stigmatizálják őket, és ennek következtében gyakran kirekesztetté válnak, illetve fordítva a kirekesztett, diszkriminált emberek (egyedül élők, szegények, hajléktalanok) gyakran mentális

betegséggel is küzdenek. Az EU15 tagjai a 2004 előtti néhány évben GNP-jük 3-4%-át erre a területre fordították, mindemellett tényleges javulás nem minden országban tapasztalható, mert a kidolgozott stratégiák és ezek megvalósítása nem kap elég figyelmet, az ehhez szükséges szakterületek összehangoltsága sok esetben sikertelen, és az intézkedési tervek inkonzisztensek, egyenetlenek. A közösségi ellátás elterjedtsége Európa-szerte igen eltérő, jelentősen összefügg az ellátások finanszírozásával, a szociális és egészségügyi szféra együttműködésével, rugalmasságával, illetve az orvosi dominanciával. Azonban a közösségi ellátás sem minden esetben megfelelő, az otthonában tartott mentális sérültek így is izolálódtak, stigmatizálttá váltak. Sőt néhány országban elindult az úgynevezett „reinstitutionalizálódás”, mert intézmények hiányában krónikus beteg állapotban lévők elfekvőkben, esetleg börtönökben hiányos ellátásban részesültek. A kötet egyik fejezete kifejezetten a lakhatás és a foglalkoztatás kérdésével foglalkozik. Az fejezet alapvetése, hogy ugyan a pszichiátriai „betegségek”, azok egyénre gyakorolt hatása, akárcsak az egyes országok ellátásbeli gyakorlata igen eltérő, mégis egy általános jelenség az élet előrehaladtával egy negatív spirálba való bekerülés. Azaz a „betegséggel” együtt járó elmagányosodás, szegénység, hajléktalanság egymást erősítő hatása és ezen állapotokból való kitörési képtelenség, és véglegessé válás. Éppen ezért a fejezet következő szakaszaiban a munkahelyi stressz prevencióval foglalkozik.

A mentális betegek speciális és igen kedvezőtlen munkaerőpiaci helyzete miatt az OECD 2012-ben külön kiadványt (OECD 2012) jelentetett meg a mentális betegséggel élők foglalkoztatásával kapcsolatosan, ugyanis ez az a „betegség”, probléma, vagy tünet, mellyel szemben a munkaerőpiac a leginkább elutasító, és a legmagasabb a rokkantosság száma. A felmérésben tíz ország vett részt (Ausztrália, Ausztria, Belgium, Dánia, Hollandia, Norvégia, Svédország, Svájc, Egyesült Királyság és az Egyesült Államok). A tanulmány azokra az érintettekre is vonatkozik, akiknek hivatalos orvosi diagnózisuk van, és azokra is, akik csak „szenvednek” a tünetektől, de hivatalos „papírjuk” nincs erről. Ez a megkülönböztetés a munkaerőpiacon is jelentkezik, míg a könnyebb sérüléssel élők 60-70%-a dolgozik (ez 10-15%-kal kevesebb, mint a nem-mentális betegek körében a dolgozók aránya), addig a diagnózissal élők 45-55%-a (OECD 2012 p 13), illetve előbbiek ritkábban vannak munkanélküli státusban, míg utóbbiak életében ez akár 5-6-szor már előfordult. A foglalkoztatottak közül a diagnózissal



rendelkezők főképp alacsony minőségű munkát végeznek, ami nem javít állapotukon. Az enyhe sérüléssel élők termelékenységéé viszont nagyban függ állapotuktól, amit a vállalatok sok esetben nehezen tolerálnak. Ennek következtében tipikusan előbb valami átmeneti, majd egy tartós segélyben részesülnek, és inaktívvá válnak, és ez a folyamat igen könnyen és gyorsan végbemegy. A rokkantsági ellátást igénylők közel fele mentális sérült, akiket viszonylag hamar teljesen munkaképtelenné nyilvánítanak, és véglegesen kizárnak a munkaerőpiacról. Mindez általában már fiatal felnőttkorban bekövetkezik, amihez a jóléti ellátásokat elbírálók is asszisztálnak. A fiatal korban kezdődő problémák sok esetben az oktatási rendszerből való kieséssel és alacsony iskolai végzettséggel is együtt járnak. A tanulmány tapasztalatai szerint iskolázottabbak ugyanis 10 évvel később kezdik meg az egészségügyi ellátást (gyógyszeres kezelést) és 15 évvel eltolódik a rehabilitációra való rászorultság is. A munkaerőpiacról és a képzésből való kiesés egyik legfőbb oka a tanulmány tapasztalatai szerint, hogy az érintettek nem megfelelő egészségügyi kezelésben, terápiában részesülnek. Többszörre a háziorvoshoz fordulnak, aki a speciális tudás hiányában vagy nem megfelelő kúrát kezd el, vagy nem a megfelelő helyre utalja el betegét. Azonban bármilyen intézményhez is kerül a mentálisan sérült, a kezelések döntő többségénél nem szempont a munkavégzésre való képesség helyreállítása, szinten tartása. Sőt az enyhébb mentális zavarral élők megsegítése sem elégséges, hiszen gyakran súlyosbodik állapotuk, és kikerülnek a munkaerőpiacról. A tanulmány egy ajánlással zárul, mely elsősorban az egészségügyi ellátórendszer koordinációját sürgeti a jóléti, munkaerőpiaci, oktatási szervezetekkel és a munkáltatókkal, és a prevenció (munkahelyi, egészségügy is) kialakítását az utólagos kezelések helyett, a közösségi ellátás kiépítését, és a munkaerőpiaci zavaros viszonyok letisztázását a munkanélküliségbe való sodródás helyett. Valamint ezen felül minden érintett alapattitűdjének megváltoztatása jelenti a tanulmány szerzői szerint az igazi kihívást, mely előrelépést jelent a munkaerőpiaci kirekesztődés területén.

### Magyarországi kutatások

A hazai szakirodalomban jelentős lépés volt a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola által szervezett kiadványkötet, melynek címe Fogynatékosságtudományi

Tanulmányok, illetve a Fogytékosság és Társadalom című folyóirat megszületése. Ebben a könyvsorozatban jelent meg Gere Ilona több tanulmánya közül az általam idézett 2009-ben megjelent könyve is, mely a fogyatékkal élők foglalkoztatására fókuszál, melyből többször idéztem a III. fejezetben.

A hazai szakirodalomban is megszorodott a fogyatékkal élők élethelyzetére, lehetőségeire, a többségi társadalom attitűdjére vonatkozó kutatások, leírások, policy paper-k száma (Laki 2009, Petri - Vályi 2009). A Budapest Intézet és a TASZ az értelmi fogyatékkal, autizmussal és súlyos, halmozott fogyatékkal élők és családjaik élethelyzetét mutatja be. Kutatásukban azt tapasztalták, hogy tartós szegénységben élnek, hiányoznak az önálló életvitelt, a helyi közösségben való megmaradást támogató szolgáltatások, és ehelyett a nagy létszámú bentlakásos intézmények dominálnak. „A hazai társadalompolitikára a függőséget erősítő és egymáshoz kapcsolódó, rendszerszerűen együttműködő eszközök túlsúlya jellemző” (Verdes et al. 2012 p. 20)

A foglalkoztatás témájában végzett kutatások leginkább a munkanélkülieket és a fogyatékosokat vizsgáltak. A munkanélkülieket segítő nonprofit szervezetek kapcsolatai című (Lux - Zám 2001) tanulmány egyik tanulsága, hogy azok a nonprofit szervezetek képesek fennmaradni, melyek kellően rugalmasan tudnak reagálni a helyi szükségletek megváltozására, és társadalmi beágyazottságuk erős (Lux - Zám 2001 p. 37). Vizsgálatuk idején, 2000 első negyedében, a vizsgálatba bevont szervezetek fennmaradásuk érdekében megszüntették néhány programjukat, egyik ilyen tipikusan megszűnő program a csökkent munkaképességűek elhelyezése volt (Lux - Zám 2001 p. 30). Az egyes szervezetek, illetve a helyi problémák kezelésében Szémán és Harsányi Szociális kvartett című tanulmányukban a szociális tevékenységet végző nonprofit szervezetek és az önkormányzatok (valamint a piaci szféra és a lakosság) viszonyát vizsgálják (Szémán – Harsányi 2000). Négy városban készített interjúsorozatuk tanulsága, hogy a piaci, az állami és a nonprofit szféra valamilyen formában közeledik egymáshoz (önkormányzat létrehoz egy alapítványt, vagy nonprofit szervezet összefonódik piaci szereplővel) a „helyi, közös” ügy megoldása érdekében (Szémán – Harsányi 2000 p. 125), azonban ez azokban a kisvárosokban működik eredményesen, ahol a „megfelelő láncszemek önmagukban is erősek, megindult az egymás közötti interakció.” (Szémán –

Harsányi 2000 p. 130). A megváltozott munkaképességűek, ezen belül a fogyatékkal élők gyakorlatait mutatja be a Budapest Intézet több kiadványában. Szintén a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatását vizsgálta Keszi, Komáromi és Könczei 2001-2002-es felmérésükben a 200 legnagyobb hazai vállalatnál. Felmérésükben nem szerepelnek pszichiátriai betegek, annak ellenére, hogy a vállalatok több, mint 50%-a foglalkoztat megváltozott munkaképességű személyt. Eredményeik szerint a tulajdonszerkezet meghatározó a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, ugyanis leggyakrabban külföldi vállalatok foglalkoztatják ezeket a személyeket (Keszi – Komáromi – Könczei 2002). A munkavégzés általában Budapesten történik, jellemzően férfiakat, és általában a szakmájuknak, végzettségüknek megfelelő munkakörben foglalkoztatják. A vizsgálatba bekerült vállalatoknál dolgozó megváltozott munkaképességűek 70%-a szellemi munkát végez, mégis a felsőfokú végzettségűek alulreprezentáltak, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek felülreprezentáltak, és jellemzően felsőfokú végzettségűeket kifejezetten magyar tulajdonú vállalatoknál nem foglalkoztatnak. A külföldi tulajdonú vállalatok felénél részmunkaidőben dolgoznak a megváltozott munkaképességűek, addig a magyar tulajdonú vállalatoknál csak 20%-uk dolgozik részmunkaidőben. A vállalatok döntő többségben, 65,8% mozgáskorlátozottságból fakadó megváltozott munkaképességű személyt foglalkoztat. Ennek a kutatásnak nagy érdeme, hogy nem pusztán a vállalatokat, munkakörülményeket írták le, hanem a felmérés keretén belül a megváltozott munkaképességűek körében fókuszcsoportos beszélgetés is készült. Ennek tapasztalata szerint általában rossz közérzetről számolnak be a megkérdezettek, amiatt, hogy esetlegesen elveszítik munkájukat, vagy eleve nincs is munkájuk, és szintén általános jelenség, hogy nehéz anyagi körülmények között élnek. Többségüknek negatív tapasztalataik vannak kollégáik felől, megalázzónak tartják a közegészségügyi vizsgálatot, és hiányolják a támogató szervezeteket.

A Krolify 2004-ben végzett célszervezetek körében végzett felmérésének eredménye szerint ezeknek a foglalkoztatók több, mint felében folyik rehabilitáció, mégis alig 10%-uknál szerepel célkitűzésként a nyílt munkaerőpiaci reintegráció.

A mentális betegséggel kapcsolatos első jelentősebb vizsgálat az 1980-as években készült a „Társadalmi beilleszkedési zavarok” című kutatás keretén belül. Tehát ezzel a kérdéssel már akkor elkezdtek foglalkozni a szakemberek, főképp az öngyilkosság és az alkoholizmus került előtérbe, illetve a többségi társadalom stigmatizációja, de készült szakmai ajánlás a mentális sérültek ápolásával kapcsolatosan is Juhász Pál által. Ennek a kutatásnak idevonatkozó tapasztalata, hogy nehéz megbecsülni a mentális zavarok elterjedtségét, mert a gondozóhálózat 1965-os kiépülése óta több a beteg, de ez torzít, mert nyilvánvalóan azokban a megyékben több az új beteg, ahol kevés az orvos. Illetve Székesfehérváron készült egy részletes vizsgálat, melynek tapasztalatai szerint a mezőgazdaságban dolgozók között kevésbé fordul elő mentális zavar, és a szellemi foglalkozásúak gyógyulási esélyei jobbnak bizonyulnak (Sajó 1984)

A Harangozó Judit és Gombos Gábor vezetésével a Tárci által készített kérdőíves kutatásban 200 skizofréniában szenvedő beteget kérdeztek meg mindennapi életükről, illetve a tartalmas élet kialakításának feltételeiről. A kutatásban a foglalkoztatás is megjelenik, miszerint a megkérdezettek 52%-át érte hátrány betegsége miatt, és ezen csoport 64%-át a munkavállalás területén érte hátrányos megkülönböztetés (Harangozó - Gombos - Szabó 2002).

Neményi és társai 2010-ben és 2013-ban folytattak kutatást védett tulajdonságokkal (nők, romák, fogyatékos és LMBT emberek), rendelkező csoportok diszkriminációjának jellegzetességeiről. Az 1000 fős mintában a 200 fő fogyatékkal élő, és ebben az almintában szerepeltek pszichés és mentális sérüléssel élők is. Eredményeik szerint „A fogyatékosok munkaerő-piaci pozíciója tükrözi leginkább a társadalmi többség befogadó hozzáállásának hiányát, akadályozza leginkább a fogyatékos személyek társadalmi integrációját. A megkérdezettek 59 százaléka a kérdés idején nem állt munkaviszonyban. Akik dolgoztak, többségükben részben vagy egészben megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztató munkahelyen találtak munkát.” (Neményi et al p.52)

Összességében tehát, míg a nemzetközi szakirodalom és a programok középpontjába került a mentális sérültek foglalkoztatása és velük kapcsolatos

többségi attitűd, addig Magyarországon még főképp általában a fogyatékkal élőkkel foglalkoznak.

## ***IV.2 Alkalmazott módszerek***

### **IV.2.1. Az egészségkárosodottság operacionalizálása**

Az I. fejezetben a fogyatékoság meghatározásának nehézségeit, szakpolitikai szempontjait és az ehhez kapcsolódó folyamatosan alakuló diskurzusokat ismertettem. Az esettanulmányok elkészítésekor és az adatok bemutatásakor az alapvető kérdés, hogy kit tekintünk fogyatékosnak, ki állítja az adott emberről, hogy fogyatékos, és ennek mi a tartalma. Maga az egészségkárosodott ember fogyatékosként tekint-e magára, az élet bármely területén akadályozottnak, kirekesztettnek, támogatandónak ítéli-e meg magát, identitásának meghatározó eleme az egészségkárosodás? A másik meghatározás a külső megfigyelőé, aki lehet az orvos vagy az orvossal foglalkozó, munkaügyi, szociálpolitikai tanácsadó, a munkáltató, vagy a járókelő az utcán, eladó a boltban. A fogalom mögött az egyén és a közösség szempontjai elválhatnak egymástól, a magánügy és a családi, társadalmi viszonyok kettőssége is megjelenik. Kinek a problémája, kinek jelent hátrányt, ha egy egészségkárosodott nem tud részt venni a közösségi életben, dolgozni, közlekedni, tanulni? Az egyes kérdésfelvetésekhez eltérő meghatározások társíthatóak, tehát nemcsak tartalmi, hanem módszertani kérdés is egyben.

Kutatásom során arra keresem a választ, melyek azok a mechanizmusok, amelyek a munkaerőpiaci kirekesztettséget támogatják, erősítik, illetve amelyek visszafelé vonzzák az egészségkárosodottakat. Ezeknek a feltárásához nem volt elegendő a törvények, rendeletek ismerete és az ide vonatkozó makrostatisztikai adatok átvizsgálása. A törvényi célok (munkaerőpiaci integráció aktív munkaadói részvétellel) nem tükröződnek a statisztikai adatokban, ugyanis Magyarországon igen jelentős az inaktivitás. Az egyes szereplők motivációinak, bevett gyakorlatainak, egymáshoz való viszonyainak megértéséhez, és mindezek mögött álló szociális konstrukciók feltárásához készítettem esettanulmányokat.

Összességében tehát kutatásom két pillérre támaszkodik, egy illusztratív kvantitatív és egy feltáró, megismerő jellegű kvalitatív pillérre.

#### **IV.2.2. Kvantitatív adatok**

A tartós betegekkel és fogyatékosokkal, megváltozott munkaképességűekkel foglalkozó tanulmányok, összehasonlító kutatások általános problémája az eltérő statisztikai, rendelkezési, kulturális fogalomhasználat, fogalomértelmezés.

A WHO ajánlás ugyan általánosan elfogadott, mégis Európában sem egységesen alkalmazzák. Az Eurostat keretén belül az ESSPROS (szociális védelem integrált európai statisztikai rendszere) módszertana hivatott ezt a különbséget kiküszöbölni, és a nemzetközi összehasonlíthatóságot megteremteni. Így azok a fogalmak, mint inaktivitás a sok eltérő definíció, tartalom, és juttatás ellenére is összevethetővé válik. Az évente frissülő adatbázis tartalmazza az Európai Uniót alkotó tagállamok szociális védelmi rendszereinek kiadásait, bevételeit, a társadalmi juttatásokat, azaz „a szociális védelmi rendszerek pénzbeli vagy természetbeni transfereit a háztartások vagy egyének számára abból a célból, hogy meghatározott kockázatok vagy szükségletek terhein könnyítsenek,” (Bácskay et al 2007), melyet funkció és típus szerint megkülönböztet.

Grammenos (2003) kísérletet tesz néhány összehasonlító vizsgálatra, mely a fogyatékoságon kívül munkaerőpiaci adatokat is tartalmaz. Szintén azzal a módszertani nehézséggel találkozott, mely a definíciós eltérésekből adódik, ugyanis 2003-ban még mindig csak két Európai Unió ország használja a tartós betegekre és fogyatékosokra vonatkozó ajánlott WHO definíciót. Külön bemutat a fogyatékoság-felmérési eljárások „táblázatot” alkalmazó típusaiból kettőt, és ezen keresztül szemlélteti, hogy míg az egyik országban a halláskárosodásnak hét, és a mentális betegségeknek öt típusát különböztetik meg, addig máshol jóval kevesebb konkrét meghatározás szerepel. A felmérések sokféle szempontjai között felmerül az az alapvető hiányosság, hogy maguk az egészségkárosodottak, a hétköznapi életben akadályozottak elvesznek a számok között, valójában nem tudni róluk sokat, nemcsak azt, hogy számszerűen hányan vannak, hanem életkörülményeikről, foglalkoztatásukról stb. sem, esetleg azt, hogy kapnak-e ellátást.

Magyarországon az egészségkárosodottak alapadatairól több forrásból lehet értesülni, azonban ezeknek tartalma eltérő:

- Egészségügyi vagy szociális ellátás felől közelítő szempont: általában különböző intézményekben ellátottak száma (lásd III.2. Rokkantsági ellátások intézménye Magyarországon). Ebben az esetben nem tudható meg, konkrétan, hogy hány mozgáskorlátozott, vagy pszichiátriai betegnek diagnosztizált él Magyarországon, csak azt, hogy adott évben, adott ellátási formát hányan vettek igénybe, tehát kimaradnak azok, akik nem vettek igénybe egészségügyi vagy szociális ellátást.
- Pénzbeli ellátás felől közelítő szempont: ebben az esetben az adatszolgáltató az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság. Ebben az esetben azoknak a számát lehet megtudni, akik orvosszakértői bizottság előtt megjelentek, igénybejelentő határozatot tettek, vagy valamilyen pénzbeli ellátásban részesülnek (lásd III. fejezet). Tehát azok nem jelennek meg, akik fogyatékosfelmérési eljárásban nem vesznek részt, vagy nem igényelnek pénzbeli ellátást.
- Népszégsztatistikai felmérés: a népszámlálások során nyílna lehetőség a lakosság általános egészségi állapotának felmérésére. A magyar népszámlálásban azonban a következő kérdés vonatkozik az egészségkárosodásra: „*Milyen fogyatékkal él Ön?*”. Ez a kérdés tolaodó és pontatlan. Az egészségkárosodás nem feltétlenül jelent fogyatékoságot, sem szubjektív, sem objektív szempontból. Ezzel szemben az angol gyakorlatban „*Milyen az Ön egészséges általában?*” („*How is your health in general?*”) és a válasz nem kizárólagos, hanem egy skálán elhelyezhető (*Very good / Good / Fair / Bad / Very bad*). A 2011-es népszámlálás viszont már egyre inkább igazodik a WHO szemléletéhez, és megfogalmazása sem stigmatizáló. („*Van valamilyen tartós betegsége?*” „*Tartós betegsége miben akadályozza Önt?*” „*Van valamilyen fogyatékosága?*” (kibővített lista) „*Fogyatékosága miben akadályozza Önt?*”)

Ezek az adatok lelhetőek fel a KSH információs kiadványaiban, illetve a KSH számára adatot szolgáltató intézetek ismerettáraiban (Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nyugdíjfolyósító Igazgatóság, Magyar Államkincstár, Országos Orvosszakértői Intézet, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság,

Honvédelmi Minisztérium, Magyar Államvasutak) azaz a „külső” szemlélő, úgy mint az orvosszakértő, vagy a juttatást folyósító szempontjai szerint szerepelnek az egészségkárosodottak. Tehát a „fogyatékos”, vagy a „keresőtevékenység akadályai” szerepelnek, és értelemszerűen az alkalmazott terminusok is a „fogyatékos”, az „igénybejelentő”, a „táppénzes”, vagy a „megváltozott munkaképességű”.

Az angol terminusnak megfelelő ténylegesen a károsodásra illetve a rokkantságra vonatkozóan újabban vannak adatfelvételek, éppen ezért szembetűnő, hogy egészen eltérő adatokat mutat az önbevalláson alapuló, szubjektív egészségkárosodottak, és a diagnózissal, orvosszakértői véleménnyel rendelkező fogyatékkal élők száma. Ilyen volt az Országos Egészségfelmérési Intézet illetve az Egészségfejlesztési Kutatóintézet (EFKI) 2000-ben és 2003-ban is felvett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) kérdőíve, melybe a WHO által megfogalmazott irányelveket is próbálta integrálni.

A kvantitatív adatok esetében a fogalom meghatározás nem csak operacionalizálási, konceptualizálási kérdés, hanem adatfelvételi probléma is. A felvétel módja ugyanis eltérő abban az esetben, ha szubjektív egészségi állapotot, vagy a társadalom által egészségkárosodottnak vélt embereket veszik figyelembe. Az első esetben így önbevalláson alapuló, míg a második esetben többnyire orvosi vizsgálatokon alapuló adatbázishoz lehet jutni. Összességében tehát a két típusú felvétel, adatközlés alkalmazása a kutatás céljától, megrendelői, szektoriális, szakpolitikai igényektől függ.

Az objektív-szubjektív adatfelvétel kettősségéből keletkező feszültséget kívánta feloldani a TÁRKI Zrt. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megrendelésére készített kutatása, melynek során két adatfelvétel és két adatbázis készült.

Az egyik kutatásba azok kerültek be, akik rendelkeznek egészségkárosodásukat igazoló orvosszakértői véleménnyel. A területi rétegzést az Országos Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatait adatai alapján végezték, amihez a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban részesülők és a megváltozott munkaképességűek számának összegét használták. A mintába azok kerültek be, akik igennel válaszoltak a szűrőkérdésre. („*Rendelkezik Ön orvosszakértői*



*bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal?”)* A 19410 felkeresésből „2045 kérdőív készült a 18-62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében” (Gábos- Tátrai 2011 p.5).

A másik vizsgálat esetében a mintába azok kerültek be, akik saját megítélésük alapján akadályozottsággal élő népességhez sorolták magukat. (Azaz a „Van-e Önnek olyan testi vagy pszichés problémája (például látással, hallással kapcsolatos tevékenység, felfogás, megértés, koncentráció, lépcsőzés, hajolgatás, emelés, cipekedés), amely akadályozza mindennapi tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja fennáll?” kérdésre „igen” a válasz). Ehhez 18419 háztartást kerestek fel, és ebben az adatbázisban 2048 eset szerepel, melynek rétegzése a KSH 2006. évi adatai alapján (teljes 18-62 éves népesség területi eloszlását figyelembe véve) történt. (Bernát - Hajdu 2011)

A két adatfelvétel azonos időben (2010 év vége), és lehetőség szerint, azonos mintavételi-felkeresési elvekkel (véletlen séta, illetve ajánlások és szűrőkérdőív) készültek, de eltérő települések kerültek a mintába (kivéve a nagyobb városok). A minta összehasonlíthatóságát az adminisztratív adatokból származó rétegzés biztosítja.

Az általam felhasznált kérdések listája – kivéve a demográfiai kérdések - az 1. számú függelékben (1. számú függelék: NCSSZI-TÁRKI kutatásból felhasznált kérdések) megtalálhatóak. A kérdéseket a kérdőív eredeti sorszámozásának és sorrendjének megfelelően tüntetem fel.

#### **IV.2.3. Kvalitatív kutatás**

A munkaerőpiaci kirekesztődés mechanizmusainak feltárásához esettanulmányokat készítettem betegnek diagnosztizáltak körében. Az esettanulmány alapvető jellemzője, hogy az eset (az eset lehet egyén, csoport, szervezet) helyszínén készült, és ott többféle adatfelvétel is történhet, úgy mint interjúzás, megfigyelés, dokumentum vagy kérdőívfelvétel is. Az esettanulmányt készítése nem csak szociológiában ismert módszer, az antropológia, etnometodológia, a szociális szakmák, az oktatás, nevelés és az egészségügy is alkalmazza. Az egyes területeken eltérőek az esettanulmányok kérdésfeltevése,

célja, módszerei. Az esettanulmány kapcsán felvetődik a kérdés, hogy hipotézis előkészítéséhez, magyarázó, objektív, oksági összefüggéseket kereső, vagy az egyediséget feltáró, a kontextust megértő, értelmező, jelentésadó módszerként alkalmazzák-e. Az előbbi inkább a szociológiában jellemző és a terepmunka módszerét alkalmazza, míg utóbbi az antropológiában, etnometodológiában jellemző, és az eset megértéshez Clifford Geertz (1994) sűrű leírásának módszerét alkalmazzák. Nyilván e kettő nem válik el szigorúan egymástól. Ilyen átmenetet képezhetnek a résztvevő megfigyelés egyes típusai, melyet a kutatói attitűdnek megfelelően Raymond Gold a következő fokozatokba sorolja: egészen résztvevő, megfigyelőként résztvevő, résztvevőként megfigyelő, egészen megfigyelő. (Babbie 1998).

Az eset kiválasztásakor Eisenhardt megkülönbözteti a belső (within-case) tanulmányt, mely inkább általánosító jellegű, és az eset-orientált (case-oriented) tanulmányt, mely inkább egyedi és különleges folyamatokat mutat be (Eisenhardt 1989).

Golnhofer idézi Stake csoportosítását, mely a kutató szándékától függően háromféle esettanulmányt különböztet meg (Stake, 1998, idézi Golnhofer, 2001, p. 23-24). A belső, lényegre koncentráló esettanulmány (intrinsic case study) készítésekor a cél nem az általánosíthatóság, hanem egy önmagában is érdekes és egyedi eset megértése, bemutatása.

Az eszközjellegű esettanulmánynál (instrumental case study) a kutató célja egy probléma értelmezésében, vagy más eset megértésében kialakult korábbi elmélet pontosítása. Itt a kutató választhat tipikus és sajátos, egyedi esetet is. A kollektív vagy több helyszíni esettanulmány (collective case study) az előző típushoz hasonlít, csak több esetet vizsgál, annak érdekében, hogy jobban megértsen egy jelenséget.

Yin csoportosítása az esettanulmányok produktumára, és ebből következően az esettanulmány felépítésére koncentrál. (Yin, 1991, idézi Golnhofer, 2001, p. 24-25; Yin, (1981, 1984), idézi Eisenhardt 1989): 3 típust különböztet meg:

- Felderítő: egy kutatás előkészítése,
- Leíró: a társadalmi jelenségek részletes leírása,
- Értelmező: a cél a létező elméletek ellenőrzése és megfigyelésen alapuló elméletek kidolgozása.

Ezekon kívül további típusokat lehet megnevezni, úgy mint az értékelő, biográfiai esettanulmányokat.

Kutatásom során az alapvető kérdés az volt, hogyan jelennek meg a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon. Előzetes olvasmányaim, tapasztalataim alapján arra következtettem, hogy aki „hivatalosan” pszichiátriai beteggé válik leginkább az inaktív státus felé terelődik. Munkahely-megtartási esélye a végzett munka típusától, és kollegái, felettesei attitűdjétől függ. Akinek viszont sikerül az aktív státusban maradnia, természetesen többféleképpen jelenhet meg a munkaerőpiacon. Kutatásom során a magyar viszonyok szerint tipikusnak tekinthető eseteken kívül kivételesnek mondható eseteket is igyekeztem keresni, azonban minden alkalommal rá kellett jönnöm, hogy ez korántsem ilyen egyszerű. A célszervezeti foglalkoztatás szorosan összefügg a pszichiátriai szociális otthon intézményével és a dotációs támogatás rendszerével. A civil/nonprofit munkaerőközvetítés összefonódik önkormányzati feladatok ellátásával (nappali ellátást nyújtó szervezet működtetése) és a pályázati források biztosította lehetőségekkel. A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás kiszolgáltatott szintén az állami dotációs rendszernek és sok esetben valamilyen szociális foglalkoztató utódjaként karitatív vezetők működtetik. Ily módon az általam bemutatott „esetek”, amennyiben az esetet körülhatárolt, integrált rendszerként kezelem (Stake, 1998, idézi Golnhofer, 2001, p. 39) nem önmagában egy munkaerőpiaci forma, hanem egy komplex rendszer, mely mindig az adott kontextusban és időben érvényes. Az eset azonosításakor, lehatárolásakor sok esetben a kulcsszereplők meghatározása segíthet Golnhofer (2001) szerint, azonban esetemben inkább maga a szituáció jelenti a határvonalat, ahol a kulcsszereplőknek sokszor több szerepük is van, és a környezeti határvonalak sem feltétlenül egyértelműek. Mindez utal arra, hogy a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatása esetében több rendszer és forma jelenik meg egyszerre, mely részben állandóságot testesíti meg, részben a változtatások iránti igényt.

Eisenhardt (1989) az esetek kiválasztására három típust határoz meg: sem hipotézis, sem elméleti háttér nem meghatározható; speciális populáció vizsgálata; elméleti, nem véletlen mintavétel. Dolgozatomban az utóbbi kettő ötvözte jellemző, amennyiben a vizsgált csoport (pszichiátriai betegek

diagnosztizáltak) speciálisnak mondható, azonban a foglalkoztatási formák kiválasztása - az elméleti és a gyakorlati lehetőségekből adódó – nem véletlen mintavétellel meghatározható. Az esetek kiválasztásakor általában célzatos választás történik, ami mögött többféle kutatói szándék és lehetőség húzódhat meg. Ilyen megoldásokat sorol fel Golnhofer, (2001) úgy mint tipikus vagy atipikus, könnyen elérhető, deviáns, kritikus, saját közegben történő esetek kiválasztása. Kutatásom során tipikusnak mondható eseteket igyekeztem felkutatni és ezek sokféleségét bemutatni. Szerencsém volt abban az esetben, hogy az egyik legnagyobb szociális intézetbe eljuthattam, azonban jelzésértékű lehet, hogy „tisztán” nyílt munkaerőpiaci céget nem találtam. Az általam felkeresett szociális foglalkoztatók, mire odaértem, már egyik sem a korábbi szervezeti formában működött, (az elnevezés sem létezik már) és csak a foglalkoztató utódintézményének talaján létrejött félig-nyílt/félig-zárt munkaerőpiaci cégek vagy egyesületek voltak. Így viszont mindkét terület sajátosságai megtalálhatóak bennük.

Az esettanulmány készítésekor is érvényesülnie kell a kutatómódszertanban alkalmazott metodológiai elveknek. (A nemzetközi szakirodalomban az esettanulmány készítése során a metodológiai elvek érvényesülésével kapcsolatban folyik vita, melyre szintetizáló céllal született az általam idézett Eisenhardt cikk.) Az érvényesség kritériumának teljesülésére térek most ki. Az érvényesség – azaz a mérés során vizsgált jelenség tükrözi-e az adott fogalom valódi jelentését – teljesülését általában az esettanulmány és kvantitatív eszközök együttes alkalmazásával vagy a kizárólag esettanulmány készítésekor többféle adat és/vagy több résztvevő bevonásával érhető el. Golnhofer (2001) a trianguláció elvét a különböző módszerek és források, míg Eisenhardt (1989) csak a különböző kvalitatív eszközök alkalmazásával azonosítja, és külön tárgyalja a többféle résztvevő megfigyelését. A kettéválasztást az indokolja, hogy míg a résztvevők az esetben lehetséges többféle perspektívát hozzák felszínre, addig a többféle kvalitatív módszer az elméleti megközelítéseket tisztázhatja. Mindkét eljárás biztosítja azonban az „érvényesség ránézésre” és a kommunikatív érvényesség elvének megvalósulását. Az érvényességet alátámasztó eljárás közé tartozik a tipikus esetek (reprezentativitás ellenőrzésére) vagy éppen az extrém esetek (eredmények ellenőrzés) bemutatása (Sarantakos 1994 idézi Golnhofer 2001).

Az adatok elemzésekor a választott esetnek és a kutatói célkitűzésnek megfelelően készíthet a vizsgált esetre (within case) vonatkozó vagy eseteket összevető (cross-case) elemzést. Az előbbiben az eset alapos megismerése után egy elméleti megalapozás történhet, míg utóbbinál a többszemponútáság adta plasztikus, kezdeti benyomásoktól mentes, letisztult elemzés készíthető (Eisenhardt 1989).

Kutatásom során igyekeztem az adott szituációt minden résztvevő szempontjából megfigyelni. Ehhez egy-egy terepre többször is visszamentem, illetve a vidéki intézetnek otthont adó városban több napot eltöltöttem. A kutatás során betekintést nyerhettem számos dokumentumba (könyvelés, szervezeti működési szabályzat, felvételi adatlapok) azonban ezek alátámasztották interjúalanyaim állításait, ezért külön nem elemzem őket. A kvantitatív adatokat használok fel az esettanulmányok mellett, előzetesen a hipotézisek felállításához (KSH adatok), utólagosan pedig az eredmények teszteléséhez (TÁRKI felvétel egészségkárosodottak körében készült felvétel). A hipotézisek alkotása az esettanulmányok készítése közben alakult, mintegy iteratív folyamat volt, amihez hozzájárult az egymástól nagyon különböző szemléletű esetek alapos megismerése.

Az egyes esetek elkészítésekor interjúkat készítettem és közben megfigyelő szerepében voltam. A korábban leírt megfigyelői szerepek közül a résztvevő megfigyelő kategóriába sorolom magam, amennyiben a kutató „a társas cselekvés résztvevőivel interakcióban van, és egyáltalán nem tesz úgy, mintha maga is résztvevő volna” (Babbie 1998 p.52)

Az interjúk felépítése eltérő. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal strukturálatlan életút interjút készítettem. Az általam alkalmazott kifejezés arra utal, hogy interjúalanyaim azok közül kerültek ki, akiknek van orvosi papírja (tehát megfordultak valamilyen pszichiátriai ellátórendszerben), és mindegyiküknek van - az akkor még - Országos Orvosszakértői Intézettől minősítése, tehát a társadalom „fogyatékosként” kezeli őket (ugyan a szabályozás szerint nem fogyatékosok). Az interjú megkezdésekor arra kértem interjúalanyaimat, hogy meséljék el életüket, és a történet befejezése után, ahol szükségesnek éreztem, visszakérdeztem. Azonban az esetek bemutatásakor ezeket

az interjúkat nem a biográfiai technikákkal elemeztem. A táblázatban azon a néven szerepelnek interjúalanyaim, ahogy az adott szervezetekben nevezik őket.

**10. Táblázat. Dolgozatom esettanulmányainak helyszínei és interjúalanyai**

<b>Foglalkoztatás formája</b>	<b>Célszervezeti</b>	<b>Szociális foglalkoztató/nyílt munkaerőpiaci</b>	<b>Civil/nonprofit szervezet/nyílt munkaerőpiaci</b>
<b>Foglalkoztatáshoz kapcsolódó helyszín</b>	Szociális otthon	Önkormányzat	Nappali klub
<b>Interjúk</b>	Ápolt Ápolt gondnoka Szociális otthon igazgató Mentálhigiéniai nővér Főnővér Műhelyvezető Célszervezet igazgató	Munkavállaló Cégvezetők Önkormányzati szakreferens	Kliens Szakmai vezető Pszichiáter Foglalkoztatási tanácsadó Önkormányzati szakreferens Cég igazgató

A többi szereplővel strukturált, vagy félig strukturált interjút készítettem, így összesen 37 interjút használtam fel. Az interjú felépítése a tágabb szituációtól indított (milyen szervezet ahol vagyunk, hogyan működik) és egyre inkább szűkült a foglalkoztatás témája felé. A félig strukturált interjúk leginkább a szociális otthonban készült interjúkra jellemzőek, amikor körbevezettek az intézetben, és közben ismertették a helyszíneket, és amit azokról tudni érdemes. Az interjúk interjúvázlatait az 1. számú függelékben (1.számú függelék: Strukturált interjúk interjúvázlatai) olvashatóak.

Három esetet mutatok be, melyek tapasztalataim alapján leginkább jellemzőek a pszichiátriai betegek foglalkoztatására, továbbá néhány szakértői interjút is készítettem a témával kapcsolatban. Ezek az interjúk részben hipotézisellenőrző interjúként is felfoghatóak, mert olyan személyekkel készültek, akik közvetlenül nem kapcsolhatóak az esetekhez, azonban valamilyen módon kapcsolódnak a témához:

- A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak életének meghatározói a terápiák, különösen a gyógyszeres terápia. Ezeknek a mellékhatásai sokszor annyira kellemetlenek, a többségi társadalom által nehezen tolerálhatóak, hogy akadályozzák a gyógyszert szedők integrációját. Különösen igaz ez a

munkavállalásra, mert a gyógyszerek mellékhatásai (pl. aluszékonyság, kézremegés) a munkaerőpiac igényeivel nem összeegyeztethetőek, így indokoltnak tartottam felkeresni egy gyógyszergyár pszichotikus készítményeket gyártó részlegének vezetőjét.

- A munkaerőpiaci kirekesztés egyik alapvető kérdése, hogy miért nem foglalkoztatnak pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat. Ezzel kapcsolatban több cégvezetővel, vagy cégek ezzel kapcsolatos illetékes képviselőjével interjúztam. Úgy gondolom ebben az esetben ilyen információra kizárólag interjúkészítés során tehet szert a kutató, ugyanis a diszkriminatív munkáltatói magatartás büntetőjogi következményeket von maga után.
- Az ÁFSZ – ma NFSZ – lakcím szerinti irodáit kell felkeresnie annak, aki hivatalosan intézkedni akar megváltozott munkaerőpiaci helyzetével kapcsolatosan. (munkanélkülivé válás, álláskeresés, rehabilitációs járadék folyósításának folytonossága stb.) Interjúalanyaim tapasztalatai szerint az ott dolgozók sok esetben nem elég felkészültek, ami a szabályozás bonyolultságára utal. Ebben a témában többen javasolták, hogy érdemes felkeresni egy bizonyos munkarehabilitációs szaktanácsadót, akinek a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatására törvényi és jogi szinten legnagyobb rálátása van, és aktív részese volt az 1997-es nyugdíjtörvény és a fogyatékos törvény megalkotásának.
- A bemutatásra kiválasztott civil/nonprofit szervezet mellett másik két ilyen szervezetet is felkerestem, ahol vagy a szervezet vezetőjével vagy egyik munkatársával, és a munkarehabilitációs referensekkel készítettem interjút. Ezek a szervezetek is valamilyen módon kapcsolódnak a helyi önkormányzatokhoz, azonban ott nem találtam olyan személyeket, akik saját állításuk szerint kifejezetten erről a témáról érdemben nyilatkozni tudtak volna.

Az esettanulmányokat olyan mélységben ismertetem, amennyire a dolgozat témájának megismeréséhez célszerűnek tartom.

### ***Összefoglalás***

A megváltozott munkaképességű személy és a pszichiátriai betegek diagnosztizált fogalmak tartalmi eltérhetnek az egyes szakpolitikák kutatói

kérdések és célkitűzések szerint. Ez egy tartalmi és operacionalizálási probléma is tehát. Dolgozatomban azokat vizsgálom, akiknek hivatalos „papírjuk” van, akár megváltozott munkaképességűek akár pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak, függetlenül attól, hogy szubjektíven hogyan élik meg egészségkárosodásukat. Dolgozatom módszertani szempontból tehát két fő részre tagolódik. A kvantitatív fejezetben másodelemzést végzek, illetve a fogyatékosok, megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását alapvetően általános, leíró céllal mutatom be. Érdekességgéppen kitérek a szubjektív szempontú megközelítésre is. A kvalitatív módszert alkalmazó fejezetben pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakra fókuszálok, három esettanulmányt mutatok be, melynek célja inkább magyarázó, értelmező.

### ***IV.3. Hipotézisek, kutatási kérdések***

Kutatásomban azt vizsgálom, hogy a fogyatékkal élők, és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci részvételének mértéke különbözik-e az egészségesek foglalkoztatásától, s ha igen, milyen mértékben és mi magyarázza a különbségeket (gazdasági, társadalmi, intézményi). Ehhez kapcsolódóan bemutattam a fogyatékkal és pszichiátriai diagnózissal élők helyét a társadalomban, megítélésük változását, valamint a magyarországi foglalkoztatásuk meghatározó strukturális tényezőket. Ehhez a kérdéshez leíró jellegű hipotéziseket fogalmazok meg.

A kutatás kiterjed a pszichiátriai betegnek diagnosztizált foglalkoztatottak munkafeltételeinek vizsgálatára is. Ezzel kapcsolatban a kutatási kérdés, hogy van-e különbség az egészséges és a megváltozott munkaképességűek munkafeltételeiben (munkakörülmények, bérezés, foglalkoztatás perspektívája), melyre a feltáró jellegű esettanulmányok ismertetésével igyekszem válaszolni. Ebben az esetben inkább kutatási kérdéseket érdemes fogalmazni.

#### ***H1. Az intézmények rögzült működésének hipotézise***

A fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci aktivitása alacsony. Ennek egyik meghatározó oka az előző fejezetben ismertetett rögzült intézményi működésekben keresendő. Az általam azonosított kulcsintézmények a nyugellátási, foglalkoztatási, és egészségügyi rendszerek,



melyek együttes, egymást támogató, zárt rendszert alkotnak, melyek döntően az inaktivitás felé terelik a fogyatékkal és pszichiátriai diagnózissal élőket. A korábban bemutatott intézmények struktúrájából, működéséből, és azok működtetőinek érdekei alapján a következő hipotézisek fogalmazhatóak meg:

H1: A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci reintegrációjának kialakult intézményes gyakorlata van. A társadalmi szereplők (ellátórendszer, törvényhozók) továbbra is a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci kirekesztésében, az eddig kialakult status quo fenntartásában érdekeltek.

H1a: A megváltozott munkaképességűekre vonatkozó törvényi szabályozás és annak részleges megváltoztatása továbbra is az inaktivitás, vagy a félig-zárt munkaerőpiac felé terel.

H1b: A munkáltatók támogatásának szabályozása továbbra is inkább zárt és védett foglalkoztatás irányába tesz kedvezményeket.

H1c: A nyugellátási rendszer inkább az inaktivitás felé terel.

## *H2. A kirekesztő szociális konstrukció hipotézise*

Az intézmények strukturális tényezői mellett a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakról kialakult szociális konstrukció is meghatározza a foglalkoztatást, munkaerőpiaci rehabilitációt. A pszichiátriai diagnózissal élők megítélésének szociális modellje szerint (lásd I. fejezet) a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat az idők során általában stigmatizálták. Ez az elutasító attitűd megjelenik a munkaerőpiacon is, melynek következménye az, hogy maguk a pszichiátriai diagnózissal élők is inkább az inaktivitásba menekülnek.

H2.: A munkaerőpiaci mechanizmusok inkább a foglalkoztatási integráció ellen hatnak.

H2a: A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak fogadtatása a nyílt, félig-nyílt munkaerőpiacon inkább kirekesztő. A diagnózis felállítása után többségük néhány éven belül inaktívvá válik, azaz jóval hamarabb, mint az egészséges emberek.

H2b: A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakról többségében elutasító, kirekesztő a munkáltatókban, a munkatársakban kialakult szociális konstrukció.

H2c: A pszichiátriai diagnózissal élők többsége tart a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatástól.

*Kutatási kérdések: Hogyan jelennek meg az integráció felé terelő változások a munkarehabilitációs foglalkoztatás különböző formáiban? Milyen hatással van ez az egyén közösségi és egyéni rehabilitációjára?*

A kirekesztő munkaerőpiaci attitűd és az intézmények struktúrájának megváltoztatására vannak próbálkozások. Az intézményi megközelítés adta elméleti keret szerint a változások a formális és az informális szabályozók mentén, illetve makro-mezo-mikro szinten is elindulhatnak, ezért a munkaerőpiaci rehabilitáció tipikus foglalkoztatási formáit általánosságban a szabályozás, a közösség és egyén szintjén is vizsgálom.

*Kérdés 1.:* A szabályozók mentén részben elindult az integráció felé terelő változás. (Ennek oka azonban főként a nyugellátás finanszírozásának fenntarthatatlanságában keresendő.) Az egyes intézmények (egészségügy, nyugellátás, munkáltatók finanszírozása) szabályozásának külön-külön történő, nem összehangolt változtatása nem eredményes. Ehhez a területhez következő kérdéseket lehet feltenni:

Hogyan jelenik meg, hogyan hat a korábban kialakult foglalkoztatási formák (döntően védett szervezetek) területén a törvényi szabályozás változása? Történt-e változás a szabályozás hatására a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásának szintjében és formájában? Hogyan hatnak ezek a széttagolt szabályozási változások a nyílt és a védett munkaerőpiaci munkaadók foglalkoztatási stratégiáira? Elősegítik-e az érintettek integrált, félig-integrált foglalkoztatását? Ösztönzik-e aktív munkaerőpiaci részvételre az érintetteket? Milyen hatással vannak ezek a változások az egyéni életstratégiákban?

*Kérdés 2:* Az integráció felé terelő változások kulcsa az egyes intézmények működtetőinek újító attitűdje, azaz a pszichiátriai diagnózissal élőkről kialakult normalizáló szociális konstrukció szükséges. Az integráció felé terelő változásokat képviselő újító szemléletű személyek tevékenységüket intézményesítik, bizonyos esetben civil/nonprofit szervezeteket hoznak létre. Ehhez a területhez következő kérdéseket lehet feltenni:

Mely intézményekhez köthető ez az újító szemlélet? Kik ezek az újító szemléletet képviselő személyek? Mennyiben tér el az újító szemlélet szerint működtetett intézmények működése/stratégiái a hagyományos (medikális) szemléletet tükröző intézményektől? Milyen nehézségekkel kell szembenéznük az újítóknak, mely tényezők támogatják működésüket? Mennyire életképesek ezek az intézmények? Mennyire függetlenek finanszírozást, intézményi önállóságot tekintve? Kik az újító szemléletet képviselő intézmények kliensei? Hogyan hat a kliensek munkavállalására, egészségi-mentális állapotára, közösségi életére ez a szemlélet, intézményi működés?

*Kérdés 3.:* A pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci integrációja hozzájárulhat egyébségi állapotuk javulásához, aktívabb közösségi életéhez és életszínvonaluk javulásához is. Azonban a nyílt/félig-nyílt munkaerőpiaci munkavállalásához szociális, közösségi támogató közeg szükséges. Ehhez a területhez következő kérdéseket lehet feltenni:

Hogyan valósulhat meg a munkaerőpiaci részvételen keresztül a többségre jellemző állapotjavulás? Milyen foglalkoztatási formák képesek ezt megvalósítani? Milyen közösségi aktivitás köthető a munkaerőpiachoz, az egyes foglalkoztatási formákhoz (védett, félig-nyílt, nyílt foglalkoztatás)? Milyen támogató közeg szükséges az állapotjavulás és a közösségi integráció megvalósulásához? Köthető-e valamilyen szervezethez egy ilyen támogató közeg? Milyen szerepe van a munkaadónak a támogató közeg megteremtésében? Milyen szerepe van a családnak a munkavállalás előmozdításában?

## **V. FELMÉRÉSEKBŐL SZÁRMAZÓ ADATOK A MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ SZEMÉLYEKRE VONATKOZÓAN**

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakra fókuszáló esettanulmányok bemutatása előtt egy általánosabb és tágabb nézőpontból ismertetem a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának helyzetét. Az európai és a magyar munkaerőpiaci alapadatok ismertetése után, egy 2010-es adatfelvétel segítségével részletesebb képet mutatok be a megváltozott munkaképességűek és ezen belül is a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatásáról.

A pontosabb helyzetkép bemutatásán kívül erre azért is szüksége van, mert az esettanulmányokkal kapcsolatos egyik legjelentősebb módszertani kritika az általánosíthatóság kérdése. Az esettanulmányok ismertetése után összevetem a két típusú adatból származó eredményeket és következtetéseket.

### ***V.1. Fogyatékkal élők Európában***

A magyar munkaerőpiac egyik meghatározó jellemzője európai összehasonlításban az alacsony foglalkoztatási és magas inaktivitási ráta. Európai összehasonlításban a felnőtt lakosság inaktivitásának mértékére vannak elérhető Eurostat adatok. (A felnőtt lakosság ebben az esetben a 15-64 év közöttieket jelenti.) A gazdasági aktivitás-inaktivitás vizsgálatokor nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy mindez egy adott ország, adott szabályozási környezetében, gazdasági helyzetében, munkaerőpiaci adottságaiban értendőek. Éppen ezért feltüntetem a munkaerőpiac egyéb fontos mutatószámait, úgy mint a foglalkozási, munkanélküliségi (azaz a gazdasági aktivitás) rátát is (3. számú Függelék).

Ma már, de 2008-ban sem számított újdonságnak, hogy Magyarországon a munkaképes korúak foglalkoztatottsága az európai országokkal összevetve igen alacsony. (A magyar munkaerőpiac szerkezetéről, összetételéről számtalan írás született.) Az EU25 ország átlagához képest 10%-kal foglalkoztatnak kevesebb embert Magyarországon (56,7%), és nálunk alacsonyabb foglalkoztatás mindössze Máltán (55,2%), és Törökországban (45,9%) mérhető. Hasonlóan alacsony a foglalkoztatottság mértéke Horvátországban (57,8%), Olaszországban (58,7%), Lengyelországban (59,2%) és Romániában (59%). Ezzel szemben

vannak olyan országok, ahol a munkaképes korúak háromnegyede foglalkoztatott, úgy mint Dánia (78,1%), Hollandia (77,2%), Svédország (74,3%), vagy Svájc (79,5%).

Természetesen nem minden munkaképes korú dolgozik, van, aki tanul, munkanélküli, vagy gyermekét, vagy más hozzátartozóját gondozza, esetleg nyugdíjas, vagy valamilyen más ellátásban részesül. Az inaktívok ellátása szintén többféle lehet, családi vagy állami, önkormányzati, kisebb valószínűséggel önellátó is lehet, vagy ezek valamilyen kombinációja. A regisztrált munkanélküliségből származó adatok alapján Magyarországon (8%) 2008-ban a munkanélküliségi ráta kis mértékben haladta meg az EU25 átlagát (7,5%), hasonlóan, mint Portugáliában (8,3%), Litvániában (8%), vagy Franciaországban (7,9%).

Inaktívok közé sorol mindenkit a Eurostat felvétel, aki nem foglalkoztatott vagy munkanélküli. Magyarországon az inaktívok aránya (38,5%) magasabb, mint az európai átlag (28,5%), sőt az egyik legmagasabb, csak Törökországban (41,2%) és Máltán (49,2%) él több inaktív ember a 15-64 évesek között. Hasonlóan magas az inaktív lakosság aránya Romániában (37,1%) Olaszországban (37%), Horvátországban (36,8%), és Lengyelországban (36,2%). Úgy tűnik az alacsony foglalkoztatottság és a magas inaktivitási ráta 2008-ban megfeleltethető volt egymással. Ez az arányszám mindenképpen figyelemre méltó, és az ország általános gazdasági helyzetén kívül, a munkaerőpiac befogadóképességére, rugalmasságára is utalhat.

Logikusan a következő kérdés az volna, hogy az inaktív lakosság körében milyen arányban szerepelnek a fogyatékkal élő személyek, akik valamilyen ellátásban is részesülnek. A kérdés megválaszolásának valójában két akadály van.

Az egyik, egy részben módszertani akadály, konkrétan operacionalizálási probléma, melyre a IV.2. fejezetben utaltam. 2003-ban a Eurofound készítetett egy tanulmányt (Grammenos 2003), amely a fogyatékkal élők foglalkoztatásáról szólt. A tanulmány azért született, mert a krónikus hosszan tartó, illetve mentális betegek kapcsán felmerülő kérdések mind a mai napig a *Lisszaboni Egyezmény* irányelvei ellenére háttérbe szorulnak, és elsősorban jogi vonatkozásban foglalkoznak vele. Ennek ellenére a tanulmány szerzője rögtön azzal szembesült, hogy a tartós betegekkel és fogyatékosokkal, megváltozott munkaképességűekkel

foglalkozó írásokban eltérnek a statisztikai, a rendelkezési, kulturális fogalomhasználatok és fogalomértelmezések. Grammenos (2003) felhívja arra a módszertani nehézségre a figyelmet, mely a definíciós nehézségből adódik, ugyanis még mindig csak két Európai Unió ország használja a tartós betegekre és fogyatékosokra vonatkozó ajánlott WHO definíciót.

**11. táblázat. A fogyatékoság és a krónikus betegség típusai Spanyolországban, az Egyesült Királyságban és Magyarországon**

<b>A fogyatékoság és a krónikus betegség típusa Spanyolország, Egyesült Királyság, Magyarország</b>				
<b>impairment (károsodás)</b>	<b>fogyatékoság típusa</b>	<b>SP (6-64)</b>	<b>UK (16+)</b>	<b>HU (15+)</b>
<b>muscolo-skeletal</b>	<b>Mozgássérült</b>	33%	46%	38%
	<b>alsó, felső végtag hiánya</b>			3%
	<b>egyéb testi fogyatékos</b>			5%
<b>ocular</b>	<b>Gyengénlátó</b>	15%	22%	10%
	<b>egyik szemére nem lát</b>			3%
	<b>Vak</b>			2%
<b>mental</b>	<b>értelmi fogyatékos</b>	17%	13%	8%
<b>aural</b>	<b>Nagyothalló</b>	16%	38%	8%
	<b>siket, siketnéma, néma</b>			1%
<b>language</b>	<b>Beszédhibás</b>	1%		1%
<b>other</b>	<b>Egyéb</b>	3%	6%	22%
<b>nervous system</b>	<b>Idegrendszeri károsodás</b>	8%	13%	
<b>visceral</b>	<b>Belgyógyászati „nagybetegségek”</b>	7%	20-30%	

A másik akadály, hogy az adatfelvétel módjában is jelentős eltérések mutatkoznak. Míg a nemzetközi survey-ek önbevalláson alapulnak (Eurobarometer), és általában eltérő, és a magyar gyakorlatnál jóval tágabb kérdést tesznek fel a fogyatékosággal, akadályozottsággal kapcsolatban<sup>97</sup>. Addig Magyarországon főként a kötelező népszámláláskor teszik fel azt a kérdést, hogy „*Milyen fogyatékkal él Ön?*”, ami nyilvánvalóan teljesen más válaszokat fog eredményezni, mint, ha a fentebb felsorolt kérdések valamelyikét alkalmaznák.

<sup>97</sup> How is your health in general?, Do you have any chronic physical or mental health problem, illness or disability? Are you hampered in your daily activities by this physical or mental health problem, illness or disability?, Does a long-standing health problem or disability mean you have substantial difficulties doing day-to-day activities?

Tehát, ha nem ugyanazt a kérdést teszik fel a megkérdezetteknek, akkor az eltérő válaszokat és arányszámokat fog eredményezni<sup>98</sup>.

Garmmenos (2003) ennek illusztrálására a spanyol és az egyesült királyságbeli fogyatékos definíciót és a fogyatékkal élők arányát mutatja be. Amennyire lehetett megpróbáltam beilleszteni a magyar KSH kategóriákat és értékeket.

Eleve figyelemre méltó, hogy a spanyol és a magyar adatok 100%-ot adnak ki, azaz itt az elsőszámú egészségügyi probléma alapján van kialakítva a kategorizáció. Ezzel szemben a brit besorolás nem adja ki a 100%-ot, tehát itt a fogyatékkal élők a statisztikai adatokban is megjelenhetnek „igazi” emberként, nem csak adatként, úgy mint többféle egészségügyi problémával élő ember. (Ami nyilvánvaló, hiszen egy súlyos cukorbeteg élete előrehaladtával látás vagy mozgássérültté is válhat. Egy ilyen esetben persze felmerülhet a kérdés, hogy melyik a „fő” betegség, azaz a magyar vagy a spanyol statisztikában mi fog megjelenni. A legelső betegség, mely mindnek az okozója? Vagy az, amelyik a leginkább akadályozza a hétköznapi életben? Esetleg, amelyik a legtöbb orvosi kezelést igényli?) A másik fő sajátosság, hogy a magyar adatokból hiányoznak az idegrendszeri és mentális problémák, és általában jóval aprólékosabb a felsorolás. Mindez a kérdés vizsgálatának és dokumentáltságának alaposságra és az erőteljes orvosi meghatározottságra is utalhat.

A Labour Forces Process 2002-es ad hoc moduljában, mely a fogyatékkal élőkre vonatkozik, szerepelnek a mentális betegséggel élők. A felmérésben 16-64 év közöttiek szerepeltek, akik háztartásban éltek (lásd 2. számú függelék). Fogyatékkal élőknek azt tekintették, akinek saját bevallása szerint hosszan tartó betegséggel, vagy fogyatékossgal él 6 hónapja, és a következő 6 hónapban sem várható javulás (a longstanding health problem or disability (LSHPD) for 6 months or more or expected to last 6 months or more).

A fogyatékkal élők aránya Magyarországon (11,4%) 2002-ben az EU25 országaihoz (16,2%) képest alacsonyabb 5%-kal. Hasonló arányban Németországban (11,2%), Luxemburgban (11,7%), Írországban (11,0%) élnek fogyatékkal élők, míg arányuk jóval magasabb (közel 25%-os) az Egyesült

<sup>98</sup> Magyarországon önbevallásos kérdőív felvételekor jóval többen mondják magukról, hogy tartósan betegek, mint a hivatalos statisztikákban.

Királyságban, Hollandiában, vagy Finnországban. A tartós betegséggel vagy fogyatékkal élők aránya 10% alatti Romániában, Szlovákiában, Máltán, Olaszországban és Spanyolországban. Ezt a fajta eltérést az önbevalláson alapuló torzításnak lehet betudni.

A foglalkoztatottak közül a tartósan betegek vagy fogyatékosok aránya az EU25 átlaga (12,3%) alatt van Magyarországon (2,3%), konkrétan hazánkban a legalacsonyabb, és jellemzően a keleti blokkban nagyon alacsony (kevesebb mint 5%) a tartós betegek foglalkoztatottsága, kivéve Csehországot (14,5%) és Észtországot (18,3%). Míg Finnországban, Franciaországban és Nagy Britanniában 20% fölötti a foglalkoztatottság aránya.

A munkanélküliek között a tartósan betegek vagy fogyatékosok aránya Romániában (3,1%) és Magyarországon (4,4%) a legalacsonyabb, ami azt jelzi, hogy ezekben az országokban jellemzően nem jelennek meg a munkaerőpiacon ezek az emberek munkanélküliként sem. A munkanélküliek körében legmagasabb Hollandiában (32,4%), Csehországban (28,4%) és az Egyesült Királyságban (28%) az arányuk.

Az inaktívakon belül a tartósan betegek vagy fogyatékosok aránya Finnországban (51,6%) a legmagasabb, de Magyarországon (25,5%) is az EU25 átlag (24,9%) fölött van. A tartós betegséggel élők aránya alacsony Olaszországban (10,2%) és Romániában (12%) is. Összességében tehát Magyarországon a munkaerőpiacon kevésbé jelennek meg a tartós betegséggel élők (sem foglalkoztatottként, sem álláskeresőként), inkább az inaktívak között találjuk őket. Azonban arányuk itt is alacsonyabb, ami inkább arra utalhat, hogy nem vallották be egészségkárosodásukat.

A 2002-es felvételben az országok között óriási eltérések vannak a tartósan betegek vagy fogyatékosok aránya között, és a munkaerőpiaci státusukban is. Ezek a mutatószámok és az önbevalláson alapuló kérdésekre adott válaszok eltérései azt tükrözhetik, hogy a fogyatékoságot és a betegséget milyen mértékben vállalják fel maguk az érintettek, és hogyan integrálja a munkaerőpiac. Egy másik oka lehet az eltéréseknek, Didier Dupré és Antti Karjalainen (2003) szerint, hogy a felvétel során a különböző országokban máshogy értelmezték a feltett kérdést (Employment of disable, people in Europe 2002).



Ebben a felvételen rákérdeztek a tartós betegség típusára is, és külön kategóriaként szerepeltek a mentális és idegrendszeri betegségek is. Mivel ennél „pontosabb” adat 2002-ből nem lelhető fel, ezért ezt a táblázatot is bemutatom (3. számú függelék). Ebből a felvételen lehetett tudni, hogy 2002-ben Magyarországon a tartós betegséggel élők 13,7%-a él mentális vagy idegrendszeri megbetegedéssel. Természetesen ez az arány magasabb, mint az EU25 országainak átlaga (9,3%), sőt a vizsgálatban szereplő országok között csak Spanyolországban (15,3%) és Litvániában (14,5%) élnek többen ezzel a nehézséggel, és hasonló arányban Máltán (13,3%) és Portugáliában (13%). A magyar adatok szerint a mentális és idegrendszeri megbetegedések igen gyakoriak, mindössze a szív és érrendszeri, keringéses (26,9%, ez egyébként a 2. legmagasabb arányszám Európában, csak Romániában magasabb) és a mozgáskorlátozottság<sup>99</sup> (18%, ez a legmagasabb arány Európában) aránya magasabb. Ennek ellenére a KSH adataiban az egyéb kategóriákhoz sorolják a mentális betegségeket.

A Eurostat megismételte ezt a modult 2011. II. negyedévében is, azonban ezek az adatok nem publikusak, ezért azokat az információkat ismertetem, melyek a KSH Megváltozott munkaképességűek a munkaerő piacon, 2011 című kiadványában közzé tesznek. A felvétel olyan 15–64 éves népesség körében történt, akik tartósan fennálló egészségi problémával, betegséggel, illetve egyéb (testi, érzékszervi, értelmi stb.) korlátozottsággal élnek. „2011-ben a 15–64 évesek 21,5%-a, összességében 1 millió 439 ezer fő számolt be tartósan, legalább hat hónapig fennálló egészségi problémáról, betegségről. [...] A testi, érzékszervi, értelmi, illetve egyéb korlátozottságról szóló kérdésre adott válaszban 13,6%, mintegy 910 ezer fő – 419 ezer férfi és 491 ezer nő – számolt be érintettségről.” (KSH 2011 p. 3) Az adatokból kiderül, hogy a pszichiátriai betegségek közé sorolható krónikus szorongás, depresszió, migrénes fejfájás Magyarországon tipikusan női (73,2%) betegség (KSH 2011 p.3), a vizsgált populációban az egyéb idegrendszeri, lelki, mentális megbetegedések a 8. leggyakrabban előforduló betegségcsoportot jelentik. Megváltozott munkaképességűnek tekintették azokat a válaszadókat, akik úgy érzik, hogy „munkaerő-piaci jelenlétét egészségi állapotuk valamilyen mértékben hátrányosan befolyásolja” (KSH 2011 p.6). Munkaerőpiaci

<sup>99</sup> Pontosan *Problems with legs or feet (which includes arthritis or rheumatism)*

részvételük alacsony, „Aktivitási arányuk 24,1%-ot ért el, amíg a változatlan munkaképességűeké 67,8%-ot, foglalkoztatási arányuk 18,1%, munkanélküliségi rátájuk pedig 24,9% volt, szemben a változatlan munkaképességűeket jellemző 60,8%-os, illetve és 10,2%-os értékkel” (KSH 2011 p.7). Ennek megfelelően alakul megélhetési forrásuk is, a megkérdezéskor kevesebb, mint egyötödük (139 ezer fő) dolgozott, és ebből 51 ezren egyéb juttatásban is részesültek, többségük (628 ezer fő) a társadalombiztosítási és szociális ellátórendszerekből származott, míg „113 ezer fős sokaságának megélhetési forrása nem ismeretes” (KSH 2011 p.11). Az egyes betegségtípusokról az derül ki, hogy bizonyos betegségtípusok megléte esetén magasabb, míg más betegségek esetén jóval alacsonyabb a foglalkoztatási ráta. Tipikusan a mozgásszervi problémák nem jelentek akadályt a munkavállalásban (41,9-uk dolgozik), míg az idegrendszeri eredetű problémák jelentős akadályokat jelentenek (mindössze 5,8%-uk dolgozik).

Az általam ismertett nemzetközi összehasonlításból tehát kiderül, hogy Magyarországon magas az inaktívak aránya, viszont az inaktívak között átlagosnak mondható tartós betegséggel élők aránya. A munkaerőpiacról való kirekesztettséget viszont nagyban alátámasztja, hogy Magyarországon a legalacsonyabb a tartós betegséggel élők aránya a foglalkoztatottak körében.

## ***V.2. Megváltozott munkaképességűek és pszichiátriai diagnózissal élők Magyarországon***

Krémer Balázs és kutatótársai szerint „A fogyatékossgal élő, vagy bármi más közeli kategóriákkal leírható emberek életkörülményeiről ismereteink szerint eddig egyáltalán nem készült országos, reprezentatív kutatás. Ilyen körülmények mellett a jelen kutatás legfontosabb célja az, hogy hiteles, valós, tudományos szempontból megbízható és érvényes, az érintett célcsoportok (aktív generációhoz tartozó részének) teljes körét lefedően reprezentatív adatokat nyerjünk tényleges életkörülményeikről, így jövedelmükről, munkájukról, lakáskörülményeikről” (Krémer at al. p.7). A fogyatékkal élők magyarországi számbavételéről a III. fejezetben (pl. 3. táblázat) kitértem, és hangsúlyoztam, hogy nem szerepelnek ebben a pszichiátriai diagnózissal élők. A megváltozott munkaképességűekkel kapcsolatosan pedig szinte kizárólag a juttatások felől nézve lehet információhoz jutni. Éppen ezért néhány általános adatot ismertetek a megváltozott

munkaképességük, majd speciálisan a mentális és pszichés problémákkal élők foglalkoztatási helyzetére vonatkozóan.

A mintába került megváltozott munkaképességűek 42%-a férfi (853 fő), 58%-a (1192 fő) nő, akiknek fele 48-58 év közötti, átlagosan 52 évesek. Legtöbben (40%) községekben élnek, 35%-uk városban, és csak 17%-uk él megyeszékhelyen, illetve 9%-uk Budapesten. A munkavállalás szempontjából kiemelt szerepe van az iskolai végzettségnek. A mintába került megváltozott munkaképességűek 35%-ának maximum a 8 általános iskolai osztályt végezte el, 39%-uk szakmunkás, 9%-uk érettségi, érettségit követő, felsőfokra nem akkreditált szakképzési bizonyítvánnyal rendelkezik, és felsőfokú végzettsége (felsőfokú technikum, főiskola, egyetem, doktori képzés) mindössze 5%-uknak van. A TÁRKI 2010/11-es Omnibusz kutatása szerint a 18-62 éves népességben 21%, a legfeljebb a 8 osztályt végzettek, 35% a szakmával rendelkezők, 29% az érettségizettek, és 14% a diplomával rendelkezők aránya (Bói 2011). Ez alapján általában véve az egészségkárosodottak iskolai végzettsége jóval alacsonyabb, mint az azonos korú népességé.

Az egészségkárosodás mértéke szintén jelentősen befolyásolja a foglalkoztathatóságot. A vizsgált személyek 13%-a súlyos (100%-os), 64%-uk közepes vagy középsúlyos (50%-99% között van az egészségkárosodás mértéke) és 34%-uk enyhe rokkantsági csoportba tartozik (50%-nál alacsonyabb a változás mértéke). Mindössze 5%-uk született valamilyen károsodással, átlagosan 36 évesen szembesültek problémáikkal. A három vezető leggyakoribb egészségkárosodás: valamilyen mozgáskorlátozottság (65%), a tartósan fennálló krónikus betegség (58%), és a mentális és pszichés problémák (28%). Az egészségi állapot romlásának következménye mindössze 6%-uknál eredményezte a cselekvőképesség korlátozását.

A megváltozott munkaképességűeknek mindössze 15%-a dolgozott a kérdezéskor (307 fő), az inaktívak 86%-ának (1472 fő), jellemző jövedelemforrása a rokkantsági nyugdíj. (Erről részletesebb a következő fejezetekben írok.)

A következőkben bemutatom és összehasonlítom a mentális sérüléssel és az egyéb más sérüléssel élők demográfiai és munkaerőpiaci jellemzőit.

### **V.2.1. Általános adatok a mentális vagy idegrendszeri problémákkal és egyéb más sérüléssel élőkről Magyarországon**

Disszertációmban nagy hangsúlyt fektettem az orvosi, nyugellátási rendszerre, az általam ismertetett makrostatisztikai adatok is azokra vonatkoznak, akiknek van ORSZI Bizottság által kiállított véleményük, ezért azt a mintát használok, amelybe azok kerültek kiválasztásra, akiknek van „hivatalos” papírjuk arról, hogy megváltozott munkaképességűek. Így 2045 személy került az elemzésbe.

Ugyan szorosan nem tartozik a hipotézisek igazolásához, mivel a statisztikák igen mostohán bánnak Magyarországon a pszichiátriai diagnózissal élőkkel, ezért arra is felhasználok ezt az adatbázist, hogy bemutassam, hogy kik is Magyarországon a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak, milyen az iskolai végzettségük, hol élnek stb.

A minta szerint 576 főnek van ORSZI igazolása arról, hogy pszichiátriai diagnózis miatt változott meg a munkaképessége, a felvételi kérdőívben ők azok, akiknek saját bevallásuk szerint „sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapotot, idegességet, mentális betegséget állapítottak meg”. (4 megfigyelés esetében nem volt válasz erre a kérdésre, természetesen ezektől a továbbiakban eltekintek.) A mintában tehát, összesen 576 személy, az összes válaszadó 28,2 %-ának esetében állapítottak meg valamilyen mentális betegséget.

Mivel dolgozatomban a foglalkoztatásra fókuszál, ezért az alapadatokat is a munkaerőpiacon betöltött státus bontásában ismertetem, illetve az alapadatok tekintetében összehasonlítást végzek az egyéb egészségkárosodással együtt élőkkel. Tehát ebben az alfejezetben 3 referenciacsoportot hasonlítok össze: nem mentális betegek (1469 fő), aktív mentális betegek (72 fő), inaktív mentális betegek (504 fő).

A mentális vagy idegrendszeri problémákkal élők közül tehát 12,5% aktív, és 87,5%-uk inaktív, míg a többi megváltozott munkaképességű személy foglalkoztatási rátája valamivel magasabb 16%.

A mentális betegséggel élők 35%-a férfi, 65%-a nő. Legtöbbször 35%-uk községekben, 32%-uk városban, 22%-uk megyeszékhelyen, és 10%-uk él Budapesten. A más egészségkárosodással élők közül kevesebben laknak megyeszékhelyen (14%) és Budapesten (10%), mint a mentális betegséggel élők.

A dolgozó mentális betegek többsége városban (31%) vagy megyeszékhelyen (32%) lakik. Tehát főként a községekben lakó mentális betegnek diagnosztizáltak (92%-uk nem dolgozik) maradnak ki a munkaerőpiacról.

A mintába került mentális vagy idegrendszeri problémákkal élők többsége a középkorú (átlagéletkoruk 51 év), vagy idősebb korosztályból került ki; több mint felük 1956 előtt született (ez a medián értéke is). A további elemzéseknél ezt külön figyelmet fog érdemelni. A legfiatalabb 18, a legidősebb 62 éves, 50%-uk 47-57 év közötti, ami 1 évvel tér el a megváltozott munkaképességűek átlagos életkori eloszlásának (ők átlagosan 52 évesek). A kérdezés időpontjában dolgozók átlagosan 50 évesek, míg a nem dolgozók 52 évesek. A munkavégzés és az életkor kapcsolata szignifikáns, inkább a fiatalabb középkorúak dolgoznak, és ezzel párhuzamosan az 55 évesnél idősebbek 92%-a nem dolgozik. Azonban külön figyelmet érdemel, hogy a 30 évesnél fiatalabbak 2/3-a nem dolgozik, ami a jövőre vetítve akár tartós inaktivitást is jelenthet.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében tipikus életutakat vázolok fel, melynek meghatározó momentuma a „betegség” kezdete, mely általában fiatal felnőttkorra jellemző. Ezt igazolja a következő kérdésre adott válaszok eloszlása is, mely szerint a mentális zavarok többségének diagnosztizálására középkorúként kerül sor; átlagosan 35 évesen szembesülnek problémáikkal, tehát átlagosan csak 1 évvel korábban, mint általában a megváltozott munkaképességűek.

**12. Táblázat Mentális vagy idegrendszeri probléma kezdete**  
**Mikor szembesült legelőször az akadályozottságát okozó problémájával?**

	Db	%
<b>Születésétől fogva fennáll a probléma</b>	28	4.9
<b>1-18 éves kora között</b>	52	9.0
<b>19-30 éves kora között</b>	113	19.6
<b>31-40 éves kora között</b>	158	27.4
<b>41 vagy több évesen</b>	217	37.7
<b>nem tudja</b>	3	0.5
<b>Összes érvényes válasz</b>	571	99.1
<b>Hiányzik</b>	5	0.9
<b>Összesen</b>	<b>576</b>	<b>100.0</b>

Az munkaerőpiaci helyzet és a problémával való szembesülés kapcsolata ugyan nem szignifikáns, azonban enyhe tendencia felfedezhető, azaz azok a mentális betegek diagnosztizáltak, akik nem dolgoznak, zömmel az életük első felében szembesültek ezzel a problémával (átlagosan két évvel hamarabb szembesülnek betegségükkel), míg a dolgozók inkább életük derekán. Feltehetően azok, akik fiatalabb korukban szembesültek a „betegséggel” eleve kevesebb munkatapasztalattal rendelkeznek, így életük előrehaladtával nehezebben tudnak elhelyezkedni.

A munkaerőpiaci elhelyezkedést szintén jelentősen befolyásolja az iskolai végzettség. A mentális vagy idegrendszeri sérülésekkel leszázalékoltak iskolai végzettsége alacsony, 38%-uk legfeljebb a 8 általános iskolai osztályt végezte el, ami 4%-kal több, mint a többi egészségkárosodottnál.

A mentális betegséggel élők között 6%-kal kevesebb a szakmunkás, és 1%-os az eltérés az érettségi, érettségit követő, felsőfokra nem akkreditált szakképzés bizonyítvánnyal rendelkezők arányát tekintve, mint az egyéb egészségkárosodással együtt élők között. A felsőfokú végzettségűek aránya ugyanaz.

### 3. Táblázat Legmagasabb iskolai végzettség mentális betegek körében

		Dolgozik	Nem dolgozik	Összesen
<b>Nem járt iskolába</b>	Db		6	6
	%		1,2	1,0
<b>Kevesebb, mint 8 általános</b>	Db	1	28	29
	%	1,4	6	5
<b>8 általános</b>	Db	16	171	187
	%	22	34	33
<b>Szaktanulmányozó, szakképzés érettségi nélkül</b>	Db	29	169	198
	%	40	34	34
<b>Szakközépiskolai érettségi, szakképzést követő érettségi</b>	Db	8	48	56
	%	11	10	10
<b>Gimnáziumi érettségi</b>	Db	5	32	37
	%	7	6	6
<b>Érettségit követő, felsőfokra nem akkreditált szakképzés</b>	Db	7	24	31
	%	10	5	5
<b>Akkreditált felsőfokú szakképzés; felsőfokú technikum</b>	Db	3	4	7
	%	4	1	1%
<b>Főiskola</b>	Db	3	15	18
	%	4	3	3
<b>Egyetem</b>	Db		5	5
	%		1	1
<b>Összesen</b>	Db	72	502	574
	%	100	100	100

Jelentős különbség mutatkozik a dolgozó és a nem dolgozó mentális sérültek iskolai végzettsége között, az aktívaknak magasabb az iskolai végzettségük. Az aktív mentális sérültek 40%-a szakmunkás végzettségű, szemben az inaktívakkal, akiknek 34%-uk rendelkezik szakmával, és középszintű oktatásban is több dolgozó mentális sérült vett részt, mint nem dolgozó.

A fogyatékkal élők esetében, és ez alól a mentális problémákkal élők sem kivételek, gyakran előfordul, hogy halmozottan akadályozottak, ami szintén nehezítheti a munkavállalást. A más egészségkárosodással élők körében mindössze 33 főnek (2%) nincs más sérülése, a legtöbben (25% - 365 fő) 3 más sérüléssel élnek együtt, de a válaszadók 61%-ának legalább 3 egyéb sérülése van. A mentálisan sérült válaszadók jellemzően több más sérüléssel, vagy betegséggel is élnek, 4 olyan válaszadó van (0,7%), aki nem szenved valamilyen más betegség miatt, legtöbben (19%) 4 más sérüléssel él együtt. A mentális betegséggel együtt élők egészségi állapota mégis súlyosabb, ugyanis körükben 64%-nak legalább 5 más károsodása van. Leggyakrabban a mozgásszervi problémák merülnek fel (68%), tartós krónikus betegséggel és/vagy krónikus fájdalommal a válaszadók több mint fele kénytelen együtt élni. Több mint harmadukat érinti még valamilyen típusú nagy betegség jelenléte is, és 26%-uknál állapítottak meg valamilyen típusú értelmi sérülést, míg 21%-uknál feltűnő testi elváltozásokat. Ebben a tekintetben a dolgozó mentális betegnek diagnosztizáltak helyzete jobb. Ugyan nekik is vannak egyéb sérüléseik, (56%-uknak legalább négy másik sérülése van) de szignifikánsan kevesebb, mint nem dolgozó (52%-uknak legalább négy, maximum 12 egyéb más sérülése van) társaiknak.

Ebből következően tíz mentálisan vagy idegrendszeri sérüléssel élő emberből 9 gyógyszeres kezelés alatt áll, és ez a többi válaszadó esetében sem sokkal kedvezőbb (85%). A dolgozó és nem dolgozó csoportokat összehasonlítva érdekes különbségek figyelhetők meg. Míg az inaktív mentális vagy idegrendszeri sérüléssel élő emberek esetén több a gyógyszeres kezelés alatt álló válaszadók aránya, addig az aktívak esetében jóval gyakrabban jelennek meg a kiegészítő terápiák, úgy mint a fizioterápia, az alternatív terápiák, vagy a speciális élelmiszerek. Érdekes kérdés lehet, hogy mi állhat ennek hátterében: a kevésbé súlyos, gyógyszerkezést nem igénylő kórkép, vagy a nagyobb fokú nyitottság és

elérhetőség, esetleg a rendelkezésre álló több anyagi erőforrás. Utóbbi megvizsgálva kiderül, hogy a munkaviszonnyal rendelkező mentális sérültek átlagosan mintegy 852 forinttal többet költenek havonta a fenti kiadásokra; 11594 forintot (a nem dolgozók 10742 forintos átlagértékével szemben). Általában az egészségkárosodottak is 10175 forintot költenek terápiákra.

A terápiák igénybevételének helyszínét tekintve a háziorvosi illetve a szakrendelés a leginkább jellemző, itt fordul meg a válaszadók 75% illetve 73%-a, a mentális betegek 77% illetve 79%-a. A kórházakban mintegy 39%-nyi ember fordul meg, 7%-kal több, mint más egészségkárosodással élők esetében. Míg a magánrendelés aránya a mentális és a más betegséggel élők körében is elenyésző (6%). A munkaviszonnyal nem rendelkező mentális sérültek esetében valamivel magasabb a háziorvoshoz járók aránya, addig a dolgozók gyakrabban jelölték meg a kórházakat és szakrendeléseket. Mindezek után nem meglepő, ha saját általános egészségi állapotukat többségük rossznak ítéli meg. A nem mentális betegek szubjektív egészség-megítélése mindenképpen jobbnak mondható, mint a mentális betegeké. Ugyan 47%-uk rossznak tartja egészségét, ezzel szemben 36%-uk kielégítőnek.

**14. Táblázat Általános egészség észlelés**

<b>Milyen az Ön egészsége általában?</b>				
	<b>Db</b>	<b>%</b>	<b>Db</b>	<b>%</b>
<b>Nagyon rossz</b>	161	11,0	90	15,6
<b>Rossz</b>	696	47,4	302	52,4
<b>Kielégítő</b>	536	36,5	170	29,5
<b>Jó</b>	68	4,6	12	2,1
<b>Nagyon jó</b>	5	0,3		
<b>nem tudja</b>	2	0,1	1	0,2
<b>Összes érvényes válasz</b>	1468	99,9	575	99,8
<b>Hiányzik</b>	1	0,01	1	0,2
<b>Összesen</b>	1469	100,0	576	100,0

Az aktív mentális betegek fele kielégítőnek tartja egészségét, ezzel szemben az inaktívak fele rossznak, és közülük háromszor annyian érzik nagyon rossznak egészségüket, mint az aktívak között. (Ugyan csak az inaktívak között találunk olyanokat, akik jónak mondják egészségüket.) A korábbi adatokból lehet tudni, hogy a fiatalabbak dolgoznak, így az ő egészségük tényleg valamivel jobb,



azonban feltételezhető, hogy a „hasznosnak” számító munkavégzés, illetve az a tudat, hogy képesek dolgozni valóban növeli szubjektív egészség-megítélésüket. Azonban megállapítható, hogy a munkavégzés hozzájárul ahhoz, hogy javuljon az emberek jólléte (wellbeing), életminősége. Természetesen feltehető az ok-okozati kérdés, hogy azért tud dolgozni, mert jobban érzi magát, vagy azért érzi jól magát, mert dolgozik. Azonban az eddigiek alapján (halmozott sérültségek, folyamatos orvoshoz járás, terápiák) a dolgozók állapota csak hajszálnyival tűnik jobbnak, inkább az aktívabb, nyitottabb élettel együtt járó munkának tulajdonítanám a jobb egészség-megítélést.

A mentális sérülésben érintett emberek valamivel több mint egyharmada (38%), míg a többi ORSZI minősítéssel rendelkezők 37%-a tartja saját magát fogyatékosnak. A másik oldalról nézve, 59% illetve 60%-uk nem gondolja magáról azt, hogy fogyatékos lenne. Itt szokásosan a fogyatékos kifejezés értelmezése, és a hozzá kapcsolódó sztereotípiák is befolyásolhatták a válaszadást, mindazzal együtt, hogy természetesen nem kell magát fogyatékosnak tekintenie egy mentális vagy idegrendszeri, vagy bármilyen más sérüléssel élő embernek. A dolgozó mentális sérültek 25%-a, míg a nem dolgozók 40%-a tartja magát fogyatékosnak. Vagyis ez szintén azt támasztja alá, hogy a szubjektív mentális-egészségi állapot megítélése jobb a munkaviszonnyal rendelkezők esetében.

Mivel az adatfelvétel magánháztartásokban készült, ezért azok a fogyatékkal és pszichiátriai diagnózissal élők nem szerepelhettek benne, akik tartós bentlakásos intézményekben élnek (24882 fő), azonban tettek fel erre vonatkozóan is kérdéseket. A teljes mintában 97% (1985 fő, 19 fő nem válaszolt) nem élt bentlakásos intézményben, a mentális betegek közül 4 megkérdezett nem válaszolt erre a kérdésre, az érvényes választ adók 96%-a soha nem élt ilyen intézményben. Összesen 41 válaszadó töltött hosszabb-rövidebb időt hasonló helyen, ebből 16 mentális beteg – közülük egyetlen rendelkezik jelenleg munkaviszonnyal, ő egy évet töltött valamely bentlakásos intézményben. A leghosszabb, zárt intézetben eltöltött idő 20 év volt, 8-an 1 évet éltek ilyen intézményben. Ebben a tekintetben a munkaerőpiaci aktivitásban nem jelentkezik különbség. Az összes válaszadó közül 53 esetében (4%) merült fel a tartós intézményi elhelyezés kérdése az elmúlt 3 évben, és ebből 20-an mentális

betegek. Az igényt 41 esetben nem utasították el, ebből 11-en mentális betegek. Közülük senki nem dolgozik jelenleg.

A mentális károsodást szenvedettek túlnyomó többsége (90%-uk) cselekvőképes; csupán minden tizediküknek van szüksége gondnokra, 4%-uk teljes mértékben cselekvőképtelen. Ez az arány 6%-kal magasabb, mint a többi válaszadó (4,3%) között. Azonban a teljes mintában lévő 63 cselekvőképtelen közül 53 mentális beteg, tehát körükben jóval gyakoribb a cselekvőképesség jogi korlátozása, mint általában az egészségkárosodottak között. A munkaviszonnyal rendelkező mentális sérültek esetében magasabb a cselekvőképesek aránya; 96%-uknak nincs gondnoka.

### **V.2.2. Inaktivitás a megváltozott munkaképességűek körében**

A mentális vagy idegrendszeri problémával való szembesülés nem jelenti automatikusan a megváltozott munkaképességű státust, és az inaktivitást. Ebben az adatbázisban alapvetően azok szerepelnek, akiknek van ORSZ/OOSZI véleményük, mégis a kérdés időpontjában érvényes véleménnyel nem rendelkezett a válaszadók 9%-a, mert visszavonták azt, és 7%-uk egyáltalán nem volt rokkantnyugdíjas vagy járadékos. (Egyéb inaktív státusban természetesen voltak, munkanélküli segélyen, szülési/gyermekgondozási szabadságon, vagy járadékosként.) A „leszázalékolás” mértéke<sup>100</sup> nagyban meghatározza a munkavállalást (célszervezeti dotációs érdekek, maximálisan dolgozható óraszám) és az igényelhető segélyeket, támogatásokat is.

A mentális vagy idegrendszeri problémákkal élők 5%-ánál a munkaképesség csökkenésének/egészségkárosodásnak (legalább 40% illetve 32%-os) mértéke eléri azt a szintet, hogy segélyt/juttatást igényelhet, míg a többi egészségkárosodott 7%-a esik ebbe a kategóriába. (A mentális betegek közül 3%, míg a többiek esetében 5%-nak olyan kis mértékű az egészségkárosodása, hogy még segélyt sem igényelhet.) Hasonló azoknak az aránya (25% illetve 27%) akik enyhe fokú károsodással élnek (azaz 50%-ban csökkent a munkaképességük illetve egészségkárosodásuk). Ezek azok a leszázalékolási mértékek, melyek

<sup>100</sup> Mint a I. fejezetben írtam 2008-ban megváltozott az orvosszakértői bizottság eljárása a „kategorizációs” rendszer is. 2008 előtt a munkaképesség csökkenés, 2008 után az egészségkárosodás mértékét határozták meg. Ezek megfeleltethetők egymásnak, külön-külön nem tüntetem fel őket, csak az általam összevont kategóriákat. 49%,-66%-ig enyhe fokú; 50-79% között illetve 67%-nál III.csop. rokkant; 80%-68% között I/II csop. rokkant.

nehezítik a munkavállalást, ha bevallja a munkakereső, ugyanis ezekben az esetekben a dotáció igénylése nem éri meg, mert sok adminisztrációval jár, viszont teljes állásban nem foglalkoztatható, bérszámfejtése, adóbevallása bonyolultabb. Színén ugyanolyan arányban (51%) található II. csoportos rokkantként „leszázalékolva” (80%-os egészség illetve munkaképesség csökkenés), azonban a mentális betegek között 2%-kal több súlyos egészségkárosodottak aránya (14% illetve 12%).

A munkaerőpiacon aktív mentális betegek 41%-ánál, az inaktívak 28%-ánál enyhe vagy közepes mértékű egészségkárosodást állapítottak meg, míg a dotáció szempontjából fontos 67%-100% közötti munkaképesség csökkenést mindkét csoport 53%-ánál. Az aktívak között a teljes munkaképesség-csökkenés 4%, míg az inaktívak esetében 14% esetében jellemző. Lényeges kiemelni, hogy kizárólag a 2009 óta bevezetett új fogyatékosági eljárás keretében történt orvosszakértői felvételek állapítottak meg olyan alacsony egészségkárosodást, amellyel nem lehet segélyt igényelni, és a munkavégzés is kérdéses. Ilyen határozat kizárólag nem dolgozók esetében született.

Összességében tehát a mentális betegséggel illetve egyéb más sérüléssel élők munkaképesség csökkenésének megállapított mértéke annyiban különbözik, hogy a mentális sérüléssel élők között többen vannak, akinek 100%-os mértékű csökkenést állapítottak meg. Mindkét csoport felénél a dotáció és a járulékok igénylésénél kiemelten fontos legalább 67%-os munkaképesség-csökkenést állapítottak meg.

A mentális sérüléssel élő válaszadók 17%-ának (99 fő), az egyéb más sérültek 18%-ának van végleges orvosszakértői bizottsági határozata, azaz nem kell többé felülvizsgálatra mennie. A többi, a kérdés időpontjához viszonyított legutolsó ORSZI/OOSZI felülvizsgálaton megjelent mentális vagy idegrendszeri problémával „leszázalékolt” személy 33%-ának, míg a többi 39%-ának nem változott, 10% illetve 6% esetében javult, míg 40% és 36% esetében állapotromlást tapasztaltak. Többek között a képességcsökkenés/egészségromlás mértékéhez képest határozzák meg a nyugdíjak/járadékok mértékét is, ennek megfelelően a legutolsó felülvizsgálaton a kérdezett mentális betegek 61%-ának, a más egészségkárosodottak 59%-ának nem változott, mindkét csoportban 9%-nak növekedett és 6%-nak csökkent a juttatás/nyugdíj értéke. Viszont mindkét csoportban 2%-tól megvonták, és 2%-uk illetve 3%-uk eddig sem kapott juttatást.

A mintába bekerült mentális vagy idegrendszeri problémákkal élők 88%-a (504 fő), míg az egyéb egészségkárosodással élők 84%-a (1233 fő) inaktív státusban van. Tehát ebből szempontból nincs jelentős különbség a mentális és a más egyéb sérüléssel élők között, mindössze 13% illetve 16%uk dolgozik. Mindkét csoportra jellemző, hogy főként rokkantsági nyugdíjasok, vagy járadékosok, fő bevételi forrásként ezt jelölte meg 73% illetve 72%-uk, egyéb nyugdíjat a mentális sérültek 4%-a, az egyéb sérüléssel élők 5%-a kap. Egyéb más juttatást (anyasági, munkanélküliségi) a mentális sérüléssel élők 5%-a igényel, míg a másik csoport 4%-a.

45. Táblázat Meghatározó megélhetési forrás

Miből él Ön jelenleg?				
	Db		%	
	Mentális beteg		Nem mentális beteg	
<b>Dolgozik (alkalmi, rendszeres munka is)</b>	<b>72</b>	<b>12.5</b>	<b>235</b>	<b>16,0</b>
<b>Rokkantnyugdíjat, rokkantjáradékot kap</b>	421	73.1	1051	71,5
<b>Nyugdíjat (öregségi, özvegyi) kap</b>	24	4.2	79	5,4
<b>Egyéb segélyeket kap</b>	17	3.0	34	2,3
<b>Eltartja a házastársa, szülei stb.</b>	14	2.4	22	1,5
<b>Egyéb válasz</b>	12	2.1	13	0,9
<b>Munkanélküliséghez kapcsolódó ellátást kap (közmunka is)</b>	10	1.7	19	1,3
<b>Gyermekneveléshez kapcsolódó juttatást kap (pl. tgyás, gyed)</b>	1	0.2	6	0,4
<b>Alkalmi üzletekből, vagyonból, lakáskiadásból stb.</b>	1	0.2	1	0,1
<b>Összes érvényes válasz</b>	<b>572</b>	<b>99.3</b>	<b>1460</b>	<b>99,4</b>
<b>Hiányzik</b>	4	0.7	9	0,6
<b>Összesen</b>	<b>576</b>	<b>100.0</b>	<b>1469</b>	<b>100,0</b>

Az inaktivitásra vonatkozó hipotézis tehát megállja a helyét, ugyanis a rendszeres munkaviszonnyal nem rendelkezőkről (500 illetve 1225 fő) elmondható, hogy túlnyomó többségüknek (mindkét csoportban 82%-uknak) a kérdezést megelőző 12 hónapban sem volt munkaviszonyból származó jövedelme<sup>101</sup>. Közcélú munkát az elmúlt 12 hónapban összesen 30-an végeztek (ebből 18-an mentális sérültek),

<sup>101</sup> „A kiterjedt magyar ellátórendszer alacsony foglalkoztatással jár együtt Magyarországon a rendszerváltás óta az aktív korú (15–64 éves) népesség csaknem egyharmada valamilyen jóléti ellátásban részesül és az ellátottak nagy többsége nem dolgozik.” (Scharle 2012 p.135) Az egészségkárosodottak körében a minta szerint a juttatásban részesülők aránya 18%.

azaz az összes válaszadó elenyésző kisebbsége, csupán 3,3%-a. Átlagosan 5 hónapot töltöttek ebben a foglalkoztatási formában, tehát ez is csak egy átmeneti időszakot jelent a munkaerőpiacon.

A megkérdezéskor inaktív státusban élő mentális sérültek 83%-a (415 fő), míg a más egyéb sérüléssel élők 76%-a (929 fő) érzi úgy, hogy testi vagy pszichés problémája korlátozza a munkavállalásban és mindössze 17% (87 fő) illetve 24%-a (292 fő) érzi úgy, hogy ez nem akadály.

Ugyanakkor mindkét vizsgált csoportban jóval kevesebben, csak mintegy 31%-uk gondolja úgy, hogy más, jelenleg nem elérhető körülmények között, egyáltalán el tudja képzelni, hogy dolgozzon. A munkakeresést azonban szintén úgy érzik, hogy hátráltatja problémájuk, és ennek megfelelően a kérdés előtti elmúlt 2 évben a mentális sérültek 80% (400 fő), a más sérüléssel élők 84%-a (1029) nem is keresett munkát.

#### 5. Táblázat. Munkahelykeresését nehezítő tényezők

Mely tényezők nehezítik a munkakeresést?				
	Db	%	Db	%
Nincsenek munkalehetőségek a környéken	270	46,90	556	45,3
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő munkalehetőségeket	257	44,60	511	41,5
Iskolázottságát nem megfelelőnek érzi	124	21,50	209	17,0
Elveszítené a jövedelmét vagy egy részét	123	21,40	349	28,4
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	110	19,10	185	17,1
Családja, barátai nem támogatják	106	18,40	259	21,1
Elveszítené a támogatásait vagy egy részét	106	18,40	260	21,2
Munkatársai elszigetelésétől, elkülönítésétől tart	86	14,90	80	6,5
Diszkrimináció áldozata volt	41	7,10	61	5,0

A felmérés időpontjában a nem dolgozó mentális sérüléssel élők 15%-a (73 fő), az egyéb más sérüléssel élők 10%-a (135 fő) keres aktívan munkát, és 7% (50 fő) illetve 9%-uk (105 fő) regisztrált munkanélküli. Jellemzően (37% illetve 40%) a munkaügyi központon keresztül keres munkát, a mentális sérültek inkább hirdetésekre jelentkeznek (37%), míg az egyéb más sérüléssel élők inkább kapcsolathálójukon keresztül próbálnak állást találni (37%).

A munkakeresést nehezítő tényezők közül legtöbbször általános munkaerőpiaci nehézségeket említettek. Majdnem minden második válaszadó (47% illetve 45%)

az általános munkalehetőségek hiányát említette meg, majdnem ugyanennyien (44% illetve 42%) jelölték meg, hogy a szükségleteiknek megfelelő munkahelyet nem ismernek. A mentális sérültek 40%-a tart attól, hogy jelenlegi jövedelmeit, támogatásait részben vagy egészben elveszítené, ha munkába állna. Ebben a tekintetben jelentős eltérés van a vizsgált csoportok között, ugyanis a más sérüléssel élők körében ez az arány közel 50%-os, tehát ők jobban féltik biztos bevételi forrásuk elvesztését. A támogató társas közeg hiányát (családi, baráti) 18% illetve 21%-uk jelölte meg akadályként. Kisebb eltérés tapasztalható a két csoport képzettségi szintjének megítélésében is, a mentális sérültek 22%-a, míg a többiek 17%-a érzi alacsonynak végzettségi szintjét, ami megnehezíti a munkakeresést. Konkrét akadályként a közlekedési lehetőség hiánya is megjelent a válaszadók 21%-ának, illetve 17%-ának esetében.

Szintén jelentős eltérés van a két csoport között a munkahelyi társas kapcsolatoktól való félelem, és emiatt a munkavállalástól való félelem tekintetében. Munkatársai elkülönítésétől minden 7. mentális sérült tart, míg a más sérüléssel élők között csak minden 15. ember. A mentális betegek 7%-a, míg a más sérüléssel élők csak 5%-a számolt be korábban megtapasztalt diszkriminációról.

Feltehetően a külső indokok és a lehetőségek hiánya indokolja, hogy a mentális sérültek 4%-a (24 fő), az egyéb más sérüléssel élők 3%-a (46 fő) vett részt foglalkoztatási rehabilitáción a lekérdezés előtti 1 éven belül.

Hipotézisemet részben támasztják alá ezek a válaszok. A mentális vagy idegrendszeri sérüléssel és az egyéb más sérüléssel élők munkavállalásának legfőbb akadálya saját bevallásuk szerint a munkaerőpiac korlátozottsága okozza, míg csak másodikként említik a rokkantsági nyugdíj nyújtotta biztonságot. A két csoport között jelentős különbség, hogy a mentális sérültek körében jóval gyakrabban fordul elő a munkatársi kirekesztettségétől való félelem.

### **V.2.3. Foglalkoztatás jellemzői a mentális, idegrendszeri problémákkal és az egyéb más sérüléssel élők körében**

Az 576 válaszadóból a lekérdezés időpontjában csupán 72-en, mintegy 13% dolgozott akár csak alkalmi munkavállalóként is, és ebből 4-en nem rendszeresen.

A többi megváltozott munkaképességű esetében ez az arány valamivel magasabb 16%, azaz 235 fő. A következőkben ismertetett elemzések a felmérés időpontjában éppen dolgozó (akár alkalmi, akár rendszeres) egészségkárosodottakra vonatkozik.

A rendszeres munkavállaló mentális sérüléssel élők majdnem fele (47%, 32 fő), a többi egészségkárosodott fele (52%, 107 fő) betanított vagy segédmunkás, míg 21%-uk (14 fő) illetve 20%-uk (41 fő) szakmunkás vagy technikus, tehát mindkét csoport több, mint 2/3-ára jellemző, hogy főként alacsonyan kvalifikált munkát végeznek. A mentális sérüléssel élők között a harmadik leggyakoribb munkavégzés az egyéni vállalkozás (15% 10 fő), míg az egyéb egészségkárosodottak körében a szellemi, szolgáltató, kereskedő beosztás (9% 19 fő). Értelmiségi, szellemi, szolgáltató, vezető munkakörben dolgozók aránya igen alacsony, összesen 14% (11 fő), a többi egészségkárosodott esetében az értelmiségi, vezető beosztás szintén alacsony (9%, 20 fő).

**67. Táblázat. Munkahelyi beosztás, foglalkozás**

<b>Mi az Ön főfoglalkozása, beosztása munkahelyén?</b>				
	<b>Mentális sérüléssel élők</b>		<b>Más egyéb sérüléssel élők</b>	
	Db	%	Db	%
<b>Diplomás szabadfoglalkozású (pl. ügyvéd, fogorvos)</b>	0		1	0,5
<b>Egyéni vállalkozó, bt-jében, kkt-jában dolgozó, kisiparos</b>	10	15	18	7
<b>Középszintű vezető, Alsó vezető, csoportvezető, művezető, Beosztott értelmiségi</b>	5	7	20	10
<b>Egyéb szellemi, szolgáltató, kereskedő</b>	6	9	19	9
<b>Szakmunkás, technikus</b>	14	21	41	20
<b>Betanított- vagy segédmunkás</b>	32	47	107	52
<b>Mezőgazdasági fizikai dolgozó, idénymunkás</b>	1	1	1	0,5
<b>Összes érvényes válasz</b>	68	100	207	100
<b>Hiányzik, nem kérdeztük</b>	508		1262	

Összességében tehát elmondható, hogy a két csoport között különbséget lehet találni a szellemi beosztásban lévők aránya között, ugyanis az egyéb egészségkárosodottak között ennek 20% az aránya, míg a mentális sérülteknél

16%. Ennek egyik oka lehet a korábban ismertetett iskolai végzettségbeli eltérés az egyéb egészségkárosodottak javára.

A munkaerőpiacon való elhelyezkedés során a válaszadók többsége (61% mindkét csoportban) kapcsolathálóján keresztül igyekezett állást találni, és munkaügyi központon keresztül 13% illetve 12%. Nyilvános hirdetésen, illetve „egyéb módon”, az egészségkárosodottak 11-11%-a, míg a mentális sérültek 9-9% keresett állást. A civil/nonprofit szervezetek segítsége a mentális sérültek álláskeresésében tűnik aktívabbnak (7%), míg az egyéb sérültek körében csak 6%. Érdeemes visszautalni az inaktív álláskeresői stratégiájára, miszerint 60%-uk a munkaügyi központnál keres állást, mely ezek szerint korántsem biztos, hogy eredményes lehet.

#### V.2.3.1. Munkahely jellemzői

A felmérésben válaszoló mentális sérüléssel élő alkalmazó cégek között jelentős arányban kis- és középvállalatokat (32%, 22 fő) (10 főt vagy annál kevesebbet foglalkoztat), és középvállalatokat (39% 24 fő) (25-100 főt foglalkoztat) találhatunk. A más sérüléssel élő megváltozott munkaképességűek munkahelyét tekintve szintén ez a két cégméret dominál, azonban valamennyivel kisebb mértékben szerepelnek a kis és középvállalkozások (31% 61 fő) és a középvállalkozások is (33%, 60 fő). Jelentősebb különbséggel a 11-24 főt foglalkoztató cégek esetében találkozhatunk, ilyen helyen a mentális sérüléssel élők 7% (4 fő), míg az egyéb sérüléssel élők 17%-a (33 fő) dolgozik, illetve a 100 főnél többet foglalkoztató cégek esetében, ahol a mentális sérültek 18%-a (11 fő), míg az egyéb sérüléssel élők 21%-a (42 fő) dolgozik. Ugyan ezek az adatok nem utalnak a közvetlen munkatársakra, vagy munkahelyi légkörre, mégis elmondható, hogy talán a „betegség” természetéből kifolyólag a mentális sérüléssel élők inkább kisebb, családiasabb, közvetlenebb munkahelyeken dolgoznak.

A mentális vagy idegrendszeri sérüléssel élő munkavállalók 63%-a (43 fő) más sérüléssel élők 61%-a (126 fő) magáncégnél, 25% (17 fő) illetve 21%-a (43 fő) állami intézményben dolgozik. A civil/nonprofit szervezetek az egyéb egészségkárosodással élők foglalkoztatásának esetében viszont aktívabbnak



tűnnek, ilyen helyen dolgozik az egyéb sérüléssel élők 15%-a (30 fő), míg a mentális sérüléssel élők 7%-a (5 fő).

A mentális vagy idegrendszeri sérüléssel élők körében a munkavállalás nyitottságára utal, hogy 56%-uk (38 fő) nem bentlakásos intézmény keretein belül (1 fő), vagy foglalkozási rehabilitációhoz kapcsolódó akkreditált vállalatnál (28%, 19 fő) keres pénzt. (Erre a kérdésre elég magas, 15%-os volt a „nem tudom” válaszok aránya.) Az egyéb sérüléssel együtt élők között is alacsony (1,4% 3 fő) a bentlakásos intézményen belüli foglalkoztatás aránya, viszont a foglalkoztatási rehabilitációhoz köthető munkahelyen többen, 32%-uk dolgozik (66 fő). Tehát ebben a csoportban is elég magas 60%-os az egyéb, feltehetően nyitott munkahelyen történő foglalkoztatás. (Itt csak 7%-os volt a nem tudom válaszok aránya.)

Ezzel szemben a vállalatok közösségi, társas zártságára utal, hogy az aktív mentális vagy idegrendszeri sérültek és az egyéb sérültek is mindössze 43-41%-a dolgozik olyan helyen, ahol munkatársai között nincs más megváltozott munkaképességű, és harmaduk olyan munkahelyen, ahol kis-nagyobb részben megváltozott munkaképességűek dolgoznak (31% illetve 34%). A kizárólag zárt munkahelyek viszont a munkavállalók 21-22%-ánál jellemzőek.

**18. Táblázat. Munkahely jellemzői – munkatársak**

<b>Milyen mértékben megváltozott munkaképességűek az Ön munkatársai?</b>				
	db	%	Db	%
<b>Mind megváltozott munkaképességű emberek</b>	15	22%	44	21%
<b>Nagyobb részben megváltozott munkaképességű emberek</b>	4	6%	22	11%
<b>Kis részben megváltozott munkaképességű emberek</b>	17	25%	48	23%
<b>Senki sem megváltozott munkaképességű</b>	29	43%	86	41%
<b>Nem tudja</b>	3	4%	5	4%
<b>Összes érvényes válasz</b>	68	100%	208	100%

A munkavállalás térbeli nyitottságára utal, hogy a mentális sérüléssel élők 84%-a (56 fő), míg az egyéb sérültek 89%-a (182 fő), ahogy a nem megváltozott munkaképességűeknél is szokásos, a munkahelyén dolgozik, tehát eljár otthonról. Otthoni munkavégzésről a válaszadók 7% illetve 6%-uk számolt be. Tehát

megállapítható, hogy a mentális sérültek munkavégzése a közösségi szempontokat tekintve nem zártabb, elszigetelőbb, mint az egyéb sérüléssel élőké. Átlagosan egy héten a mentális sérültek 29, míg az egyéb sérüléssel élők 30 órát dolgoznak. (Általában a megváltozott munkaképességűek az ORSZI/OOSZI határozatuk szerint heti maximum 30 órát dolgozhatnak.) Ennek megfelelően a válaszadók 20%-a 30 órát dolgozik egy héten (13 illetve 38 fő), a 20 és a szokásos 40 órás munkahét gyakori, a mentális sérültek között 27% (17 fő) illetve 23% (15 fő), az egyéb sérültek között pedig 23% (46 fő) illetve 27% (55 fő) ezeknek a munkaóráknak az aránya. (Így lehet az átlagos munkaórák között 1 órás eltérés.) Összességében tehát a mentális sérültek körében inkább jellemző a csökkentett munkaórás foglalkoztatás, ami a beosztással is összefügghet. Az egyéb sérültek között többen voltak, akik valamilyen beosztottként dolgoztak, tehát feltehetően az ő munkaidejük határozott és kötött, míg a mentális sérültek között inkább az egyéni vállalkozás volt gyakoribb, ami viszont rugalmasabb munkaidőt tesz lehetővé.

A munkaviszony biztonságát, és tartósságát igazolja, hogy mindkét csoportban a legtöbben (78%) a lekérdezés előtti 12 hónapban is kaptak jövedelmet az adott munkahelytől. A munkaszerződésekben azonban jelentős különbség mutatkozik, míg a mentális sérültek között 21%-nak (14 fő), addig az egyéb sérüléssel élők 27%-ának (55 fő) van határozott idejű munkaszerződése. Továbbá nincs munkaszerződése minden 5. mentális sérüléssel élő válaszadónak (15 fő), és határozatlan idejű szerződése van 57%-uknak (38 fő). Ezzel szemben az egyéb sérüléssel élők között csak minden 10.-nek nincs munkaszerződése (23 fő) és határozatlan idejű 63%-uknak (125 fő). A munkahely bizonyosságát tekintve is tehát valamivel kedvezőbb helyzetben vannak a nem mentális sérüléssel élő munkavállalók, hiszen 89%-uknak van munkaszerződése, míg a mentális sérültek 78%-ának van csak.

Ebből következik, hogy a lekérdezést követő 6 hónapban munkahelyének elvesztését szinte kizártnak tartja a válaszadók közel fele (a mentális sérültek 46%-a az egyéb sérültek 49%-a), kisebb mértékben 35-37%-a számol ezzel, míg reális veszélynek tartja ezt 9-7%.

A munkabérre vonatkozóan a dolgozó mentális sérültek 30%-a (21 fő), az egyéb sérüléssel élők 33%-a (68 fő) nem válaszolt. A két csoport válaszadójának átlagkeresete jelentősen eltér. Míg a mentális vagy idegrendszeri sérülés miatt

megváltozott munkaképességűek átlagosan 53712 Ft-ot keresnek, addig az egyéb sérüléssel „leszázálékoltak több, mint 10.000-el többet, 69071 Ft-ot keresnek. (A KSH adatai szerint 102.000 Ft a havi bruttó átlagkereset [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qli022.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli022.html)). A mentális sérültek esetében a válaszadók bére az átlagfizetések alatt található, valamivel több, mint az átlagos rokkantsági járadék összege; 36%-uk (17 fő) 40 ezer forintnál kevesebbet, 44%-uk 41-70 ezer forint között, és mindössze 6%-uk fizetése van 100 ezer forint felett. Ezzel szemben a más sérülések miatt egészségkárosodott munkavállalóknak csak 23%-a (31 fő) keres 40 ezer forintnál kevesebbet, 53%-a (74 fő) keres 41-70 ezer forint között, és kétszer annyian, 12%-uk keres, 100 ezer forint felett.

Összességében megállapítható, hogy az egészségkárosodottak körében jóval magasabb az inaktívak és jóval alacsonyabb a foglalkoztatottak aránya, mint a teljes népességen belül. A mintába került mentális betegek 13%-a, illetve az egyéb sérüléssel élők 16%-a dolgozik összesen, munkahelyük jellemzői vegyesek. Területileg és szektoriálisan inkább nyitottnak, félig-nyitottnak mondhatóak, míg közösségi társas szempontból inkább zártak. A két csoport foglalkoztatásának tekintetében kisebb eltérések tapasztalhatóak (heti munkaórák száma, beosztás), azonban ez a jövedelemkülönbségekben kumulálódik. A mentális sérüléssel élők jóval alulfizetettebbek, mint más sérüléssel élő megváltozott munkaképességűek, körükben nincs kifejezetten „jól kereső”, viszont harmaduk alulfizetett.

### ***V.3. Munkaerőpiaci életutak a megváltozott munkaképességű személyek körében***

A pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci státusa korántsem lineáris, az aktív-inaktív státusok váltogatják egymást, ami nem feltétlenül a mentális sérüléssel élők specifikuma. Azonban a gyakori inaktivitást többnyire a nyugdíjkorhatárt megelőzően bekövetkező nyugdíjazás váltja fel. Az egyéb más sérülés miatt megváltozott munkaképességűek esetében ilyesfajta életutak felvázolására nem vállalkozhatok, azonban esetükben is igaz, hogy jóval a nyugdíjkorhatár betöltése előtt tartós inaktív státusba kerülnek.

A felvétel során egy kérdésblokk vonatkozott a 15 éves kor utáni aktivitásra<sup>102</sup>. A vizsgált kérdéseknek - munkában, inaktívként eltöltött idő - akkor van értelmük, ha figyelembe vesszük, hogy a válaszadó hány éves most, azaz hogyan alakult a karrierje. A következő táblázatban az egyes státusokban eltelt átlagos évet, és a jelenhez viszonyítva az adott státusban töltött idő arányát tüntetem fel. Tehát a mentális sérültek közül 64% (366 fő) tanult 15 éves kora után, átlagosan 3,4 évet, ami az azóta eltelt idő 10,5%-át jelenti. Az egyéb sérüléssel élők 66%-a (975 fő) tanult 15 éves kora után, átlagosan 3,4 évet, ami az azóta eltelt idő 10%-át teszi ki.

**79. Táblázat. 15 éves kora óta eltöltött idő egyes munkaerőpiaci státusokban (mentális és egyéb sérültek)**

15 éves kor óta adott státusban eltöltött idő aránya								
	válaszolók, db		válaszolók, %		átlagos idő, év		átlagos idő, %	
	mentális sérültek	egyéb sérültek	mentális sérültek	egyéb sérültek	mentális sérültek	egyéb sérültek	mentális sérültek	egyéb sérültek
<b>Tanulás</b>	366	975	63,5	66,4	3,4	3,3	10,5	10,0
<b>Fizetett munka</b>	534	1379	92,7	93,9	21,2	23,1	55,6	59,3
<b>Munkanélküli</b>	236	505	41,0	34,4	3,2	3,2	9,0	9,3
<b>Rokkantnyugdíjas, rokkantjáradékos</b>	520	1309	90,3	89,1	10,1	10,2	29,0	27,7
<b>Szülési/gyerekgondozási szabadság, GYES</b>	257	548	44,6	37,3	5,0	5,1	13,7	13,8
<b>Egyéb inaktív</b>	106	260	18,4	17,7	5,8	5,1	18,6	14,4

A mentális vagy idegrendszeri sérülésekkel élők 93% -ának volt, vagy a kérdés időpontjában éppen van fizetett munkája, tehát csak 7%-uk nem dolgozott sosem. Átlagosan 21 évet dolgoztak, ami azt jelenti, hogy „felnőtt” életük felét munkával töltötték. (Az átlagos 51 éves válaszadó tehát 18 éves koráig tanult, majd 38 éves koráig dolgozott.) Gyermekük gondozása miatt átlagosan 5 évig volt otthon a mentális sérültek 45%-a. Azok akik rokkantnyugdíjasok, azaz a válaszadók 90%-a, átlagosan 10 éve vannak ebben a munkaerőpiaci státusban. (Így az átlagos válaszadó 48 évesen megy nyugdíjba, ha hozzávesszük a gyes-t és egyéb inaktív státusokat hozzávetőlegesen megkapjuk az átlagéletkort, azaz az 51 évet.)

Az életutat úgy érdemes vizsgálni, hogy figyelembe vesszük, hogy a mentális sérültek 28%-ának 31-40 éves kora közötti időszakról, átlagosan 35 éves koruktól datálható a „probléma” kezdete. Ami azt jelenti, hogy egy teljesen lineáris karrier esetében a „betegség” kezdetéhez képest az átlagos válaszadó hamar, mintegy 5

<sup>102</sup> 15 éves kora után mennyi időt töltött tanulással/fizetett munkával/munkanélküli segélyen stb

éven belül elveszíti állását. Ily módon megállja a helyét az a hipotézis is, miszerint a mentális betegséggel élők kiszorulnak a munkaerőpiacról. (A lifelong-learning tendencia miatt megvizsgáltam, hogy az életszakasz mely részében fejezték be a válaszadók a képzésüket. A képzések jelentős részét az életszakasz elején befejezik, ennek hossza nyilván az iskolai végzettségtől függ. A szakmunkásképző bizonyítványt átlagosan 19 éves korukban, míg a felsőfokú képesítést 25 éves korukban szerzik meg. A OKJ-s képzésben viszont szinte minden életszakaszban vettek részt 18-50 éves kor között. Az életút képzésre vonatkozó része, tehát szokásosan alakul, az életszakasz első felére tehető.)

A mentális sérülés miatt egészségkárosodottak életpályáját összehasonlítottam az egyéb sérülések miatt egészségkárosodott emberekével, és az eddigiekhez hasonlóan jelentős eltérés nem tapasztalható. Az életút során szinte mindenki dolgozott, az összes válaszadó mindössze 4%-a (80 fő) nem végzett kereső tevékenységet 15 éves kora óta (2,5% nem válaszolt). A mentális sérültek átlagosan 21, míg más sérültek 23 évet dolgoztak, azaz eddigi életüknek 56, illetve 59%-át töltötték munkával. Ennek megfelelően a rokkantsági nyugdíjban töltött évek száma 2-vel alacsonyabb az egyéb sérültek esetében, mint a mentális sérülteknél. Az anyasági ellátáshoz kapcsolódó támogatások aránya magasabb a mentális sérülésekkel élők körében, azonban ez azzal magyarázható, hogy körükben magasabb a nők aránya. Az egyéb sérülésekkel élőkkel kapcsolatban messzemenő következtetéseket csak óvatosan lehet tenni, hiszen a rokkantosság okai igen eltérőek. Mindenesetre velük és a mentális sérültekkel kapcsolatban is megállapítható, hogy aktív életpályájuk több, mint negyedét rokkantsági ellátásban töltik.

### **V.3.1 Karrierutak a mentális betegséggel élők körében**

Az előző alfejezetben egy igen általános képet vázoltam fel arról, hogy hogyan alakul egy átlagos megváltozott munkaképességű személy munkaerőpiaci státusa az élete során. Nyilvánvalóan az egyes emberek életében az életutak eltérően alakulnak, a munkaerőpiacra fókuszálva, különösen kihat karrierjükre „betegségük” kezdete, kezelése. Céлом nem csak az általános foglalkoztatás bemutatása, hanem több, tipikusnak mondható munkaerőpiaci életút felvázolása

is. Az adatok értelmezéséhez szükségesek voltak számomra az életútinterjúkból származó információk. Az egyéb más sérülések miatt megváltozott munkaképességűek munkaerőpiaci karrierútjukra vonatkozóan mivel nincsenek alaposabb ismereteim, pusztán a kérdőíves felvétel adataira támaszkodhatok, ezért esetükben nem fogalmazok meg határozott állításokat, nem állítok fel több tipikus karrierutat.

Klaszteranalízis segítségével (K-means Cluster eljárás) csoportosítást végzek a mentális vagy idegrendszeri sérülés miatt megváltozott munkaképességűek egyes életszakaszainak átlagos időtartamának mintázatai alapján.

**20. Táblázat A klaszterközéppontok alapján interpretálható karrierutak a következőképpen alakultak:**

	Interpretálható klaszterek			
	1	2	3	4
<b>Fizetett munkával 15 éves kora óta mennyi időt töltött?</b>	7	23	16	30
<b>Rokkantnyugdíjasként, rokkantjáradékosként 15 éves kora óta mennyi időt töltött?</b>	10	9	13	6
<b>Egyéb inaktívként 15 éves kora óta mennyi időt töltött?</b>	2	0	2	1
<b>Szülési/gyermekgondozási szabadságon, gyesen 15 éves kora óta mennyi időt töltött?</b>	2	2	3	2
<b>Munkanélküliként 15 éves kora óta mennyi időt töltött?</b>	1	1	2	1
<b>Jelenlegi életkor</b>	37,85	53,37	53,11	56,50
<b>Hány évesen szembesült problémájával?</b>	24,58	23,12	38,94	47,73
<b>Esetszám</b>	116 fő	202 fő	86 fő	176 fő

(A klaszterközéppontok ebben az esetben „átlagos éveket” jelentettek, ennek segítségével lehetett a klasztereket értelmezni, és az életutakat felállítani.) Ennek során optimális – összességében nagy magyarázó erővel bíró, ám még markánsan interpretálható számú – tipikus karrierutakat kerestem a klaszterstruktúrák által. Klaszterképző változónak a karrierút egyes állomásait képző hat változón kívül a jelenlegi, és a problémával való szembesüléskori életkort emeltem be<sup>103</sup>. A hat karrierváltozó közül végül öt került be a modellbe, mert a tanulással eltöltött idő nem szignifikáns, ugyanis minden csoportban 2 év volt. (Az anyasági támogatás szignifikanciája sem 0, hanem 0,12.)

<sup>103</sup> Mivel azonos skálán voltak mérve a változók, standardizálatlan alakban bevonhattam input változóként.

Az így kapott karriertípusokat tömörítő klasztereket tartalmazó változót keresztábrás elemzéssel szocio-demográfiai jellemzőiket is bemutatom.

1. *Fiatalkorban kezdődő problémák, gyors kirekesztődés* (116 fő): ebbe a csoportban főként a középkor legelején járók tartoznak, akik átlagosan 13 éve (24-25 évesen) szembesültek problémáikkal. Lineáris életutat feltételezve 15 éves koruk után 17 éves korukig tanultak, majd dolgoztak, vagy munkanélküliek esetleg gyes-en voltak 12 évet, azaz 29 éves korukig, majd rokkantsági nyugdíjasok lettek. Mindez leegyszerűsítve azt jelenti, hogy a probléma kezdete után 5 évvel megszűnt aktív munkaerőpiaci státusuk, és átlagosan 37-38 éves koruk ellenére 10 éve nyugdíjasok.

Inkább városi férfiak tartoznak ebbe a csoportba, akiknek jellemzően igen alacsony az iskolai végzettségük, 50%-uk maximum a 8 általános iskolai osztályt járta ki. A négy csoport közül ebben a csoportban a legmagasabb a gondnokoltak aránya, 15%. Feltehetően köztük sokan sérüléssel születtek, ennek megfelelően munkaképesség-csökkenés mértéke szintén ebben a csoportban a legmagasabb, ennek ellenére 13%-uk (15 fő) dolgozik.

2. *Fiatalkorban kezdődő problémák, lassabb kirekesztődés* (202 fő): A legnépesebb csoportot jellemzően középkorúak alkotják, akik fiatal felnőttkorukban (23 éves koruk körül) szembesültek problémáikkal. Lineáris életút szerint 17 éves korukig tanultak majd főképp dolgoztak (átlagosan 23 évet), illetve átlagosan 3 évet egyéb aktív munkaerőpiaci státusban töltöttek. Mindez azt jelenti, hogy karrierjük nem, vagy legalábbis nem véglegesen tört meg, akkor mikor szembesültek problémáikkal.

Jelenleg 9 éve nyugdíjasok, tehát 43 éves korukig dolgoztak, vagy aktívak voltak. Ez jóval alacsonyabb nyugdíjazási életkor, mint az „egészségesek” körében jellemző, azonban a többi mentális sérült csoporthoz képest igen késői nyugdíjazást jelent. Jellemzően budapestiek, köztük találni a legtöbb diplomást (a diplomások fele ebbe a klaszterbe tartozik), de a legtöbb szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezőt is. Közülük is 10% gondnokolt, és 13%-uk dolgozik.

3. *Középkorban kezdődő problémák, gyors kirekesztődés* (86 fő): Ebben a csoportba jellemzően olyan nők tartoznak, akik 38-40 évesen szembesültek

problémáikkal, és a szokásos lineáris életutat követve, szinte azonnal inaktívvá váltak. 15 éves koruk után átlagosan 2 év tanulás következett, majd munka és gyereknevelés.

Körükben legmagasabb a segélyen töltött évek száma (4 év), feltehetően „belefáradtak” a státusváltakozásokba, nem tudtak visszailleszkedni, vagy eleve beilleszkedni a munkaerőpiacra. Jellemzően megyeszékhelyen élnek, felülreprezentáltak körükben a nők, akik közül 1 szorul gondnokságra. Főképp középfokú végzettségük van, valamilyen szakképesítéssel. Ebben a csoportban dolgoznak jelenleg a legkisebb arányban (10%), középsúlyos (70%-os munkaképesség-csökkenés illetve 60%-os egészségkárosodás) mértékű „leszázalékolásuk”, ami azt jelenti, hogy a ledolgozott évek után közepesen magas rokkantsági nyugdíjat kaphatnak.

4. *Középkorban kezdődő problémák, lassú kirekesztődés* (176 fő): A második legnépesebb csoportba azok tartoznak, akik átlagosan 47-48 éves korukban, a középkoruk csúcsán szembesültek problémáikkal. Ekkor már 30 évet dolgoztak, munkaerőpiaci karrierjük szokásosnak mondható egészen a „betegség” kezdetéig. A munkahelyen töltött éveket megtörte az anyaság, esetleg 1-2 inaktív év. Azonban sokkal elképzelhetőbb, hogy a munkanélküliséggel kezdődött inaktív évek fordultak rokkantlétbe, vagy éppenséggel a betegség kezdete után átmenetileg valamilyen segélyen éltek a rokkantosításig. Mindenesre az a legidősebb csoport, akik a legkevesebb időt töltötték rokkantként.

Körükben a legmagasabb a nők (72%) és a jelenleg dolgozók aránya (14%), „leszázalékolásuk” mértéke hasonló az előző csoportéhoz. Jellemzően budapestiek, már 10%-uk gondnokság alatt áll. Iskolai végzettségük erősen szóródik, itt a második legmagasabb a maximum 8 osztályt végzettek aránya, de majdnem 5% a diplomások aránya is.

Összességében tehát elmondható, hogy Magyarországon a megváltozott munkaképességűekről, és a fogyatékkal élőkről készült felmérések hiányosak. A meglévő felmérések alapján a foglalkoztatási rátájuk európai összehasonlításban igen alacsony.

Az országosan reprezentatív TÁMOP adatbázis szerint szintén alacsony a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatási rátája, és annál magasabb az



inaktív státusban élők, különösen a rokkantsági nyugdíjasok aránya. Átlagosan 50 éves koruk körül inaktív státusba kerülnek, tehát az aktívan töltött évek száma alacsonyabb. A válaszadók 13%-a dolgozik, majdnem felük speciális körülmények között, félig-védett környezetben, szintén sérült emberek között, az átlagnál alacsonyabb bérért. A mentális vagy idegrendszeri sérülés a harmadik leggyakoribb indok a megváltozott munkaképességű státus megállapításakor. Az ezzel a problémával élők munkaerőpiaci helyzete valamivel rosszabbnak mondható, mint a többi sérült helyzete, köztük valamivel kevesebben dolgoznak, és még inkább zártabb körülmények között, még alacsonyabb bérért. Életútjukat megvizsgálva, a „betegség” kezdete (65%-uk esetében) után viszonylag hamar (négy beazonosítható klasztercsoport közül ez három esetében jellemző) 0-5 éven belül rokkantsági nyugdíjasokká válnak, és mindössze 35%-uk karrierjét nem töri meg a „betegség”.

A magyar munkaerőpiacról tehát jóval hamarabb kiesnek, kirekesztődnek azok az emberek, akiknek valamilyen egészségkárosodásuk van, ha pedig sikerül aktívnak maradniuk leértékelődnek.

A munkaerőpiaci integráció bemutatása akkor lenne teljes, ha olyan pszichiátriai betegek diagnosztizáltak foglalkoztatását is bemutattam volna, akik nincsenek „leszállékolva”, és munkáltatójuk előtt ismeretlen a diagnózis. Feltehetően ők azok, akik olyan munkakörben dolgoznak, hogy az állapotromlás nincs közvetlen hatással munkavégzésükre, vagy minden fennakadás nélkül otthon maradhatnak, ahol támogató közeg veszi őket körül, vagy kórházba vonulhatnak. Azonban kutatásom során csak néhány ilyen személlyel találkoztam, így messzemenő következtetéseket nem vonhatok le. Az NCSSZI/TÁRKI kutatás másik adatfelvétele azonban az akadályozottsággal élők körében készült, tehát olyan személyek körében, akik saját bevallásuk szerint van valamilyen olyan testi vagy pszichés problémája, amely akadályozza mindennapi tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja megnehezíti hétköznapijait ez az állapot. Körükben mindössze 41% (1102 fő) azok aránya, akik nem soha nem volt ORSZI/OOSZI végzése arról, hogy fogyatékkal élő, azonban mégis 10 személynek van gondnoka, és 6,8% tartja magát fogyatékosnak. Ez a csoport is élete derekán szembesült problémájával, átlagosan 35 évesen. Leggyakoribb betegségcsoportok, melyek akadályozzák életüket a nagybetegségek, valamilyen

rendszeresen visszatérő fájdalom, tanulási nehézségek, mozgáskorlátozottság és ezek után negyedikként következik a sajátos érzelmi, pszichés, ideges állapot (18%-uk esetében). Tehát eben a csoportban kevesebben élnek mentális betegségekkel, mint a hivatalosan is fogyatékkal élők körében (28%). Kiugróan magas a nem „leszázálekolt”, azonban magát akadályozottnak sorolók körében a nők aránya (65%). Iskolai végzettségüket tekintve 1-2% eltéréssel megfelel a TÁRKI 2010/11-es Omnibusz kutatása szerint a 18-62 éves népességben mért iskolai végzettséggel, tehát képzetebbek, mint azok, akik rendelkeznek ORSZI/OOSZI végzéssel. A munka világában is jobb pozícióban vannak, mint a megváltozott munkaképességűek, ugyanis 57,8%-uk dolgozik. (30%-uk szakmunkás, 20% betanított vagy segédmunkás, 19%-uk beosztott értelmiségi, 13%-uk egyéb szellemi, szolgáltató, kereskedő) Átlagos keresetük egy átlagos hónapban 110548 forint (nettó), azonban körükben is jellemzően sokan alacsony bérrel rendelkeznek: 70 ezer forintnál kevesebbet 15 %-uk keres, míg 150 ezer forint felett csak 14%-uk visz haza. Azonban akadályozottságuk és alacsony keresetük ellenére 68%-uk semmilyen nyugdíjban, járadékban, segélyben nem részesül.

## VI. PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK A MUNKAERŐPIACON - HÁROM ESETTANULMÁNY

Az előzőekben bemutatam, hogy a strukturális tényezők, az egészségügyi, nyugdíjrendszer és a foglalkoztatáspolitikai intézmények a megváltozott munkaképességűeket inkább az inaktivitás felé terelik, és ezzel munkaerőpiaci kirekesztődését erősíti. Az elmúlt években elkezdődött változások egyszerre őrzik meg a korábbi kirekesztő intézmények status quo-ját, és támogatják az integrációt előmozdító kezdeményezéseket is.

Ezeket a foglalkoztatási formákat el lehet helyezni egy skálán, melynek egyik végpontja a kirekesztődés, és a másik integráció; azaz a munkaerőpiac színteréhez társas, fizikai, környezeti adottságok, sajátosságok is kapcsolódnak, és ezáltal ezek is elhelyezhetőek ezen a skálán. Ebben a fejezetben a munkaerőpiaci integráció három esetét mutatom be, a skála egy-egy végpontját, és egy harmadikat, mely egy köztes állapotot képvisel. Ezeket az intézményi megközelítés allegóriáját felhasználva a következőképpen neveztem el:

- kitaposott út (kirekesztő - védett foglalkoztatás),
- kerülő út (részben integráló – szociális foglalkoztató)
- egerút (integráló – nyílt munkaerőpiac)
- elágazó utak (zsákutca - védett otthon, szerviz út - kerületi nappali klub és civil/nonprofit szervezet)

Az esettanulmányok által bemutatam, hogy milyen lehetőségei, perspektívái vannak, illetve lehetnek, a pszichiátriai betegeknek diagnosztizáltaknak a munkaerőpiacon. Hogyan jelenik meg ez a fajta „fogyatékoság” hátránként a munkaerőpiacon, mi az, ami miatt kirekesztődnek onnan, *és milyen formában tudnak mégis munkát biztosítani?* Az elemzés három szinten történik: foglalkoztatás; közösség, egyén.

Magát a problémát tekintve pedig azt vizsgálom, mit jelent (a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára) a *rehabilitáció*, hogyan valósul ez meg, történik-e tényleges rehabilitáció, milyen maga a foglalkoztatás.

Közösségi rehabilitáció szintjén azt vizsgálom meg, melyek azok a szervezetek, körülmények, melyek elősegítik a társadalomba való be-, illetve *visszailleszkedésüket*, azaz melyek tűnnek sikeresnek ebből a szempontból? Milyen humán és tárgyi erőforrásokra van szükség a „sikerhez”, és hogyan támogatja, finanszírozza ezt az állam?

A betegnek diagnosztizált oldaláról, azaz egyéni szinten megvizsgálva azokra a kérdésekre keresem a választ, hogy mennyire tudnak a képességeiknek, képzettségüknek megfelelő munkát találni, és egyáltalán hogyan hat mindennapjaikra és a „betegségükre” a munkavégzés? Megváltoztatja-e életüket és munkaerőpiaci státusukat?

A három esettanulmányon keresztül mutatom be, milyen variációi, útjai vannak az integrációnak, mely munkahelyi és közösségi integráció is egyben, és milyen munkakultúrák kapcsolódhatnak ezekhez. Milyen mértékben jelenik meg a munkahelyen a stigmatizáció, illetve a munkavállalás mennyiben változtatja meg a megváltozott munkaképességű stigmatizációját, azaz létezik-e kölcsönös tanulás a munkavállaláson keresztül?

A fejezet tagolása az elemzési szintek szerint történik (foglalkozás-közösség-egyén) és ezen belül a három esetet, a három utat mutatom egyenként be (kitaposott, kerülő, egerút). Továbbá külön bemutatok két félutas megoldást, melynek létrejötte főként a szervezeteket működtetők egyéni szervezőképességnek, leleményességének és a finanszírozás, törvényi szabályozás útvesztőinek ismeretén alapul.

### ***VI.1. A munkaerőpiaci rehabilitáció útjai***

A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci pozícióját több tényező sem támogatja. A korábban bemutatott alacsony iskolai végzettség, a halmozott sérülések mellett a gyógyszeres terápia mellékhatásai, és váltakozó állapotuk (általában jobb-rosszabb szakaszok váltják egymást, melyek hossza időben is eltérő lehet) mind-mind negatív hatással vannak elhelyezkedési, továbbfoglalkoztatási esélyeikre. Általában a diagnózis felállítása után sok esetben szükséges a munkaerőpiaci rehabilitáció, reintegráció. A megváltozott

munkaképességűek munkába-állítási programjának, a munkaerőpiaci rehabilitációjának sajátos jellemzője, hogy ezt a feladatot elviekben az államilag szervezett, országos lefedettségű Nemzeti (a tanulmányok készítésekor még Állami) Foglalkoztatási Szolgálat volt hivatott ellátni. A Szolgálat irodáinak teljesítménye nagyon eltérő, vannak eredményesebben és kevésbé eredményesen működő irodák. Amennyiben az ott dolgozók tájékozottak, jó kapcsolatot tartanak fenn az önkormányzatokkal, civilekkel és egyéb gazdasági szervezetekkel, tényleges segítséget tudnak nyújtani a megváltozott munkaképességűeknek. Akár az NFSZ-en keresztül, akár más forrásból a megváltozott munkaképességűek, és ezen belül a pszichiátriai diagnózissal élők többféle foglalkoztatási lehetőség közül választhatnak, melyek közül hármat mutatok be.

#### **VI 1.1. Kitaposott út (kirekesztő foglalkoztatási forma) - Munkalehetőségek egy bentlakásos intézetben**

Vizsgálatomban olyan célszervezeti és a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatást választottam, mely a pszichiátriai betegek számára elérhető munkalehetőségek közül a legjellemzőbb és a leggyakoribb. (A fogyatékkal élők számára is igen gyakori foglalkoztatási forma (lásd Verdes – Scharle - Váradi 2012). Scharle 2012-es tanulmánya szerint a célszervezeti foglalkoztatás nem minősíthető rehabilitációs tevékenységnek.) A következőkben ezt igazolom megszólaltatott szereplők (ügyvezető igazgató, munkavállalók, munkafelügyelők) segítségével, és rámutatok azokra a mechanizmusokra, melyek megakadályozzák ennek megváltozását, azaz a kitaposott út fennmaradását szolgálják.

Az általam választott K. vállalat 1953-ban jött létre, kifejezetten könnyűipari feladatokat látott el (ruhakonfekció, bőrdíszmű, vegyesipari termékek elsősorban sportszerek). A vállalat folyamatosan bővült, egyre többféle könnyűipari tevékenységet végzett, egyre több megváltozott munkaképességű személyt foglalkoztatott, egyre több telephelye létesült, nem csak a Budapesten, hanem vidéken is. A vállalat fejlődésének kulcsmozzanata 1980-ban következett be, amikor megkapta a megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztató célszervezeti kijelölést – később a kiemelt célszervezeti kijelölés –, mely újabb lendületet adott a vállalat fejlődéséhez. A célszervezet pontos meghatározása

kisebb-nagyobb mértékben változott, azonban a lényeg az, „versenyfeltételek között működő szervezet, amely állami támogatás fejében nagyrészt megváltozott munkaképességű dolgozókat foglalkoztat (Gere 2009 p. 47)”. Konkrétabban, olyan munkahely lehet célszervezet, ahol legalább tízen dolgoznak (2012-ben már 30-an), a foglalkoztatottak 2/3-a megváltozott munkaképességű, akiknek minimum 50%-os (2012-ben már 60%-os) a munkaképesség-csökkenése. Ez a vállalat 1986-tól foglalkoztat kizárólag megváltozott munkaképességűeket, 2007-ben 19 foglalkoztatót működtetett az ország területén, amiből három működik intézeti keretek között.

A *kitaposott út* azt jelenti, hogy a pszichiátriai diagnózissal élők számára tipikusnak mondható munkaerőpiaci karriert jelent, minden előnyével és hátrányával együtt az 1960-as évek vége óta. Gazdasági értelemben is jellemezhető a kitaposott úttal, amennyiben a IV.3. fejezetben ismertetett célszervezetekre jellemző korábban megkötött pénzügyi alkukat a mai napig sikerül fenntartani, és ezzel biztosítani a vállalat továbbélését, és működését.

K. vállalat társasági formájának is változnia kellett a vállalat fennmaradásához, ahogy a többi célszervezetnek. Előbb közhasznú társasággá, majd nonprofit kft-vé alakult. A vállalat honlapjáról kiderül, hogy „Jelenleg 96 telephelyen közel 4500 főt foglalkoztatunk, munkatársaink mintegy 3/4-e megváltozott munkaképességű dolgozó. Itt jegyeznénk meg, hogy a K. Nonprofit Kft számára évek óta fontos feladat az intézetek részére hasznos, kereskedelmi árbevételt hozó tevékenység felkutatása.” Ez az egyik legjelentősebb célszervezet hazánkban, amennyiben 2010-ben 6,020 Mrd Ft-os nettó árbevétellel rendelkezett.

Az igazgatóval készült interjúban alapvetően a karitatív szellem volt meghatározó. Az igazgató élharcosa a fogyatékosok sportjának, olimpiai szervezésének és hazai résztvevők felkészítésének. Ő maga is rendszeresen részt vesz a cégben dolgozók számára szervezett kirándulásokon, akár több napos sporteseményen is. A karitativitás mellett minden bizonnyal a jövedelmezőség is meghatározza az igazgató működését. Az interjú az igazgatói irodában készült, egy budapesti villaház legfelső emeletén elhelyezkedő átriumos, igen nagy helyiségben, ami a vállalat profitabilitására is utal. Az igazgatói széket régóta

betöltő személy nehezen beszélt a dotáció szerepéről, az állami támogatások jelentős arányban történő elhappolásáról, inkább az emberi segítséget hangsúlyozta, pedig az interjú készítésekor már 17 éve jelentős dotációban részesültek.

K. vállalat egyik telephelyén készítettem az esettanulmányt, mely egy határmenti bentlakásos intézethez tartozik (továbbiakban Intézetként hivatkozom rá), annak a kerítésén belül található. A vállalatnak ez a telephelye az 1990-es években létesült.

A munkaerőpiaci rehabilitáció ebben az esetben „valamilyen, bármilyen” munkavégzést jelent, függetlenül a munkavállaló végzettségétől, képzettségétől, igényeitől, mentális állapotától. A korábbi visszaélések és a versenyfeltételek korlátozása miatt névlegesen átalakították ezt a fajta foglalkoztatást, melynek törvényi lehetősége is adott, azaz hivatalosan úgynevezett fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás történik. A rehabilitáció ebben az esetben azt jelentené, hogy a betegnek diagnosztizáltaknak a célszervezeti állás egyfajta hidat képezne az inaktivitás és az aktív munkaerőpiac között, „felkészítené” őket arra, hogy „visszarázódjanak”, reintegrálódjanak a munka világába. Tehát ennek a foglalkoztatási formának elviekben az a célja, hogy felkészítse a foglalkoztatottat a nyílt munkaerőpiaci munkavégzésre, fejlessze és munkaképességét javítsa. Az Intézet működése során, tehát az elmúlt 50 évben, az igazgató egyetlen ápoltról tudott, akinek ez sikerült, úgyhogy a fejlesztő-felkészítő foglalkozás ezt a funkcióját ebben az Intézetben nem tölti be, tényleges munkaerőpiaci rehabilitáció tehát nem valósul meg.

A fejlesztő-felkészítő foglalkozást tehát a célszervezet<sup>104</sup> megbízásából végzik az Intézetben. A telephelyi működési engedély 140 főre szól, de 2007-ben csak 125 fő dolgozott itt. Az Intézet feladata a munkaerő és a munkavégzés helyének biztosítása és az adminisztráció elvégzése. (alkalmassági vizsgálat, munkaképesség felmérés intézése, a fizetés összehangolása a nyugdíjjal), továbbá a munkáért felelős és azt koordináló személyzet kiválasztása.

---

<sup>104</sup> a célszervezet olyan vállalat, ahol a foglalkoztatottak minimum 60%-a megváltozott munkaképességű

A célszervezet bérleti díjat fizet, biztosítja a munkát (drótmentés, karácsonyfaizzó készítés stb.) az ehhez szükséges alapanyagokat és berendezéseket, elszállítja és értékesíti az elkészült termékeket.

Az itt dolgozó lakók munkabért kapnak (49000 Ft), amiért a törvény szerint engedélyezett napi hat órát dolgoznak.

A bentlakásos Intézetben további két formában lehetséges a munkavégzés. Ezek közvetlenül nem kapcsolódnak a célszervezet munkájához, csak közvetetten. Az Intézet megszervezi az úgynevezett munkarehabilitációs foglalkoztatást, melyet kifejezetten szociális intézményben ellátottak számára engedélyez a törvény 2004 óta, és célja a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés. „Ennek keretében 4 órában dolgoznak a lakók (ez után kevesebb támogatást kap az intézet, és alacsonyabb bért az ápoltak, mint a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetében). A lakók az intézeten belül kisegítő munkákat végeznek, van udvari brigád, mosodai részleg, illetve vannak nagy hagyománnyal bíró varrodai munkák is. Ennek keretében jelenleg 60 ápolat dolgozik” (Bányai-Légmán 2009b p. 78). Itt a kevésbé jó állapotú, kevésbé megbízható ápoltak dolgoznak, ebben a munkaformában az esetleges hiányzásnak nincs komoly következménye. A munkarehabilitáció ehhez hasonló formájának Bakonyi szerint legalább 100 éves múltja van. Már korábban is jellemző volt, hogy az ápoltakkal dolgoztattak, azonban nem csak a kórházban, vagy az intézetben, hanem az orvosok háztartásában is, természetesen akkor fizetés, és időkorlátozás nélkül. (Bakonyi 1983)

A célszervezeti foglalkoztatáshoz szintén csak közvetetten kapcsolódik a mentálhigiéniai foglalkoztatás, melynek egyik eleme az ápoltak felkészítése különböző munkákra, és a munkarehabilitációs foglalkoztatásra, ami a fejlesztő-felkészítő foglalkozás kapuja. A foglalkozások során dönti el a mentálhigiéniai nővér, hogy lehet-e a lakóval munkaszerződést kötni, azaz alkalmas-e munkarehabilitációs, illetve fejlesztő-felkészítő munkára. A foglalkozás keretén belül egy közeli bútoripari cég hulladék anyagait újrahasznosítva sokféle terméket készítenek (pl. hangulatfüggönyt). Ezeket az intézeten belül és a városban értékesítik (az intézet, mint szociális foglalkoztató adhat számlát). Sok árut a lakók vesznek meg, illetve az itt dolgozók vagy a kultúrcsoport elviszi vásárokra, vagy egyéb rendezvényekre a termékeket.



Az Intézet által szervezett munkák tehát elviekben egymásra épülnek (munkarehabilitáció –mentálhigiénias foglalkoztatás – fejlesztő-felkészítő), fokozatosan készítik fel az ápoltakat, azaz rehabilitálják. Az Intézet lakói számára azonban a megvalósítható munkaerőpiaci karrier csúcsa a célszervezeti foglalkoztatás.

#### VI.1.1.2. Kitaposott út – rögzült érdekeltségi viszonyok

Az ápoltak tényleges munkaerőpiaci rehabilitációja azonban a célszervezetnek sem és az Intézetnek sem érdeke. A célszervezeti kijelölés jelentős állami dotációval jár, aminek értéke a mindenkori költségvetés alapján pontosan kiszámítható a foglalkoztatotti létszám, a munkaképesség csökkenés, és egyéb kiegészítések alapján. A célszervezet tehát jelentős állami támogatáshoz jut, aminek egy részét feltehetően visszaforgatja az intézet javára, ha másképp nem, a bérleti díjjal.

A gazdasági vezetőtől megtudtuk, hogy az intézet működési és fenntartási költségeinek 70-75%-át fedezi az állami normatíva. A fennmaradó 25-30%-ot az úgynevezett saját bevételekből finanszírozzák, aminek jelentős része az ápoltak térítési díja. (Egyébként támogatásokból, pályázati pénzekből és szolgáltatásokból származnak még bevételeik). Így az intézetnek érdeke, hogy minél több ápolat ki tudja fizetni a térítési díját, ami egy hónapra 46000 Ft volt 2005-ben. Azonban, vannak olyan ápoltak (250-300 lakó nem tudja fizetni a teljes térítési költséget), akiknek ennyi jövedelmük sincs, és hozzátartozóik sincsenek (2007-ben 553 ápoltnak volt hivatásos gondnoka), viszont felvételük nem elutasítható.

*„A 70es években a foglalkoztatás nagyban segítette az állami támogatás felhasználását, mert jelentős összegeket tudtak megtakarítani, mert a pénz felét a lakók kapták munkajutalomként, a másik fele az intézeté volt, és így sokkal jobban tudták tenni az intézetet, ellátást, jobb színvonal volt másokhoz képest. Pénzügyi problémák nem voltak, a főváros bőkezűbben támogat, mint egy megyei önkormányzat, mert nincs akkora vagyon a kezükben, az állami normatíván kívül több pénzt tud rátenni.” (Intézet főnövére)*

Az Intézet pénzügyi gazdálkodása, az ellátás finanszírozása tehát igen pontos számítást és előretervezést igényel. Az állami normatíva, az ápoltak munkabére is szabályozva lett, így valóban nagyon fontossá vált, hogy tényleges munkavégzés történjen a célszervezetben, és a dolgozó ápoltak ki tudják fizetni a saját térítési

díjukat. Így válik érdekeltté az intézet pénzügyi szempontból is abban, hogy minél többen dolgozzanak a célszervezetben, és legalább ők ki tudják fizetni a térítési díjat (ráadásul a lakóknak kötelező „zsebpénzt” adni, 2007-ben 5000 Ft/hónap.), és ezért saját érdekük ellen tennének, ha támogatnák a tényleges munkaerőpiaci integrációt.

A munkavégzés nem csak pénzügyi szempontból hasznos, hanem azért is, mert értelmes elfoglaltságot nyújt az ápoltnak, megszervezi a hétköznapiakat. A munkaidő elosztás kétszer 3 órára van megszabva, így nem semmittevéssel telik a napjuk. Ráadásul az ápoltak munkavégzéséhez az Intézet dolgozóinak beleegyezése szükséges, azaz a munkavégzést fegyelmező eszközként is használják. Az Intézetnek tehát sem pénzügyi, sem strukturális szempontból nem érdeke a célszervezeten túlmutató munkaerőpiaci rehabilitáció megvalósítása, támogatása.

Az Intézetben belül megvalósuló foglalkoztatási formák ilyen körülmények között védett foglalkozásnak minősülnek. A gondozottak védett helyen, a jól megszokott Intézet területén belül dolgoznak, védett szociális közegben, és védett gazdasági, piaci körülmények között. Ennek megfelelően bérük is alacsonyabb, és a munkaidő beosztása – déli 2 órás pihenő – sem a megszokott viszonyok szerint alakul. A munkavégzés körülményei tehát nagymértékben eltérnek a nyílt munkaerőpiactól.

### **VI.1.3. Kerülő út (részben integráló) – szociális foglalkoztató**

Ez a munkavállalási forma ma már egyre kevésbé tipikus, sőt kifejezetten eltűnőfélben van, maga az elnevezés sem létezik. A szociális foglalkoztatók működtetése önkormányzati feladattá vált, és mivel nem nyereséges, ezért az önkormányzatok folyamatosan elkezdtek ezeket bezárni. A törvényi szabályozás lehetővé teszi az úgynevezett akkreditált foglalkoztató üzemeltetését, ennek hatására több ilyen létesült az elmúlt években Magyarországon, mely kifejezetten piaci alapon működik. Az önkormányzatok által működtetett foglalkoztatók létrehozásának és fenntartásának a célja azonban nem kizárólag a nyereség volt, hanem emellett inkább helyi munkaerőpiaci feszültségeket kíván levezetni, feloldani.

Az általam bemutatott kerületi foglalkoztatót egy egyesület (továbbiakban Egyesület) működteti, mely szoros kapcsolatban áll az önkormányzattal, az önkormányzati szociális osztállyal, a kerületi munkaügyi központtal, a kerület más szociális intézményeivel (idősek, fogyatékosok nappali klubjai), a kerületben tevékenykedő civil szervezetekkel (mozgáskorlátozott, pszichiátriai betegek diagnosztizált, nagycsaládosok, Vörös Kereszt). Valóban „helyi” érdekeket képvisel, és összefogottan, jól szervezetten támogatja az ott dolgozókat.

Az Egyesületet 1996-ban alapították, alapvetően a polgármester hívta életre, de a kerületben élők közül kerül ki mindig a kuratóriumi elnök és a felügyelőbizottság is. Az Egyesülethez tartozó ingatlanok önkormányzati tulajdonban vannak, de az egyesület nem fizet értük bérleti díjat, csak a költségeket (közüzemek, közös költség). Írásos megállapodás van a polgármesterrel, de van beszámolói kötelezettségük a kerületi szociális osztály felé. Egyébként a gyakorlati teendőkkel, kérésekkel (támogatások, élelmiszerellátás) szintén a kerületi szociális osztályhoz fordulhatnak, akikkel napi kapcsolatban vannak, és minden tekintetben segítik őket, akár egy-egy dolgozó problémáit kell megoldani, akár az Egyesületnek van szüksége valamire, pl. új beruházás, új eszköz vásárlása. Hasonlóan partneri és kölcsönös a viszony a korábban említett szervezetekkel. Az Egyesületnek van gépjárműve, mellyel segítik az nappali klub időseinek utaztatását, a kerületi intézményekbe járó gyerekeknek szinte ingyen készítik el, és szállítják a mikulás csomagot stb.

Maga a szociális foglalkoztató korábban több kisebb helyiségben volt a kerület különböző részein. 2007-ben fogták össze egy intézménybe, a professzionalizálódás valójában ekkor kezdődött. Az Egyesület 2007-ben akkreditáltatta magát, és később megkapta a kiemelten védett foglalkoztatói tanúsítványt<sup>105</sup> (lásd IV.3. fejezet), egyébként támogatásokból, és a tagsági díjból tartják fenn magukat. A szociális foglalkoztatók központi támogatása folyamatosan változik, időről időre új pályázatokat kell benyújtani, de ez nem jelent problémát az Egyesületnek, mivel korábban már megkapták a tanúsítványt

<sup>105</sup> Ez a tanúsítvány tartalma szerint az akkreditált foglalkoztató meghatározott számú megváltozott munkaképességű személyt kell foglalkoztatnia, és ezért cserébe magas állami dotációban részesül, de nem végezhetnek olyan gazdasági tevékenységet, ami profitot termel.

és ezt követően amennyiben mindent precízen adminisztrálnak és benyújtanak, elnyerik az újabb pályázatokat is.

Az ügyvezető igazgatóval készítettem interjút a szociális foglalkoztató telephelyén, ami a kerület belvárosi részétől távolabb fekvő határában található, de mégis tömegközlekedéssel is jól megközelíthető.

A *kerülő út* ebben az esetben a pszichiátriai diagnózissal élők számára olyan rehabilitációs utat jelent, mely ugyan munkaerőpiaci értelemben csak részben integráló, de közösségi, egyéni szempontból integrálónak mondható. Az Egyesület dolgozói elkerülik a teljes kiilleszkedést, amennyiben nem kerülnek bentlakásos intézménybe, vagy nem az otthoni négy fal között telik az életük, de munkájuk révén csak részben integrálódnak.

A foglalkozás, ahogy az akkreditációs tanúsítvány igazolja, kiemelten védett, tehát főképp „betegtársakkal” dolgoznak, nem kifejezetten piacra termelnek. A munkaerőpiaci rehabilitáció ebben az esetben szintén nem kifejezetten személyre szabott, nem feltétlenül a munkavállaló végzettségének megfelelő, azonban nem is ez a célja. A nevéből is adódóan inkább szociális jellegű, és ez a kerületi foglalkoztató valóban szociális feladatok lát el a munkaadói tevékenységeken túl is. Az egyéni rehabilitáció ebben az esetben azt jelenti, hogy az egyesületben dolgozó tagokat nem szakítják ki eredeti családi, lakóhelyi környezetükből, hanem ott tartják, támogatják az önálló életvitel fenntartásában, a közösségi életben, és esetleges problémái kapcsán is. A foglalkoztatás is szociális olyan értelemben, hogy maga az Egyesület nem lenne önfenntartó önkormányzati támogatás nélkül.

#### VI.1.2.1. Munkavégzés a foglalkoztatóban

Az Egyesület többféle munkalehetőséget kínál, általában megváltozott munkaképességűeknek. 67 fő megváltozott munkaképességű személy és 19 egészséges dolgozik az Egyesületben. A megváltozott munkaképességűek száma korlátozott, ha valakinek megszűnik a munkaviszonya a helyét rögtön betöltik új kollegával.

Négy szociális boltot, parkgondnoki hálózatot (20 fő) és magát a foglalkoztatót tartják fenn. A foglalkoztató a kerület határában van, illetve a kerület szívében az egyik bolt felett működik egy kis varroda. A boltok a kerület különböző részein találhatóak, a kerület központjában is. Minden dolgozó hivatalosan az egyesület tagja, 200 forintos tagdíjat kell fizetniük havonta. Alapvetően a kerületből és a környező kerületekből járnak ide dolgozni megváltozott munkaképességűek.

A foglalkoztatóban általában 30-35 ember manuális munkát végez, képességeiknek, kezűgyességüknek megfelelően. Ugyan vannak gépesített munkafolyamatok, de a zaj és az esetleges munkahelyi balesetek miatt ez a fajta munkavégzés nem jellemző. A rokkantositás mértékének függvényében 6 vagy 7 órás munkaidőben dolgoznak.

Az elvégzett munka jellegéből következően a fizetések igen alacsonyak. A parkgondnokok kb. nettó 35-40 ezer forintot keresnek, a foglalkoztatóban dolgozók bérét a minimálbérhez képest számolják ki a ledolgozott munkaóra után. A szociális boltokban a szakképzett kereskedők fizetése valamivel magasabb, mert nekik a szakképesítéssel rendelkezők valamivel magasabb minimálbéréhez képest számolják ki a fizetésüket.

A foglalkoztató dolgozói körében a munkaképesség csökkenés mértéke általában 40-60% közötti. Mindannyian megváltozott munkaképességűek, de a törvény értelmében nem lehet megkérdezni, hogy milyen betegséggel, sérüléssel élnek. Azonban ez úgyszólván hamar kiderül, és néha szükséges is, hiszen ha egy súlyos cukorbeteg esetleg elájulna, tudnak neki segíteni a többiek. segítenek neki.

A törvény értelmében itt csak aktív korúak dolgozhatnak, öregségi nyugdíj mellett nem lehet foglalkoztatóban munkát végezni. Az NRSzH folyamatosan felülvizsgálja őket, és ha „egészségesekké válnak”, a továbbiakban nem dolgozhatnak itt, állapotrosszabbodás esetében pedig változik a státusuk, az utánuk járó dotáció mértéke. A foglalkoztató szociális jellegét igazolja, hogy a fentiek ellenére van olyan dolgozójuk, akit egészségessé nyilvánított az NRSzH, tehát dotáció nem jár utána, de mégis továbbfoglalkoztatják.

*„Semmi értelme nincs annak, hogy valakit kizsigereljünk, és csak betegebbek lesznek. Igyekszünk megtartani a dolgozókat, inkább szabadságra, betegállományba küldjük.” (Egyesület ügyvezető igazgatója)*

Általában szigorúan betartják az orvosi papír által javasoltakat, de olyan már előfordult, hogy ahhoz képest csökkentették egy munkavállalójuknak a munkaóráját, mert úgy ítélték meg, hogy az orvosi ajánlás felülbecsülte a képességeit.

Általában egyszerű betanított, vagy kevés szakképesítést igénylő munkákat végeznek (Pax toll összeszerelés, képeslapok csomagolás, címkézés, zsugorfóliázás), azonban ezek igen sokfélék és változatosak. Vannak régi megrendelőik, akik rendszeres munkaadói a foglalkoztatónak, és vannak újabb munkakapcsolatok is. Általában ezek megtalálják a foglalkoztatót, melynek híre „szájhagyomány útján” terjed a megrendelők között, vagy a művezetők szereznek új munkát. Ők tartják a kapcsolatot a megrendelőkkel, ők tanítják be a munkafolyamatot, felügyelik, segítik a munkát, és figyelik a dolgozókat, az esetleges rosszullétek miatt.

A foglalkoztató sok esetben az itt dolgozók munkaerőpiaci karrierjének végét is jelenti, nem jellemző, hogy innen valaki a nyílt munkaerőpiacra lépne. Az elvégzett munka, a munkatársak, a munkakörülmények, a fizetés mértéke a védett munkahelynek felel meg, azonban a munkavállalók, mint általában szokás, a munkából hazajárnak, nem felügyelik őket 24 órában, és bármikor van lehetőségük állást változtatni. Ráadásul a foglalkoztató és az Egyesület jövője korántsem olyan biztos, mint K. célszervezeté és az azt befogadó Intézeté.

#### VI.1.2.2. Kerülő út – a fennmaradó foglalkoztató

A foglalkoztatókat az önkormányzati fenntartójuk a legtöbb esetben bezárta, és a szabályozás, finanszírozás is megváltozott. Az NRSzH szakértője szerint az önkormányzatoknál bevett gyakorlat volt, hogy pályáztak szociális foglalkoztatási forrásokra, majd nem célirányosan használták fel az így elnyert pénzeket, hanem éppen arra, amire szüksége volt a helyi önkormányzatoknak. Ezt nehéz volt ellenőrizni, és szabályozni is, ezért fokozatosan visszavették a foglalkoztatók támogatását. 2007-től a foglalkoztatók ugyanúgy, mint bármely más gazdasági szervezet, pályázhatott akkreditációs tanúsítványra és az ezzel járó támogatásokra.

Az általam vizsgált területben a foglalkoztatót ebben az évben szervezték át, és kezdték el a pályázást. A foglalkoztató és az azt működtető személyzet is folyamatosan bővült, létrehozták a korábban nem létező ügyvezető igazgatói pozíciót, és kinevezték az élére az ügyvezető igazgatót, akivel az interjút készítettem. Az ügyvezető igazgatónő egy igen rátermett, agilis személy, lelkiismeretesen magáénak érzi a feladatot, valóban segíteni, támogatni szeretné az egyesületben dolgozókat, akik hozzá fordulnak, nem csak a munkahelyi problémáikkal, és ő igyekszik mindent elintézni. Részt vesz a munkaszervezésben, árubeszerzésben, tárgyal a beszállítókkal, más intézményekkel, szervezetekkel. A legnehezebb feladat a foglalkoztató fennmaradása, ezért próbál mindent minél olcsóbban, adományként, támogatásként beszerezni, pl. a munkavállalóknak szerzett ingyen ásványvizet, gyümölcsöt.

Az Egyesület és a foglalkoztató bevételei több helyről származnak. Az Egyesületi tagok tagdíján kívül vannak adományaik, jelentősebb bevételt hoz a munkavállalók után kapott állami dotáció, azonban ez egyénre szabott, a teljes bér és a járulék közti különbséget a foglalkoztatónak kell biztosítania. Ezt és az egyéb költségeket nem feltétlenül sikerül pusztán a gazdasági tevékenység által biztosítani, ugyanis a legnagyobb nehézséget a megrendelőkkel való áralku jelenti.

*„Egy külső munkaadó, egy megrendelő azt gondolja, hogy azért, mert ez megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató emberekkel tevékenykedik, nem kell megfizetni a munkájukat. Tehát nagyon sok esetben alku tárgya, az hogy mennyiért vállalunk el egy munkát. Van olyan, aki azt mondja, hogy nem fogadja el azt az árat, amit mi kérünk, nem nagyon tudunk rezsióradíjat számolni, mert nincs mihez viszonyítani. [...] A munkavállalásaink sokszor 1-2 forintok, amiket fizetnek érte, és csak azért, mert azt mondják, hogy beteg ember, és nem fizetik meg a munkáját. Úgyhogy ezzel állunk harcba, nem nagyon szoktunk munkát elküldeni, de van olyan, amikor azt mondjuk, hogy ez már nevetséges.” (Egyesület ügyvezető igazgatója)*

A munkaerőpiaci diszkriminációval ebben az esetben nem közvetlenül a megváltozott munkaképességű munkavállaló szembesül, hanem a foglalkoztató „egészséges” munkatársa, vagy az igazgatónő, aki a kapcsolatot tartja a megrendelőkkel. Mivel kiszolgáltatott helyzetben vannak, felelősséget éreznek a foglalkozatóért és a saját munkahelyükért is, inkább megpróbálnak tárgyalni egy

alárendelt helyzetből. A megbecsültségért és az alacsony fizetségért minden munkát hibátlanul végeznek el, amiért kaptak elismeréseket is. A precíz munka tényleges célja, hogy a megrendelők visszatérjenek, és valamivel magasabb áron honorálják az elvégzett munkát. Ahhoz, hogy a foglalkoztató fennmaradjon, folyamatosan szükség van új vállalatok bevonására, és a jelenlegi 20-25 partnercég megtartására.

Azonban a foglalkoztató nem lenne képes önfenntartásra önkormányzati támogatás nélkül. Azért is fontos az önkormányzat, mert a dotációt utólag kapják meg, és sok esetben nincs annyi tartaléka a foglalkoztatónak, hogy előfinanszírozza a béreket és a járulékokat. Az Egyesületnek nincs tőkéje (nem lehet), és profitot sem termelhet (az akkreditációs tanúsítvány szerint), tehát sokáig nem tudnak előleget finanszírozni, ezért ezt az önkormányzat veszi át. Ilyen helyzet állt elő a 2007-es munkaképesség változások átminősítéseikor, ami miatt hosszabb ideig tartó elmaradás volt a dotáció mértékének megállapításában és a kifizetésében, és ebben az átmeneti időszakban is az önkormányzat támogatta az Egyesületet.

*„Azt szoktuk mondani, hogy ilyen polgármesterünk még egyszer nem lesz, mint a jelenlegi. Mint ahogy tudjuk, hogy a többi kerületekben vagy intézményekben, nem nagyon tudja segíteni az önkormányzat, és nem is az, hogy a szándék, hanem a költségvetés. A mi polgármesterünk az úgy takarékoskodik, de már megszoktuk, ha bárhol nyilatkozunk, vagy bármi féle rendezvény van, hogy róla mindenki maximális elismeréssel nyilatkozik. Ha Ő nincsen, akkor mi nem tudunk működni, nem tudunk munkát adni jelen pillanatban 67 megváltozott munkaképességű személynek. Rajta múlik az életünk.” (Egyesület ügyvezető igazgatója)*

A polgármester hívta életre az Egyesületet és támogatja, illetve megteremti a költségvetésből a pénzt az Egyesület támogatására. Az igazgatónőt is személyesen a polgármester kérte fel, és ezzel biztosítottak látták, hogy az Egyesület és benne a foglalkoztató működőképes és virágzó marad. Úgy tűnik, ebben a kerületben az Egyesülettel kapcsolatban álló intézmények, szervezetek és személyek viszonya kölcsönös bizalmon alapul, támogató és segítő.

A *kerülő út* ebben az esetben azt jelenti, hogy ez a kerület, az itt működő önkormányzat, és szervezetek letértek az oly gyakori útról, hogy megszüntessenek nem jövedelmező foglalkoztatót, és ne törődjenek az egymással való kooperáció fontosságával, a helyi érdekek védelmével, hanem ehelyett



támogatják egymást. Úgy tűnik mindez egyelőre igen szorosan meghatározott személyekhez és személyes kapcsolatokhoz kötött, ezért kérdéses, hogy az esetleges személycserék visszatérlik-e a kitaposott útra a kerületi szervezeteket is.

#### **VI.1.4. Egérút (integráló) - Nyílt, félig-nyílt munkaerőpiac**

Ebben az esettanulmányban több típusú munkavállalás is megjelenik, melynek közös jellemzője, hogy az integrációt, az önállóságot segítse elő, lehetőleg nem védett környezetben, a pszichiátriai betegek diagnosztizált eredeti családi, lakóhelyi közösségéből nem kiszakítva. Ez a célkitűzés megfelel a magyar Fogytékösügyi Programban foglaltaknak is.

A nyílt, félig-nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásra az ellátórendszer egyes szervezetein keresztül találtam rá, ezért többségében olyan példákat hozok, melyeket magán-munkaközvetítő irodán keresztül ajánlottak nekem. A megváltozott munkaképességűek és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak nyílt félig-nyílt munkaerőpiaci reintegrációjának elősegítése alapvetően a Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat feladata lenne. Ezek az irodák azért létesültek, mert az NFSz (akkori ÁFSz) működését hiányosnak, szakszerűtlennek ítélték meg a felhasználók és a velük kapcsolatban álló, többnyire a szociális ellátórendszerben dolgozó szakemberek. Ennek egyik oka lehet, hogy „Kuddo (2009) szerint az ügyfelekkel foglalkozó ügyintézők terhelése Magyarországon viszonylag magas: a 2006. évi adatok szerint Svédországban 24, Németországban 70, Csehországban 114, Magyarországon 178 álláskereső jutott egy ügyfélkapcsolati munkatársra (idézi Bódis 2012 p.107). Bódis kutatása szerint az ÁFSz 2007-es átszervezése ellenére is a kliensekkel való foglalkozás 1-2 percre rövidül és „a terhelés növekedésére, főleg a nem kisímitható csúcsidőkből (vagy ha az volna, de nem teszik) a kirendeltségek úgy reagálnak, hogy elvégzik a gépi idő vagy a jogi előírások által meghatározott, főleg hatósági feladatokat, és gyorsítanak ott, ahol technikailag lehetséges: az interjúknál és közvetítői beszélgetéseknél” (Bódis 2012 p. 113)

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak esetében az ilyen típusú munkába állítás még csak szóróványosan van jelen Magyarországon, és azon belül is főként Budapesten jellemző. (Más megváltozott munkaképességű csoportok számára

elterjedtebb a nyílt munkaerőpiaci közvetítés.) A konkrét foglalkoztatási formáktól függetlenül az alternatív munkaközvetítő iroda(ák) célja az integráció, különösen a munkaerőpiaci integráció. Scharle szerint (2011) ez a fajta munkarehabilitáció segíti elő legeredményesebben a munkaerőpiaci integrálódást, azonban a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében kutatásaim során a „jó gyakorlatok” mellé kevés „jó példát” találtam.

Az *egérút* metafora ebben az esetben szó szerint menekülő utat jelent. A pszichiátriai diagnózissal élők élete többnyire szakaszos, azonban a „rosszabb” periódusokban is elkerülhető lenne a hónapokig tartó kórházi ápolás és ezáltal a munkahelyi hiányzás is. Ez az *egérút* menekülés a hosszas egészségügyi intézményben való tartózkodástól, a munkaerőpiaci és közösségi kirekesztődéstől, megszökni a több, mint 50 éves bevált gyakorlatoktól. A munkaadók, ha ugyan nem is menekülnek, de kivételesek abban az értelemben is, hogy a magyarországi gyakorlattal ellentétben foglalkoztatnak „sérült” embereket. (A pszichiátriai diagnózissal élők, és általában a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása igen alacsony. lásd VII. fejezet)

#### VI.1.3.1. Munkalehetőségek az Egérút mentén

Az Egérút mentén a magán-munkaközvetítő irodák által felkerestem pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat és munkahelyeket is. Az irodák klienseik számára felajánlott munka igen sokféle lehet, melyekre igyekszem példát hozni. Az irodák több céget is ajánlottak, amelyek foglalkoztatnak megváltozott munkaképességű személyeket, azonban csak egy olyan vállalat munkatársa vállalt interjút, ahova ezek az irodák által kiközvetített pszichiátriai betegnek diagnosztizált munkaerőt foglalkoztattak. Ennek hiányában az irodáktól függetlenül is próbáltam megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató vállalatokat felkeresni: egy állami nagyvállalatot, és két kisvállalkozást. A munkaerőközvetítő civil/nonprofit szervezetek sok esetben segítséget nyújtanak önálló vállalkozás beindításához, és 2007 óta ők is lehetnek foglalkoztatók. Mivel a kliensek és a munkaerő-közvetítő irodákat működtetők is számtalan esetben kirekesztő munkaerőpiaci magatartással és igen bonyolult adminisztrációs feladatokkal szembesülnek, ezért sokszor a nem hivatalos munkavállalást, azaz feketemunkát is felajánlják klienseiknek.

A pszichiátriai diagnózissal élők értelemszerűen itt olyan munkát tudnak csak elvállalni, ami képességeiknek megfelelő, vagy ha nem ez az eset áll fenn, akkor is ők maguk döntenek arról, hogy elvállalják-e az adott munkát vagy sem. Abban az esetben, ha sikerül elhelyezkedniük és képesek megtartani a munkahelyüket, a munkaerőpiaci rehabilitáció szinte teljesen megvalósul, és ezzel együtt természetesen az egyéni rehabilitáció is többé-kevésbé teljes.

#### A vállalatok leírása- foglalkoztatás típusai

Egy kivételtől eltekintve nem sikerült olyan nyílt vagy félig-nyílt vállalat képviselőjével interjút készítenem, amely pszichiátriai diagnózissal élőket foglalkoztat, ezért a negatív tapasztalatokat mutatom be, melyek inkább a munkaerőpiaci kirekesztődés, az inaktivitás felé terelik a munkavállalót. Így arra kapok választ, hogy miért nem foglalkoztatnak pszichiátriai diagnózissal jelentkező megváltozott munkaképességűeket.

##### 1. Piaci cégek: félig-nyílt kisvállalkozás

Ezt a kisvállalkozást úgy találtam, hogy az egyik pszichiátriai betegnek diagnosztizált interjúalanyom dolgozott egy belvárosi szociális foglalkoztatóban, azonban hónapok óta táppénzen volt, és otthonában vagy kórházban feküdt. Felkerestem a foglalkoztatót, de mire odaértem már megszűnt és a portás megadta ennek a kisvállalkozás igazgatójának a telefonszámát, mely szintén erre a telephelyre volt bejelentve. A vállalkozás telephelye ténylegesen nem a belvárosban van, az igazgatóval egy másik kerületben lévő irodában készítettem az interjút.

Ez a kisvállalkozás 30 főt foglalkoztat, a két tulajdonos igazgatón kívül mindenki megváltozott munkaképességű. A cég alapításakor, 2003-ban, álláshirdetést nem adtak fel, csak szóltak az ismerőseiknek, és mégis rengetegen jelentkeztek. A cég és munkavállalói teljesen hivatalosan be vannak jelentve, aminek hátránya, hogy nagyon nehézkes a dotáció igénylése, és rengeteg APEH ellenőrzésük van. Az állandó törvényi változások és a finanszírozási bizonytalanságok rengeteg bosszúságot és gondot okoznak az igazgatóknak. Állítása szerint munkájának jelentős része azzal telik, hogy igyekszik megfelelni a törvényi előírásoknak, és a

hivatalos működésnek. Szinte egyetlen hivatalos intézmény, mely támogatja őket, a munkaügyi központ, amely ha van lehetőség újabb állami támogatásra, mindig segítenek kihasználni azt.

*„Nagyon sok segítséget kaptunk a munkaügyi központoktól, mi mindig regisztráltakat alkalmazunk. Némelyikük után a munkaügyi központtól rehabilitációs bértámogatást is kaptunk, ami bizonyos feltételekhez volt kötve, bizonyos foglalkoztatási időhöz volt kötve, ezeknek a jó részét végig tudtuk vinni, volt olyan is, ami sajnos nem működött, a munkavállaló nem tudta csinálni, jobb munkahelyet talált, ilyen is volt. Munkaügyi központra egy szavunk nem lehet.” (félig-nyílt kisvállalkozás egyik tulajdonosa)*

Ez a vállalat a dotáción kívül más támogatásban nem részesül, tehát szükséges, hogy ténylegesen jövedelmező munkákat szerezzenek. Alapvetően könnyű összeszerelési munkát végeznek (bizsuk, elektrotechnikai kellékek), viszont van olyan megrendelés, amit nem fogadhatnak el, mert a piacon alacsony áron értékesíthető termékek gyártásával nem tudnák fenntartani a vállalatot.

A munkaerőpiaci rehabilitáció itt megvalósul, ugyanis néhány dolgozójukat már átvette az egyik cég, amelynek beszállítanak, csak hivatalosan ők a munkáltatók a bonyolult adminisztratív kötelezettségek miatt.

A megváltozott munkaképességű munkavállalóival az igazgató teljesen elégedett volt, szintén precíz és pontos munkát kapott, mint a szociális foglalkoztató igazgatónője.

*„Ezek az emberek nagyon tisztességesen dolgoznak, pontosan tudják, hogy hol van az ő helyük, hogy milyen helyzetben vannak, pontosan tudják, hogy mi lenne, ha ez a munkahely nem lenne, és pontosan tudják, hogy mi volt előtte, amíg ez a munkahely nem volt, és hát azért hihetetlen hálás feladat velük dolgozni, borzasztóan szeretek velük együttműködni. Azt kell, hogy mondjam, hogy jobb velük dolgozni, mint az egészséges munkavállalókkal, lényegesen többet tesznek meg a saját lehetőségeikhez képest, saját magukért, a cégért, és a közösségért, mint amit egyébként az ember tapasztal.” (félig-nyílt kisvállalkozás egyik tulajdonosa)*

Elképzelhető, hogy a jövőbeli esetleges munkaerőpiaci diszkriminációtól tartva kiszolgáltatottnak érzik magukat, és ehhez társul az, hogy mivel kevés ilyen típusú munkalehetőségük van, mindenki megbecsüli a munkáját és ezt a munkalehetőséget.

Azonban ez a kisvállalkozás sem teljesen nyitott, nem foglalkoztatnak súlyosan mozgáskorlátozottakat és pszichiátriai beteget sem. Mozgáskorlátozottakat azért

nem tudnak foglalkoztatni, mert nem alakították át akadálymentessé a telephelyet, és a közlekedés is nehézkes. A pszichiátriai diagnózissal élőket ez a kisvállalkozás is diszkriminálja, alapvetően szakmai indokok miatt.

*„Pszichiátriai betegekkel nem lehet ilyen pontos munkát végezteni. Én pontosan azt mondom, hogy megváltozott munkaképességű az, aki eredeti szakmáját, vagy legalábbis azt amit csinált nem tudja folytatni betegségéből kifolyólag. A pszichiátriai beteg nem termeli meg a bére és járulékai és a dotáció közötti különbséget.” (félleg-nyílt kisvállalkozás egyik tulajdonosa)*

Azonban úgy tűnik, interjúalanyom pontosan átlátta a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakra oly jellemző kitaposott munkaerőpiaci utat, mely a célszervezetek, a bentlakásos intézmények, és a betegnek diagnosztizált környezetének érdekeit szolgálja.

*„Az a pszichiátriai beteg szolgálati időt gyűjt, azt az életben nem venne fel senki. Fizetést kap, nem sokat, de minimálbérnek megfelelő összeget, ami tehermentesíti az ő szüleit is. Egyrészt dogozik a gyerek, nem dolgozik, de fizetést kap, benne van az állományban, kiegészíti a családi kasszát, ráadásul intézményben van, tud dolgozni mindkét szülő, a cég még azt is felajánlja, hogy támogatja a pszichiátriai intézményt, ezért a főorvos mindent alá fog írni. Majd fölveszi rá a 320%-os dotációt, aminek a felét kifizeti a dolgozónak, meg az államnak, valami kis adományt ad az intézménynek, a többit zsebre rakja. És mindez csak színlelt foglalkoztatás.” (félleg-nyílt kisvállalkozás egyik tulajdonosa)*

Tehát annak ellenére, hogy a kisvállalkozás igazgatója ismeri ennek a foglalkoztatási formának a finanszírozási intézményi érdekeltségi fonákját, sejti a sérülte gyakorolt kirekesztő hatását, sőt a saját vállalkozását is sértő finanszírozási megkülönböztetéseket is, hiszen neki kevesebb állami támogatás jut, nem tud olyan együttérző és karitatív lenni, hogy pszichiátriai diagnózissal élőket foglalkoztasson.

## 2. Piaci cégek: nyílt kisvállalkozás és alapítvány

Ennek a cégnek az egyik tulajdonosa egy dán férfi, aki szívén viseli a fogyatékkal élőket. A cég számtalan dán-magyar közös projektet hozott léte (kecskeméti kórház energetikai korszerűsítése), tolmácsolnak, kulturális rendezvényeket is szerveznek. Egy alapítványi utazási irodát is üzemeltetnek, melynek egyik célcsoportja külföldi, főképp dán mozgáskorlátozottak magyarországi utaztatása.

Ennek a célcsoportnak az üdültetésére több szállodával, borospincével is van szerződésük, akadálymentesített tömegközlekedési turistaútvonalakat térképeztek fel Budapesten. Ebből kifolyólag számos civil/nonprofit szervezettel van kapcsolatuk.

2008-ban, amikor lehetőség nyílt arra, hogy a rehabilitációs foglalkoztatás költségeit az állam átvállalja, hat pozícióra írtak ki álláshirdetést, munkaügyi központban és az ismerős civileknél hirdettek. Tehát az alapvető karitatív szellem mellett a törvényi szabályozás lehetővé tette számukra, hogy „olcsóbban” jussanak munkaerőhöz, és ezt igyekeztek kihasználni. A foglalkoztatás ilyen értelemben teljes mértékben rehabilitációs foglalkoztatásnak minősül, hiszen képzettségnek megfelelően, fogyaték nélkül élők társaságában, piaci körülmények között történik a foglalkoztatás.

A munkaügyi központban megmondták nekik, hogy semmiképpen nem kérdezhetik meg, miért van leszázalékolva az álláskereső, mert egyre gyakoribbak az utólagos peres eljárások. Az álláshirdetésre nagyon kevesen jelentkeztek, a munkaügyi központ szerint azért, mert legalább egy vagy két nyelv ismerete, amit az állás betöltéséhez igényeltek, nem jellemző a megváltozott munkaképességűekre. A cég egyik tulajdonosa szerint a kevés jelentkező közül az egyik pszichiátriai beteg volt:

*„Az a húsz perc, amit ott töltött, elment, egymásra néztünk, és el voltunk fáradva, egyszerűen nem tudtunk volna vele együtt dolgozni. [...] Kvalifikáció szempontjából pedig ő volt a tuti.” (alapítvány kuratóriumi elnöke)*

Ebben az esetben a feltehetően pszichiátriai diagnózissal élő ember olyan munkáltatóval találkozott, akinek nem voltak előítéletei - legalábbis a tulajdonossal készült interjú során számomra úgy tűnt, nincsenek kifejezett ellenérzései a pszichiátriai diagnózissal élőkkel szemben -, és mégsem őt választották, részben a kommunikációs képességei miatt. Ahogy a kvantitatív felmérésben is megjelent, a pszichiátriai diagnózissal élők gyakran említik ezt a nehézséget a munkakeresésben.

Végül sikerült egy olyan megváltozott munkaképességű személyt felvenniük, akiről a mai napig csak sejtik, hogy milyen sérülése van (belgyógyászati

nagybetegség), de az állami támogatás lejártá óta is továbbfoglalkoztatják, tehát számára a munkaerőpiaci rehabilitáció teljesen sikeres volt.

### 3. Állami cégek: nagyvállalat

Ezt a vállalatot szintén nem a magán-munkaközvetítő irodán, és nem is egy interjúalany által találtam, hanem egy boltban lettem figyelmes egy feliratra. Ez a vállalat hagyományosan kizárólag állami tulajdonban van (külföldön is általában ez a gyakorlat), és korántsem veszteséges. A cégen belül 2003-ban volt lehetőség egy olyan leányvállalat létesítésére, mely kifejezetten megváltozott munkaképességűeket foglalkoztat - azóta ez a leányvállalat megszűnt, és az anyacég folytatja a tevékenységet -, és a leányvállalat igazgatását egy szociológus végzettséggel is rendelkező személy végezte.

A cég különböző áruházláncokkal alakított ki együttműködést. A megváltozott munkaképességűek az áruházlánc egyes boltjainak a bejáratainál árulhatták a cég termékeit kis standokon, hivatalos elnevezése szerint karitatív értékesítő hálózatban. A vállalat egyrészt növelni kívánja a termékeinek eladását, másrészt karitatív céllal biztos jövedelmet biztosít megváltozott munkaképességű embereknek. Mindez azért volt megfelelő, mert nem volt munkaidőhöz kötve, tehát jól összehangolható volt a dotáció igényléséhez szükséges maximum 7 órás foglalkoztatással. A standok mellett egyébként 4 órában foglalkoztatják dolgozóikat.

A karitativitás megjelenik abban is, hogy biztonságos, támogató közeget kerestek a megváltozott munkaképességűeknek, ugyanis a befogadó áruházlánc dolgozóival is egyeztettek, hogy mindig figyelnek a megváltozott képességű munkavállalókra, nehogy valami inzultus érje őket, illetve ha bármi bajuk van, vagy nem tudják ellátni a munkájukat, akkor felhívják, értesítik őket is. 2003-ban 30 fővel indult az értékesítő lánc, 2008-ban már közel 100 főt foglalkoztattak.

A munkaerőpiaci rehabilitáció itt is megvalósul, azonban ez az állami vállalat sem foglalkoztat minden sérültet. Alapvetően olyan embereket keresnek, akik képesek kommunikálni, és megbízhatóan pénzzel bánni, mivel a vállalat termékeit értékesítők. Az a gyakorlat alakult ki, hogy főleg mozgáskorlátozottakat foglalkoztatnak, és a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat eleve elutasítják.

*„Nem, nem pszichiátriai betegeket, na azt nem lehet. Ide olyan ember kell, aki képes eladni, barátságos a vevőkkel, egy pszichiátriai beteg inkább riasztó.” (leányvállalat igazgatója)*

Feltehetően a nyilvánosság felvállalásának, a mintegy indirekt antistigma program működtetésének köszönhető, hogy 2012-ben a vállalat elnyerte a „Fogyatékoság-barát munkahely” címet.

#### 4. Állami cégek: szolgáltatás

Az egyetlen cég, amelyet a magán-munkaerőközvetítő irodán keresztül kerestem meg, és ahol foglalkoztattak pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak és vállalták is az interjút, egy egyetemi könyvtár volt. Az interjú készítésekor már nem dolgozott ott a megváltozott munkaképességű munkavállaló. A rehabilitációs támogatás állami átvállalása részben vagy egészében (járulékok és fizetés vagy csak a járulékok) növelte a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásának arányát. Egy pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal foglalkozó alapítvány szorosan kapcsolódik egy egyetemhez, így az egyetemi könyvtárba sikerült kiközvetíteni egy pszichiátriai diagnózissal élő megváltozott munkaképességű személyt.

*„Nem volt vele semmi baj. Kicsit visszahúzódo volt, de bejött időre, megcsinálta, amit mondtunk. [...] Jól jött a segítség, de nem tudtuk kifizetni a bérét miután lejárt a támogatás. A mi kezünk meg van kötve, az egyetem dönt.” (a szolgáltató cég vezetője)*

Ez a fajta foglalkoztatás, a támogató és nem stigmatizáló légkör a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára mintegy „ugródeszkaként” szolgálhat, önbizalmat adhat a további álláskeresésben, ilyen értelemben ez a fajta foglalkoztatás betölti a munkaerőpiaci rehabilitáció szerepét. A könyvtár nem tudott a továbbiakban foglalkoztatni megváltozott munkaképességűt, és sajnos nem derült ki mi lett ezzel a kiközvetített emberrel.

#### 5. Önálló vállalkozás

Egy másik pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal foglalkozó alapítvány egy budapesti színházzal együtt létrehozta az első pszichiátriai betegek által



működtetett kávézót a színház büféjében. A projektet 1 évig a budapesti székhelyű Mental Health Initiative finanszírozta. Ez a fajta enklávéyszerű foglalkoztatás igen ritka Magyarországon.

Az alapítvány munkarehabilitációs szakembere szerint a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak életében a kávézóban való munka jelentős pozitív változást hozott. Azonban a kávézó megszűnt, aminek oka az alapítvány munkaerőpiaci szakreferense szerint, a szervezeti és menedzselési szinten több tényezőnek köszönhető. Az alapítványt felkészületlenül érte, hogy egy civil vállalkozás működtetéséhez folyamatos fejlesztési követelmények társulnak a már meglévő szolgáltatások üzemeltetése mellett. Ehhez egyre bővülő bürokrácia társult, ami meghaladta az alapítvány dolgozóinak aktiválható energiáit. A kezdeményezéseknek ez a fajta kimenete tipikusan a „lelkes amatőrökre” jellemző hiányosságokból fakad.

A kávézó így bezárt és azóta ilyen típusú kezdeményezésről nem tud az alapítvány.

## 6. Önálló vállalkozás - feketemunka

A feketemunka vagy szürkemunka Magyarországon nem ritka, azonban egy interjú keretében, kvázi-hivatalosan senki nem mer beszélni róla. (Szalai Júlia Nincs két ország (2010) című könyvének terepmunkája során az önkormányzati segélyből élőkkel készült interjúzásokkor ugyanezt tapasztalta.) A rokkantsági nyugdíjasok körében nem járható út a szürke munka, hiszen ők akkor elesnek nyugdíjuktól, segélyeiktől. A feketemunka ebben az esetben igen széleskörűen értendő, a rendszerváltás előtti kalákára is emlékeztet. Az egyik általam megismert esetben (egy nappali intézménybe járó sérültek körében) jellemző, hogy egymásnak elvégeznek olyan munkákat, melyekért elvileg fizetség járna; pl. az egyik kliens lakásfestésért cserébe megjavítja a másik szobafestő kliens számítógépét.

Ez a fajta segítség akkor válik igazán fekete munkává, ha ezekért a szolgáltatásokért pénzt is kapnak. Az egyik magán-munkaközvetítő iroda munkatársa is tudott ilyen esetekről.

*„Ami még dilemma, hogy vannak akik, feketén dolgoznak. És ez etikai dilemma, hogy támogatjuk, vagy nem támogatjuk, hogy emberek feketén dolgozzanak, holott azt gondolom, hogy az abszolút az ő döntésük kell legyen. Nálam nem érhet*

*senkit hátrány, de azért az is fontos, hogy tájékoztatjuk őket, milyen veszélyei vannak, hogy tudjon dönteni, hogy megéri-e.” (magán-munkaközvetítő iroda munkatársa)*

A munkaközvetítő iroda munkatársának ez egy szakmai és etikai problémát jelent, azonban a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életében ennek is igen nagy jelentősége van. Ilyen értelemben ez a fajta foglalkoztatás önrehabilitációnak is tekinthető, ami nem csak a nyugdíjkiegészítés miatt fontos, hanem az önbecsülés miatt is.

A munkarehabilitáció általam bemutatott útjai foglalkoztatási értelemben tehát csak kevés esetben valósítják meg a tényleges munkarehabilitációt. Úgy tűnik, a célszervezeti foglalkoztatás kitaposott útja továbbra is járható, a kerülő útnak számító önkormányzati szociális foglalkoztató a személyes karitativitásnak, míg a kerülő utat megtestesítő magán munkaközvetítő iroda a mindenkori finanszírozásnak, pályázati lehetőségeknek van kiszolgáltatva. Azonban a munka és a munkahely nem csak a pénzkeresés, hanem a társas kapcsolatok színtere is, ezért ennek hiányában, ahogy Sen is tárgyalta, társas értelemben szegregálódnak az emberek.

## ***VI.2. Közösségi rehabilitáció útjai a munkavégzésen keresztül***

A munkahely tehát nem csak a munkavégzés helye, hanem találkozási lehetőség más emberekkel, közösségi hely is, ahol alkalmazkodni kell a munkatársakhoz, beilleszkedni közéjük, együttműködni velük és a vezetőkkel. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára ez különösen nehéz feladat, amint a kérdőíves felvétel eredményei is igazolták. Azonban minél kevesebb alkalom nyílik közösségben való részvételre a kommunikációs készség tompul, bizonytalanság lép a helyébe.

Ebben az alfejezetben arra fókuszálok, hogy azok az intézmények, szervezetek és ezek környezete, a munkavégzéshez kapcsolódó munkatársai (szervezői, közvetítői) hogyan hatnak a közösségi integrációra. A következőkben bemutatom a három foglalkoztatási formához kapcsolódó munkavégzési helyeket és közösséget.

### **VI.2.1. Közösségi rehabilitáció a Kitaposott úton – célszervezeti telephely: bentlakásos intézet**

Az esettanulmány színhelye egy bentlakásos intézet (továbbiakban Intézet), mely a korábban bemutatott K. vállalat egyik telephelye. (A terepmunkát Légmán Annával közösen készítettük.) A célszervezeti telephelyek egyik sajátos és tipikus formája a bentlakásos intézeteken belüli működés. Ez a két intézmény együtt - a célszervezeti foglalkoztatás és a szociális otthonbeli elhelyezés - a kitaposott út megtestesítője, a szegregációnak talán az egyik legszélsőségebb intézményesített formája, ezért indokoltnak látom bemutatni a vállalat telephelyét biztosító otthont, a célszervezeti működést és ezek együttes hatását a pszichiátriai betegekre és a kirekesztődés mechanizmusára.

#### **VI.2.1.1. Az Intézet és lakói**

Az 1950-es évektől általános gyakorlat volt, hogy a nemkívánatos elmebetegeknek diagnosztizált embereket a fővárostól távoli, határ menti intézményekbe száműzték. A városban 1952-ben alapította a Fővárosi Tanács a szociális otthont. Eleinte nem csak elmebetegnek diagnosztizáltak kerültek ide, de fokozatosan elkezdődött, majd 1966-ig bezáróan megtörtént az úgynevezett profiltisztítás.

Az elmebetegnek diagnosztizált nemkívánatos személyek<sup>106</sup> eltávolításának gyakorlata 1989 után sem változott. 2007-ben „A” városban a főváros által fenntartott intézetben 734 budapesti ápolat élt. Az intézet deklarált „célja az olyan pszichiátriai betegek védett környezetben történő gondozása, akik aktív gyógykezelést már nem igényelnek, aktív kórházi ágyon történő elhelyezésük már nem járhat teljes eredménnyel, valamint önálló életvitelre – legalábbis átmenetileg – chronikus betegségük miatt nem képesek.” (Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona bemutatkozó füzet, 2000). „A hivatalosan megfogalmazott intézeti cél azt sugallja, hogy az ide kerülő emberek már nem integrálhatóak a társadalomba. Az akkori igazgató elmondása szerint az ápoltak 99%-a nem hagyja el többé az intézetet. A betegek ma a fővárosi

<sup>106</sup> Harangozó és munkatársai (Harangozó J.- Tringer L.- Gordos E.- Kristóf R.- Werring R.- Slezák A.- Lőrintz Zs.- Varga A. – Bulyáki T. 2001) szerint inkább a „nem kívánatos rokonokat”, „zavaró egyedeket” nyilvánították elmebetegnek, nem volt jellemző a politikai pszichiátria. Bakonyi szerint az elmebeteggyé nyilvánítás, és az intézeti beutalás sokáig szabályozatlan volt.

gyámhivatalon keresztül kerülhetnek az Intézetbe (a budapesti Felvételi Előkészítő Csoportnál maga a beteg vagy valaki más kezdeményezi elhelyezését). Elsősorban azok az emberek válnak az Intézet lakóivá, akikről a családjuk, hozzátartozóik, környezetük már nem tud gondoskodni, akikkel már nem tudnak együtt élni” (Bányai Légmán 2009a). A bentlakásos intézetek szegregáló hatásának kritikái már korábban megfogalmazódtak a hazai szakirodalomban. „Ezek az intézetek arra jók, hogy „fölösleges” embereket legális keretek között eltüntessenek. (...) Amit az intézetek nyújtanak, ismétlem, nagy dolog: de az itteni élet csupán vegetálás.” Hajnóczy 1981 p. 79)<sup>107</sup>. A következőkben bemutatom, hogy a vegetálás továbbra sem változott.

Maga az Intézet „A” város városközpontjától és a vasútállomása között egy 2 hektáros parkban helyezkedik el. Az Intézet két lakóépületből áll, az egyikben a „jobb” betegek élnek. Az interjúkból kiderült, hogy ez azt jelenti, hogy ők a jobb jövedelemmel rendelkező, együttműködőbb, jobb állapotban lévőek. Külön épületben van a konyha, mosoda. Közösségi helyiségeik kialakítottak, találkozási lehetőségeik az Intézeten belül lakókkal lehetséges. Az intézet honlapja az ápoltak ellátásának minőségére koncentrál, és a szubalpesi klímára hívja fel a figyelmet.

Az otthonban való életet a kizárólagosság jellemzi, ugyanis a lakóhelyen, orvosi és táplálkozási ellátáson, közösségi életen, munkalehetőségen kívül számos szolgáltató egység (mozi, fodrász) elérhető itt a betegek számára. Ezen kívül elfoglaltságot is kínálnak az ápoltaknak, a rehabilitációs foglalkoztatások, különböző terápiák (zene, irodalom, színház), és minden szobában van televízió. Egyrészt a törődést, gondoskodást, jól felszereltséget bizonyítja, hogy szinte minden megtalálható itt, ami az élethez kell, másrészt viszont nyilvánvaló cél is, hogy az ápoltaknak ne legyen szükségük arra - legalábbis elviekben -, hogy elhagyják az otthont.

---

<sup>107</sup> Az intézet múltjáról egyébként igen kevés forrás maradt fenn, ugyanis „A vezetőség az intézet 50 éves évfordulójára történeti anyagokat gyűjtött, azonban a Megyei Levéltárban csak néhány újságcikket találtak, az ápoltak személyi iratai pedig az 1960-as években eláztak és csak a nyilvántartás maradt meg. Az intézetről az egyik legjelentősebb forrás Hajnóczy Péter Elkülönítő című 1976-os cikke, ami rendkívül negatív képet fest az intézet működéséről.” (Bányai - Légmán 2009)

*„Az intézet kis állam, bent foglalkoztatják a lakókat, rendszeren foglalkoznak velük, ott minden van, igazgató mindenben segíti őket, intézettel gondnokoknak jó a kapcsolatuk, együttműködnek.” (hivatalos városi gondnok)*

Az interjúk során többen az „állam” kifejezést használták az Intézet leírására, és valóban az Intézet egy „miniállam”, mely szinte a teljes társadalmi kirekesztődésnek megfeleltethető. Az ápoltak akkor hagyhatják el az Intézetet, léphetnek ki a kerítésén, amikor a délutáni néhány órás kimenőjüket a városban töltik. A „kinn-benn”, „ők-mi” határozottan elkülönülő viszonyról írható le, és maguk az ápoltak és az Intézet dolgozói is verbalizálják ezt a megkülönböztetést. Ez az elkülönítés különösen a „normálisak” számára fontos, hiszen ők nem ott élnek, szabadok, hazamehetnek, nincsenek bezárva, és egyáltalán, ők a normálisak.

*„kifelé is nagyon sok kiállításunk volt” (főnővér)*

A számtalan programlehetőség és terápia ellenére az intézeti élet mindemellett sivár és személytelen is, az itteni szolgáltatások ellenére is az ápoltak többsége egyedül, vagy kis csoportokban, cigarettázással és kávézással tölti napjait.

*„Az intézet működésével az a baj, hogy hatalmas, város a városban, kis állam, ha a fele lenne, akkor sokkal családiasabb lenne a légkör, van olyan dolgozó, akit nem ismerek. 300 ember dolgozik itt. Rám 72 beteg jut, örülök, ha a foglalkozásokat meg tudom csinálni,” (mentálhigiénés nővér)*

Ez a fajta életmód merőben különbözik egy „normális” felnőtt életmódjától, szinte elképzelhetetlennek tűnik a kerítés innenső oldaláról nézve. Az integráció, az önálló életvitel semmilyen formában nem valósul meg, és jövőbeni lehetősége is minimálisra zsugorodik.

*„Heti rendszerességgel van egy kötelező megjelenés a fürdetésnél, attól függetlenül, hogy minden nap mosakszik-e. Ellenőrizni kell a haját, bőrét.” (Intézet főnővére)*

Azonban belátható, hogy több mint félszáz embert csak fegyelmezett, pontos napirenddel, a betegek ellenőrzésével lehet zökkenő- és konfliktusmentesen irányítani. A szabadság és az egyéni igények korlátozása abban is megjelenik, hogy mintegy büntető-jutalmazó módszerként használják a városi kimenőt, amit szigorú szabályokhoz kötnek. Ugyanis a kimenők egyben fegyelmező eszközök

is, „rossz” magaviseletért megvonják tőlük ezt a lehetőséget is. Az Intézeti élet a kiszolgálás, szolgáltatások, a fegyelmezés, a szabadságkorlátozás az ápoltak számára teljes önállóság elvesztését és egyben a teljes kiszolgáltatottságot jelentik.

Már több évtizede több generáció kiszolgálta ezt az Intézetet, szinte együtt élnek vele, és 2007-ben is a vidéki városban ez az Intézet volt a második legnagyobb foglalkoztató (324 főnek ad munkát). Tehát a város lakóinak alapvető érdeke, hogy az Intézet ne szűnjön meg, a kitaposott útról ne kelljen letérnie senkinek, se az ápoltaknak, se az ott dolgozóknak. A személyzet jelentős része már több évtizede az Intézetben dolgozik, alacsony a fluktuáció, ami az intézet állandóságát, változatlanságát (és változtathatatlanságát) biztosítja. A szükséges minimum, az egészségügyi végzettség adott, (Az Intézet működtetését fele részben egészségügyi végzettségűek látják el, ebből 2 teljes állású orvos - egy általános és egy üzemorvos -, egy félállású háziorvos és három félállású pszichiáter.), de ezen túlmenően nagyon sok újítás vagy változás, ami a status quo-t fenyegetné senkinek nem érdeke. Az Intézet fenntartója és üzemeltetője a budapesti önkormányzat, azonban a tényleges vezetést, a gyakorlati működést is az Intézet vezetőjére bízta.

*„Igazából, biztosan, hogy észrevették, hogy igazgató úr mennyire nyitott, és nagyon sokoldalú, és tényleg mindenben a lakók érdekeit képviseli. Én úgy gondolom, hogy ezt a nagyon sok változást azért neki lehet köszönni mindenben.”*  
(Intézet főnövére)

Az Intézeti dolgozók főképp nők, akiket az igazgató, szinte egyedüli férfiként, irányít. A főnövér, aki körbevezetett minket elmesélte, hogy ő egy évig egy idősök otthonának volt az igazgatója, majd úgy döntött, inkább visszatér ebbe az Intézetbe, ahova gond nélkül vissza is vették. „Az intézetben tapasztalataink alapján a fegyelmezés egyik legalapvetőbb eszköze a paternalisztikus viszonyokban rejlik” (Bányai-Légmán 2009b p.81)

A célszervezet telephelyéül szolgáló Intézet tehát egyáltalán nem segíti elő a társadalmi integrációt, egyáltalán nem készít fel az Intézetten kívüli, „normális” életre, teljesen más szabályok, szokások jellemzik. A célszervezetnél dolgozók nem hagyják el az Intézet területét, mikor dolgozni mennek, nem kell utcára

lépniük, ugyanis az 1960-as évek végére külön pavilont alakítottak ki a foglalkoztatás számára a kerítésen belül. Nem kell megtenniük az egyébként szokásos kötelezettségeket, mint mosakodás, átöltözés, elindulás. A munkatársak betegtársak, illetve van két munkafelügyelő, akik szintén „A” városbeli „normális” nő. Tehát különösebb elvárásoknak nem kell megfelelniük, mindenki tudja róluk, hogy „betegek”, sem „normális” munkavégzés, sem „normális” viselkedés nem várható el tőlük. Itt hibázhatnak is, mivel ha például nem tudnak bemenni dolgozni, könnyen helyettesíthetőek. Az Intézet tehát sem, fizikai sem környezeti, sem társas integrációt nem támogat, sőt kifejezetten hátráltatja azt.

A kitaposott út tehát már legalább 50 éves, és már korábban sokan ráléptek, az 1970-es évek végén 170-180 bentlakó dolgozott. Az 1980-as években az egész Intézetben jelentős bővítés történt, 1991-re alakult ki a 2007-ben is érvényes létszám. Ekkor az Intézet kezdeményezte a fővárosnál, hogy a korábbi pavilonos foglalkoztató helyett egy új foglalkoztatót építsenek, ekkor épült meg a mai foglalkoztató helyiség a park közepén.

*„minden központ Budapesten van, napi telefonos kapcsolat van köztük, és szinte minden hónapban lejönnek. [...] van egy megállapodás az intézet és a K. kht vezetője között, L. negyedévente „A” városba látogat. Jó az együttműködés az intézet vezetőivel, a betegek munkájával elégedettek.” (munkavezető)*

A gazdasági, pénzügyi alkuk és megállapodások, a hosszú távú stratégia kidolgozása, tehát az intézet és a célszervezet igazgatója között történik, akiknek kölcsönös és jól felfogott érdekük a célszervezet és az Intézet stabilitásának fenntartása. A munkavállaló - aki ebben az esetben az Intézetben lakó pszichiátriai betegnek diagnosztizált - számára pedig azt közvetítik, hogy nincs más lehetősége, nem tudna önálló életet élni, a családja nem fogadja be, és neki ez a hely a legjobb, ahol élhet. Ez a fajta rögzült attitűd, foglalkoztatási forma és szociális ellátórendszer termeli újra azokat a gyakorlatokat, mentalitásokat, melyek elrejtik, láthatatlanná teszik a pszichiátriai diagnózissal élőket.

## VI.2.2. Közösségi rehabilitáció a Kerülő út mentén – támogatott önálló életvitel

A szociális foglalkoztató is egy védett formája a foglalkoztatásnak, mind gazdasági, mind társas értelemben. Itt sem tudnának tisztán piaci viszonyok között gazdálkodó szervezetet működtetni és a munkatársak jelentős része megváltozott munkaképességű, csak az igazgatói, munkaszervezési, adminisztratív személyzet munkaképessége teljes értékű. A megváltozott munkaképességűek számára mégis inkább félig-nyílt foglalkoztatásnak felel meg ez a munkalehetőség, hiszen önállóan élnek, reggel önállóan kelnek fel, majd el kell indulniuk otthonról, közlekedniük kell – néha persze segítséggel –, többféle, más sérüléssel együtt élő emberhez kell alkalmazkodniuk. A napi munkabeosztás is többé-kevésbé a „megszokott” munkabeosztást tükrözi: ugyan 6-7 órát dolgoznak egy nap, de nincs 2 órás csendespihenő a 3-3 órányi munka között, mint a célszervezetnél, csak ebédszünet, és óránként 5-10 perc pihenő.

A munkavégzés maga egy nagy teremben folyik, tehát nincsenek külön irodák, műhelyek. A munkatársak egy térben való foglalkoztatása az esetleges rosszullétek miatt indokoltnak tekinthető. Ezen túl is nem szokványos odafigyeléssel törődnek a megváltozott munkaképességű munkavállalókkal, elsősorban a további egészségkárosodás elkerülése végett.

*„Nem csak megváltozott munkaképességű dolgozók dolgoznak nálunk, mert ugye vannak olyan munkafolyamatok, amit nem szabad rábízni olyan emberre, aki valamilyen szinten sérült, beteg ember. A boltjainknak a boltvezetője, a pénztáros, a pultban dolgozó ember az legtöbb esetben egészséges, merthogy egy szeletelőgéppel dolgozni, egy olyan embernek, mondjuk, aki epilepsziás rohamot kap, tehát az veszélyes üzemnek minősül. Úgyhogy nem nagyon szoktuk oda engedni őket. És itt is vannak olyan eszközök, nem nagyon van gépesítve a foglalkoztató. [...] Igyekszünk figyelni arra, hogy ne kerüljön senki olyan helyzetbe, hogy bármiféle baleset érje.” (foglalkoztató igazgatónője)*

Szintén nem megszokott gyakorlat a piaci vállalatoknál az, ami ebben a foglalkoztatóban jellemző, ugyanis itt mindenkire egyenként név szerint kötöttek balesetbiztosítást, ami nem csak a munkaidő tartamára, hanem már az oda és a hazavezető úton is érvényes. Ezen kívül vettek egy egészségügyi dobozt, pályázat útján szereztek egészségügyi berendezéseket (bioptron lámpa, masszírozó gép, légterápiás levegőtisztító készülék), odafigyelnek arra, hogy munkavégzés közben ne betegedjen le senki.



Egy másik hivatalos feladat a törvényi előírás szerint az egyéni rehabilitációs terv elkészítése, és az új rendelet szerint két fő rehabilitációs munkatársat foglalkoztatni is kötelesek. Az igazgatónő szerint olyan gyorsan változnak a rendeletek, hogy szükség van ezeknek a munkatársaknak a foglalkoztatására más személyi erőforrás híján, és ők is folyamatosan továbbképzésekre járnak. A rehabilitációs szakemberek rendezik az ott dolgozók orvosi, munkaképességi papírjait, amiket zárt helyen borítékban tárolnak, felügyelik az orvosszakértői felülvizsgálat lejárat dátumait. Ezen kívül minden hónapban jelentést kell készíteniük a ledolgozott, táppénzen töltött napokról, ezt eljuttatni a munkaügyi központba, ugyanis ez alapján igényelhető az állami támogatás. A rehabilitációs szakemberek itt azonban nem csak papírmunkát végeznek, hanem minden nap körbejárnak a megváltozott munkaképességű dolgozók között, beszélgetnek velük, ha szükséges elkísérik őket hivatalos helyekre ügyet intézni, sőt, akár magánéleti problémákban is segítenek.

A hivatalos formai gondoskodáson túl ebben a foglalkoztatóban ennél több törődést, figyelmet is kapnak a megváltozott munkaképességűek, ami emberi kapcsolatok mentén alakul ki. Tapasztalatom szerint alapvetően az igazgatónő személyisége a meghatározó abban, hogy ez a fajta személyes gondoskodás teret kap, ami szervezőképességének, karitatív szellemének köszönhető.

*„családi a viszonyunk. Ez olyan szinten családi, hogy mindenkiről tudunk mindent, arról is, hogy milyen körülmények között él, milyen az otthona, van-e családja, családon belül van-e bármiféle probléma, itt szó szerint családi a viszony, mert bárkinek bármi problémája, azonnal jöhet hozzám, azonnal próbálunk segíteni, akár abba, hogy közüzemi tartozása van, akár abban, hogy bármiféle segítség kell. Kapcsolatba állunk nagyon sok intézménnyel, vörös keresztén keresztül szoktunk például ingyen ruhához juttatni a dolgozókat.”*  
(foglalkoztató igazgatónője)

Ebből az idézetből kitűnik, hogy az igazgatónő időnként egyes, időnként többes számban beszél. Alapvetően ő a főnök, a meghatározó ember, de úgy tűnt, hogy ezt a fajta segítőkészséget elvárja és meg is kapja a beosztottaitól is és a többi szervezettől is, melyekkel kapcsolatban állnak. Állandó kapcsolatban vannak az önkormányzati szociális osztállyal, ha kell, segít a munkavállalóinak közgyógyellátást, vagy más segílyt igényelni, esetleg fizetési előleget is ad. Az igazgatónő gondoskodása korántsem olyan paternalisztikus, mint a bentlakásos Intézet igazgatójáé, illetve jelentős különbség abban nyilvánul meg, hogy ebben

az esetben az önálló életvitel fenntartása és nem a szegregáció és hospitalizáció a cél.

*„Embert utcára nem rakunk.” (foglalkoztató igazgatónője)*

Az igazgatónő ennek szellemében is jár el, ha valakinek problémája van a munkavégzésével, személyesen leül beszélni vele, esetleg soron kívül egy nap szabadságra küldi. (Ottlétem alatt is fültanúja voltam egy hasonló témájú telefonbeszélgetésnek.) A telefonja mindig be van kapcsolva, éjszaka is, és mindig fel is veszi, még hétvégén is. Az igazgatónő személye meghatározó, és ő tényleg mindent megtesz munkavállalóiért, hiszen neki is érdeke, hogy fennmaradjon és a lehető legkevesebb belső problémával működjön a foglalkoztató.

Az igazgatónő meghatározó személyén kívül természetesen a kollegákkal való viszony is fontos, ez is alapvető eleme a társas integrációnak. Az Egyesületben a közösségi élet megszervezésére is figyelnek, van egy közös konyha, ahol leülhetnek enni, vagy kávézni, udvaron kialakított dohányzóhely van. A munkavégzés is úgy folyik, hogy a nagy termen belül külön asztaloknál dolgoznak, ahol négy fő ül, tehát van lehetőség kisebb csoportokban is kapcsolatot teremteni, beszélgetni. Az egyik asztalnál süketnéma munkavállalók ülnek a kommunikáció miatt, de az igazgatónő szerint az alapvető jeleket sokan megtanulták. Évente egyszer szerveznek kirándulást, amire természetesen az igazgatónő úgy szerez buszt, hogy ez nem jelent költséget sem a dolgozóknak, sem az Egyesületnek.

Szerveznek úgynevezett kitelepüléseket más szervezetekhez, megjelennek a civil szervezetek napján, kerületi búcsúban, vigasságokon, kapcsolatban állnak nagycsaládosokkal, mozgáskorlátozottak, pszichiátriai betegek egyesületével.

Ez a foglalkoztató tehát egy adott kerületi közösségbe beágyazottan működik, a kerület szervezeteivel állandó és aktív kapcsolati hálójuk alakult ki. A megváltozott munkaképességűek nem szakadtak ki eredeti lakókörnyezetükből, sőt segítik, támogatják részvételüket. A foglalkoztató azonban egy védett közeget biztosít számukra, amelynek előfeltétele a precíz munkavégzés és az együttműködés. Az igazgatónő pontosan tudja, hogy igen alacsony a fizetésük és

a nyugdíjaik is, igyekeznek elkerülni a táppénzes napok számának felszaporodását, és jutalmat is szokott adni. A foglalkoztató egy olyan óvó-védő közeget biztosít, mely sokaknak az egyetlen közösség is, mert az igazgatónő szerint sokan egyedül élnek. Az ott dolgozók lojálisak a foglalkoztatóhoz, és azzal hálálják meg, hogy hasznos munkaerők, és ők is a lehető legkevesebb időt töltenek betegállományban, és ráadásul ez nekik is érdekük.

### **VI.2.3. Közösségi rehabilitáció az Egérút mentén – közösségi ellátást biztosító Alapítvány**

Az egérút metafora jelentése úgy értelmezhető ebben az esetben, mint egy olyan út, mely lehetőséget ad arra, hogy a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak kikerüljenek a számukra több évtizede változatlanul és kirekesztő módon működő egészségügyi, társadalombiztosítási, foglalkoztatáspolitikai rendszerből. Teljességében ez igen ritkán valósulhat meg természetesen, és kizárólag jól végiggondolt intézményi, családi támogatás szükséges hozzá. Éppen ezért egy foglalkoztatási rehabilitációt megvalósító magán munkaközvetítő iroda és a hozzá szorosan kapcsolódó közösségi ellátást végző Alapítvány működést mutatom be. A munkaközvetítő irodát is az Alapítvány szakemberi hozták létre, ugyanis egyre gyakrabban találkoztak azzal a szituációval, hogy dolgozni képes és akaró klienseiket a hivatalos szervek nem tudják reintegrálni a munkaerőpiacra. Ezt a fajta űrt kívánta betölteni, mintegy egérutat mutatva klienseik számára, mert korábbi tevékenységeik egyik tanulsága is az volt, hogy az önálló életvitel kialakításában, a társas reintegrációban kiemelt szerepe van a munkaerőpiaci részvételnek.

#### *Egérutas szervezet és kliensek*

Az Alapítvány szemléletnek a lényege abban áll, hogy a pszichiátriai betegséget nem betegségként, hanem állapotként kezelik (sőt bizonyos pszichiáterek szerint nincsenek is pszichés mentális betegségek, hanem ezek mind társadalmi konstrukciók), és céljuk ezeken az állapotokon való átsegítés a tartós és sok mellékhatással járó gyógyszeres kezelés és kórházi ápolás elkerülése. Ennek megfelelően az Alapítvány egy szolgáltató szervezet, melynek tevékenységei a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak társadalmi integrációját segítik elő. Ezek a

szolgáltatások nem csak a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakra irányulnak, hanem családjukra, a környezetükben élőkre, velük kapcsolatban állókra is, hiszen nekik is együtt kell élniük a változó mentális állapotú emberekkel.

Mindez az úgynevezett pszicho-szociális rehabilitációban szerveződik meg, melynek hivatalos ellátási formaként a közösségi ellátás felel meg. A közösségi ellátás nevéből következően nem akarja megmenteni a társadalmat, a közösséget a mentális betegektől, azaz elzárni őket lakhelyüktől távoli nagy, személytelen intézetekbe, hanem eredeti közösségükben akarja megtartani, és azt élhetővé alakítani. A mentális beteget önálló életvitelében, a meglévő képességeik, kapcsolatainak megtartásában és felhasználásában támogatják (elkísérik hivatalos ügyet intézni, munkaügyi központba, segítik álláskeresésben, szabadidő eltöltésében, információt nyújtanak neki egészségügyi, szociális ellátásokról, problémamegoldó beszélgetéseket folytatnak), valamint segítik őket a hospitalizáció elkerülésében. A közösségi ellátás azonban azt is magában foglalja, hogy a mentális beteg családját, környezetét, önkéntes segítőket is bevonják a gondozásba, és ha szükséges a családdal is folytatnak szociális, támogató munkát. Az ellátás lényege, hogy személyes és igény szerinti, az ellátott(ak) szükségleteihez alkalmazkodó. Ennek megfelelően az ellátások igénybevétele önkéntes.

Ez az Alapítvány 1995-ben alakult, hivatalosan 1996-ban lett bejegyezve. Szellemiségében, céljaiban egy nemzetközi kezdeményezéshez kapcsolódik, mely nem hierarchikus, szigorú szabályok szerint szerveződik, hanem inkább laza, dinamikus és inspiratív kapcsolatban állnak egymással, és a mentális problémákhoz való viszonyulás köti össze őket (bizonyos nagyhatású pszichiáterekhez kapcsolható szemléletmód).

A magyarországi társaság alapvetően mozgalomnak, közösségnek, „megtartó közösségnek” definiálja magát. A mozgalom szellemiségét egy pszichiáter és a hozzá kapcsolódó szakemberek (szociális munkások, szociológusok, pszichológusok) honosították meg. Maga az Alapítvány létrehozását egy mentális problémák tekintetében érintett család és három piaci cég szervezte meg (ebből kettő már nem létezik). Az Alapítványt olyan személyek működtetik, akik egyetértenek a közösségi pszichiátria szellemiségével. A szervezetben kevés vezetői szint van, a munkatársak alapvetően szociológusok, szociálpolitikusok,

szociális munkások, pszichiáterek, szakápolók, de van jogászuk is. Önkéntesként bárki csatlakozhat a szervezethez, tehát ilyen értelemben nyitott. Egy főállású pszichiáterük van.

*„Alapítványt úgy látom, hogy sikerült csinálni egy oázist, ahol jól érzi magát a pszichiáter. Ez olyan menekülés, mint külföldre kimenni. Olyan körülmények között, ahol azt csinálom, ami szerintem jó. Az alapítványi működés könnyű, olyan szempontból, hogy vakok között, könnyű a félszeműnek, mert olyan rosszak kívül a körülmények egyébként, annyira lepusztult ez a bizonyos sivatag.” (alapítvány pszichiáttere)*

Az Alapítvány tevékenységei és szellemisége jelentősen különbözik a célszervezetnek otthont adó Intézetétől, és részben a foglalkoztatótól is. Klienseiket egyenrangú félként kezelik, akiket hosszabb-rövidebb ideig támogatniuk kell. Nem gondoskodni akarnak róluk, megóvni őket a „normálisak” világától, inkább a „normálisak” felé próbálnak nyitni, ugyanis az Alapítvány célja nem csak a mentális problémákkal élők támogatása, hanem a társadalmi véleményformálás is. 1997-től kisebb megszakításokkal „szellemi műhely” szerveznek valamelyik budapesti kávézóban, moziban vagy rendezvényhelyszínen, melynek célja az alapítvány szellemiségének terjesztése.

Az Alapítvány nem csak szellemiségében nyitott, hanem területileg és közösségileg is integrált, egyértelműen elhatárolódott az egészségügyi környezettől. Alapításkor egy külvárosi családi házat béreltek, de ennek fenntartása sikertelen volt. Ezután családsegítő szolgáltatásokat kerestek meg, és azok, akik az Alapítvány szellemiségével, célkitűzéseivel egyetértettek ingyen felajánlották helyiségüket a klubok üzemeltetésére. A nappali ellátás azóta is önkormányzati tulajdonú helyiségekben van, a kliensek lakókörnyezetétől nem távol (az egyik egy panellakótelep földszinti lakása). Később maga az Alapítvány, sikeres forrásteremtést követően, egy igen kicsi, de saját irodát nyithatott a belvárosban. Az iroda azóta elköltözött, területe is bővült, de továbbra is a belvárosban található. Az Alapítvány közösségi szempontból is alapvetően nyitott, bárki részt vehet a tevékenységeiben, munkájában, támogathatja, vagy finanszírozhatja működését, bemehet klubjaiba, részt vehet hétköznapijaiban, kávézhat, beszélgethet, és a rendezvényei sem zártkörűek.

Az Alapítvány működésének finanszírozása állandó kérdés, az egészségbiztosítás kezdetben nem támogatta, majd ez megváltozott, de jelentős forrás származik pályázati pénzekből, adományokból, az adó 1%-ából is. Az Alapítvány, mint hivatalos értelemben vett, állami pénzből finanszírozott ellátási formát megtestesítő szervezet csak 2000-ben kezdett el működni. A szolgáltatásai folyamatosan bővültek.

- Az alapítás után négy helyszínen heti rendszerességgel úgynevezett klubokat működtetett pszichiátriai betegek és családtagjaik számára. Ezek rendszerint kis létszámúak voltak, és kifejezetten a kliensekre fókuszáltak, az önálló életvitelben támogatták, melynek része közösségi életben való részvétel is.
- 1997-től elindították az ún. családi tanácsadó szolgálatot két budapesti kerületben, melynek tevékenysége részben államilag finanszírozható. A szolgáltatás célja, hogy a család megmaradjon, és képes legyen boldogulni a hétköznapi életben, és ne alakuljon ki olyan krízishelyzet, aminek a vége a kórház. A nappali ellátás folyamatosan alakul, és változik az igénylők, a pályázatok, a finanszírozás és az önkormányzatokkal való kapcsolatnak megfelelően. 2010-ben hivatalosan 40-40 főt láttak el.
- Mobil krízis szolgálatot szerveztek, melynek lényege, hogy 4-5 fős stáb a nap 24 órájában megkereshető volt telefonon mentális krízishelyzetben lévők számára. Ezt a fajta ellátást a nemzetközi irodalomban intenzív esetmenedzsmentnek hívják.

Az Alapítványon belül létrehoztak egy olyan munkacsoportot, mely a megváltozott munkaképességű pszichiátriai problémában érintett emberek nyílt munkaerőpiaci reintegrációjára szakosodott. Kezdetben négyen működtették ezt a csoportot, és pályázati pénzekből finanszírozták tevékenységét. A szolgáltatás annyira népszerű volt, hogy külön irodát béreltek és az Alapítványon belül önálló pozíciókat hoztak létre.

Az Alapítvány munkaerőpiaci reintegrációjának két alapvető feladata van. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak felkészítése a munkaerőpiacra, ami különösen indokolt és szükséges, akkor, ha hosszabb időt kórházban, vagy otthon „pihenéssel” töltött a kliens. Néhány év kihagyás is jelentős mértékben tudja növelni a bizonytalanságérzetet, rutintalanságot jelent a munka világában. A

másik feladat az álláskeresésben való segítség, valamint munkáltatók felkeresése. Továbbá segítenek a munkavállaláshoz szükséges iratok – NRSZH igazolás, APEH Start kártya, gondnokság – igénylésében, beszerzésében is.

Ha a kliens felkészültnek érzi magát az álláskeresésre, akkor irodai háttérrel biztosítanak neki, online, vagy újságból böngészheti a konkrét álláshirdetéseket, telefonokat, maileket intézhet onnan. Valamint megpróbálják tartani a kapcsolatot kliensek pszichiátereivel is, ugyanis a gyógyszereszt szükséges úgy beállítani, hogy ne akadályozza a munkavállalást. Illetve van saját pszichiáterük is.

Az Alapítványnak alapvetően három nehézséggel kell szembenéznie; a saját működéséhez szükséges források biztosítása mellett, a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal kapcsolatos előítéletekkel, és a rokkantosság, leszázalékolás visszaszolgáltatásával is. Ugyanis „enyhébb”, ám igen gyakori orvosi diagnózis esetén (neurózis, depresszió) csak 50%-ban százalékolják le klienseiket, ami után nyugdíj nem jár, csak szociális járadék, és ráadásul a foglalkoztató is jóval alacsonyabb állami dotációt kap. Így a kettős akadályok mellett még egy további is nehezíti a munkavállalást, ugyanis a szociális járadék mellett maximum napi 7 órában lehet dolgozni. Tehát, ha a kliens nem szeretne elesni a járadéktól, akkor mindenképpen be kell vallania a leszázalékolást az állásinterjún. Így ha valakiről a munkáltató nem tudja, hogy pszichiátriai diagnózisa van és az előítéletei nem kezdnek el munkálkodni, akkor magának az álláskeresőnek kell megmondania, ami gyakorlatilag teljesen ellehetetlenítheti az álláskeresést. (Elviekben tilos megkérdezni az állásinterjún, hogy miért van leszázalékolva pályázó.)

*„Jelen pillanatban ebben az országban nagy dolgok nem történnek meg velünk. Ez így van. Amit képtelenség megcsinálni, azzal szembe kell nézniünk, akkor változtassunk valamit az elképzelésünkön. [...] Valami megmozdult ebben az országban ilyen tekintetben, lehetőséget adnak civil szervezeteknek is, hogy szervezeten belül vállalkozást indíthat, és óriási szemléletváltás, hogy ne csak a normatívára várjunk, meg a kis nyugdíjra, hanem szervezeten belül is tehetnek valamit és a beteg is próbáljon meg tenni valamit” (pszichiátriai betegnek diagnosztizált, jelenleg a Szerviz út alapítványánál állásfeltáró)*

2007-ben a dotációs finanszírozás szabályozása annyiban nyitottá vált, hogy a dotációt igénylő akkreditációs tanúsítványt már nem csak célszervezet igényelhet. Azonban ezzel annyira bonyolult és aprólékos adminisztráció jár együtt folyamatosan (gondozási tervet kell készíteni és értékelni annak megvalósulását,

amit a szociális foglalkoztatóban két erre szakosodott kolléga végez), hogy a munkaközvetítő iroda sem tudja átvállalni, így szinte kizárólag olyan cégek vállalják ezt fel, amelyek eleve megváltozott munkaképességű személyek foglalkozására szakosodtak.

*”Ezért gondolom, hogy az integrált foglalkoztatásban jó darabig nem lesz előrelépés. Nem fogja fel az állam, hogy ez az ő érdeke is, hogy piaci keretek között működjön ez a foglalkoztatás. Nem lehet az érdeke az államnak, hogy ezeket az embereket a pszichiátriai ellátás körül tartsa.” (pszichiátriai betegnek diagnosztizált, jelenleg a Szerviz út alapítványnál állásfeltáró)*

Az Alapítványnak szembe kell néznie a korábban említett munkaerőpiaci támogatások aránytalansága mellett azzal a nehézséggel is, hogy még a törvény is diszkriminálja a pszichiátriai betegeket, ezáltal sok pályázati forrásból nem részesülhetnek, és mindez a nappali klubok támogatásában is megjelenik.

*„Állami normatíva folyamatosan csökken, nem értem, hogy a fogyatékosok nappali intézményében miért 470 ezer az állami normatíva, mikor ellátásbeli különbség nincs. Itt az állami normatíva kb. 197 ezer, 200 ezerről csökkentették le. Nem ellátásbeli különbségek vannak, hanem érdekérvényesítő, és ezt botrányosnak tartom.” (Alapítvány munkatársa)<sup>108</sup>*

Maga az Alapítvány munkaerőpiaci irodájának tevékenysége is egyfajta egerútként értelmezhető, hiszen bizonytalan forrásokból, bizonytalan, és államilag alig-alig támogatott célcsoporttal és céllal dolgozik. Azonban célcsoportjukkal, az Alapítvány tapasztalatai szerint, a hivatalos munkaerő-közvetítő irodák nem tudnak mit kezdeni, ha egyáltalán klienseik eljutnak odáig.

*„A Pszichiátriai Érdekvédelmi Szervezet erre azt kérte, hogy nyilvánítsák őket fogyatékosokká, mert úgy tűnik, hogy másként ők nem kaphatnak semmit. Egy fillér állami pénz nincs az Alapítványban. A foglalkoztatási programokat sem támogatja. Azt mondják, ott vannak a Munkaügyi Központok, azok ellátják ezt. Ez azonban nem igaz. Rehabilitációs Információs Centrum (RIC) az kb. 4%-os hatékonysággal dolgozik, mi 25%-ossal. Ez a munkába állítási hatékonyság. Ennek ellenére mi nem kapunk pénzt az államtól, ők kapnak. Az állam szempontjából a foglalkoztatáspolitikát kimerül annyiban, hogy a célvállalatoknak adunk dotációs pénzt.” (Alapítvány munkaerőpiaci integrációért felelős szakembere)*

Az állami munkaerő-közvetítő irodák, ha tudnak a magán munkaerő-közvetítő irodáról, oda küldik klienseiket. A rehabilitáció és az álláskeresés

<sup>108</sup> Ezek az összegek 2007-es támogatások.



következményeképpen 2007-ben 20-30%-os sikeres kiközvetítési rátával dolgoztak, annak ellenére, hogy szerintük is nagyon elutasító a munkaerőpiaci fogadtatás. A legnagyobb probléma azonban, amivel a munkaközvetítő iroda sem, és klienseik sem tudnak mit kezdeni a munkaerőpiacon tapasztalható stigmatizáló attitűd.

*„100 cégből 10 az, amelyik hajlandó alkalmazni pszichiátriai betegeket, általában személyes érintettség. Általában végighallgatják őket, utána udvariasan elutasítják.” (Alapítvány munkaerőpiaci integrációért felelős szakembere)*

*„Vannak dolgok, amihez nem kell pénz, a stigma meg a presztizs.” (alapítvány pszichiátere)*

*„és megtudták, hogy megváltozott munkaképességűeket foglalkoztatunk, nagyon örültek nekünk, de máris ott volt a fal köztünk.” (pszichiátriai betegnek diagnosztizált, jelenleg az Szerviz út alapítványánál állásfeltáró)*

Éppen ezért a munkahelyek feltárása, a munkaközvetítés is speciálisabb, nagyobb odafigyelést igényel. Az egyik járható út, hogy maga az iroda keres fel cégeket, már kialakultak állandó kapcsolataik, a másik pedig a kliensek kapcsolathálójának feltérképezése, és az ott rejlő álláslehetőségek felkutatása. A TÁMOP adatbázis eredményei is ezt igazolják, a munkavállalók többsége családon, ismerősökön keresztül talált állást. Az iroda tapasztalata az, hogy a kis- és középvállalkozások inkább befogadják a fogyatékkal élőket, és tolerálni tudják nehézségeiket, odafigyelnek rájuk. A multinacionális cégek ehhez túlságosan nagyok, személytelenek, az állami szféra pedig nem fogadja szívesen a pszichiátriai diagnózissal élőket a munkaközvetítő iroda tapasztalata szerint.

*„Multi a normál embert is betegre dolgoztatja, nem hiszem, hogy ez bármelyik betegnek jó lenne, nincs keresnivalója ebben a szférában.” (alapítvány pszichiátere)*

Ez az Alapítvány tehát teljes mértékben elősegíti a pszichiátriai diagnózissal élők közösségi integrációját, az általuk létrehozott munkaközvetítő iroda is azért jött létre, hogy háttérrel biztosítson a munkavállalásra, felkészítsék, tájékoztassák klienseiket. A céljuk az, hogy az első munkahelyeket még ők szerezzék, de aztán „saját lábára” állva tudjon megmaradni a munkaerőpiacon. A már elhelyezett klienseket továbbra is mentorálják, tartják a kapcsolatot, ha a kliens igényli, illetve tapasztalataik szerint általában jelentkeznék is, hogy beszámoljanak arról,

hogy érzik magukat, milyen a munkahely, valamint a cégek is vissza szoktak jelezni, akkor is, ha valami probléma volt.

### ***VI.3. Az egyéni rehabilitáció útjai a munkavégzésen keresztül***

A munkaerőpiaci rehabilitáció egyben az egyéni rehabilitáció egyik kiemelten fontos állomása. Ebben az alfejezetben arra a kérdésre keresem a választ, hogy milyen hatással van a pszichiátriai betegnek diagnosztizálásra, ha dolgozhatnak, és nem inaktívként töltik életüket. Azonban az eddigiekből is kitűnik, hogy a három munkahely másféle munkát, fizetést, fizikai körülményeket, közösséget, kollegákat, segítő személyeket jelent, ezért érdemes megvizsgálni, hogy maguk az érintettek hogyan látják munkahelyüket, saját állapotuk változását a foglalkoztatás és környezetük hatására.

#### **VI.3.1. Egyéni rehabilitáció a Kitaposott úton – láthatatlanná tett betegek**

A Kitaposott utat megtestesítő bentlakásos Intézet és azt ott üzemelő célszervezeti foglalkoztatás egyéni rehabilitációra gyakorolt hatását két szempont szerint mutatom be: a hivatalos fejlesztő-felkészítést megvalósítását célzó foglalkoztatás munkaerő kiválasztását és felvételét, illetve az Intézetben lakó és a célszervezetben dolgozó két ápolat tapasztalatait.

Az esettanulmányhoz tehát két intézeti lakó pszichiátriai betegnek diagnosztizálással készítettünk (Légmán Annával) életútinterjút, és az egyik interjúalany testvérével, aki egyben a gondnoka is, éveken keresztül tartottuk a kapcsolatot. A férfi ápolat az interjú készítésekor 42 éves, és 7 éve, azaz 35 éves kora óta az Intézet lakója, míg a női ápolat 58 éves, és 16 éve él itt. Mindketten a „jobb” állapotú betegek közé tartoznak, a „jobb” állapotú, felújított épületszárnyban kaptak egy házastársi, kétágyas szobát, és mindketten dolgoznak K. vállalat telephelyén. A női ápolat egyik gyermeke szintén az Intézet lakója, viszont Ő „rosszabb” állapotban van, a „rosszabb” állapotú épületszárnyban lakik egy 6 ágyas szobában. Ezt az épületet az Intézet dolgozói nem mutatták meg nekünk, csak a női ápolat vitt el bemutatni a fiát.

Az Intézetben lakó interjúalanyaink az Intézetben ismerkedtek meg, és gyámjaik beleegyezésével házasságot kötöttek, az Intézet igazgatójának engedélyével pedig

elmehettek nászútra egy éjszakára az „A” városban található egyik panzióba. Mindezt maguk finanszírozták nyugdíjukból és a célszervezeti munkájukért kapott fizetésükből.

*„Egy éve vagyok nő, hat éve vagyunk együtt jóban-rosszban. Nem jó itt lenni. Az embert állandóan zaklatják, nincs szombat vasárnap, csak gyógyszerezik az embert, meggyógyítani nem tudnak, mert nem is értenek hozzá, itt sorba halnak meg az emberek.” (férfi ápolat)*

Ez a határmenti Intézet tehát alapvetően az ideérkező emberek többségének a végállomás, innen nincs kiút, és ezzel az ápolat tisztában vannak. A munkaerő kiválasztás már azonnal az Intézetbe történő felvételnél megkezdődik, ekkor kérdezik meg munkavállalási szándékáról. A munkavállalás kezdete az Intézeten kívül az állásinterjúra való jelentkezés, a szakmai önéletrajz bemutatása, amit az állásinterjú követ. Ebben az esetben a jelentkezés igen speciális, a bentlakásos Intézetbe való bekerülést jelenti, a szakmai önéletrajz inkább kórtörténet, és a munkaerő kiválasztása sem szokványos módon történik.

Amennyiben az új lakó szeretne dolgozni és erre lehetősége nyílik, az üzemorvosi vizsgálat után, hivatalosan egy négy főből álló team végzi el a munkaerő-kiválasztást, melynek során a megbízhatóság a legfontosabb szempont, amihez sokszor a jól és pontosan beállított gyógyszeradagok szükségesek. A felvételi procedúránál itt is több szempontot kell figyelembe venni. Minél nagyobb mértékű a potenciális munkavállaló munkaképesség-csökkenése, annál nagyobb dotációt kap utána a foglalkoztató, tehát „megfelelően” kell leszázalékolni az ápolatokat, vagy ha már van munkaképesség-csökkenésről orvosi papírja, akkor lehetőleg a II. csoportba tartozók közül kell választani olyanokat, akik tudnak dolgozni.

*„A munkaképesség csökkenése itt mindenkinél 100%, de felügyelet mellett dolgozhatnak. Minden évben van orvosi felülvizsgálat az üzemorvosnál, van egy rehabilitációs bizottság, évente összeülnek és eldöntik, hogy kik dolgozhatnak, előtte fejlesztési felkészítő, utána alkalmassági teszt kitöltése, az intézet választja ki, hogy ki dolgozhat, az osztályon a nővérek és a mentálhigiénés nővérek döntenek” (munkavezető)*

A foglalkoztatás szempontjából is figyelembe kell venni, hogy nem dolgozhat az a személy, aki kizáró gondnokság alatt áll, azaz cselekvőképtelen, csak olyan személy, aki korlátozó gondnokság alatt áll, azaz korlátozottan cselekvőképességű. Az

Intézetben minden lakónak van gondnoka, a többség korlátozó gondnokság alatt áll. Az intézet lakóinak többségének „A” városbeli hivatalos gondnoka van, akik nyilvánvalóan beleegyeznek a foglalkoztatásba.

*„Minden dolgozó egy mentálhigiénés nővérhez tartozik, ha látjuk, hogy nincs jól a beteg, munkavégzése bizonytalan vagy felküldjük osztályra, vagy az osztályon kiderül és leszólnak nekünk.” (munkavezető)*

A nagylétszámú, rokkantosított munkaerő „biztosításához” ez az otthon tökéletesen megfelel, így „A” városban is jól működik a rendszer, hiszen a célszervezet számára minden napra szükséges 120-140 ilyen ember, amit az Intézet 734 ápoltyjából ki lehet választani. Ez a jelentkezési és felvételi eljárás nem egyénre szabott, az ember egy munkaerő, aki adott szinten bármikor helyettesíthető, ilyen értelemben láthatatlan, személytelen, korántsem az egyéni rehabilitációt, a nyílt munkaerőpiacra történő fejlesztést segíti elő.

A munkavállalás az intézet dolgozóinak megítélése alapján történhet, a későbbiekben pedig a viselkedésüktől és állapotuktól függ. A munkavégzés egyfajta rendszabályozó funkciót is betölt, a „vállalathoz fűződő” lojalitás tehát a jó magaviseletet jelenti. Összességében a munkaerő kiválasztása a (fizikai és mentális) állapottól, a viselkedéstől, a gondnokságtól, és a munkaképesség-csökkenésétől függ, és maga a munkavégzés, az egyéni képességek, képzettség és igények úgy tűnik másodlagos szempontok, ha egyáltalán előkerülnek szempontként.

#### VI.3.1.1. Az egyéni rehabilitáció lehetősége

Az Intézet lakói számára akárcsak az életterük, úgy a munkalehetőségük is korlátozott, mégis interjúalanyaink inkább pozitívan nyilatkoztak erről a munkalehetőségről. Az ápoltak szempontjából is ez a fajta munkavégzés elsősorban jövedelmet – illetve a nyugdíjak, járulékok kiegészítését - és az értelmes időtöltést jelenti. Interjúinkból kiderül, hogy az itt kapott pénzt sok esetben tovább fialtatják, nem csak saját életminőségük (ruha, kávé, élelmiszer, cigaretta, élvezeti cikkek) javítására szolgálnak. Egyik interjúalanyunk dohányt vesz és cigarettát sodor, vagy nagy mennyiségben vacsorát főz, amit a többi bentlakónak árul.

*„...elintézték, hogy dolgozzak, toltam az ételes kocsit ezért kaptam 250.-Ft—ot, az elég nagy pénz volt akkor nekem, elmentünk a közértbe vásárolni és vettem egy őszibarack befőttet és egy ültő helyemben megettem és életben maradtam. Érdemes volt dolgoznom.” (női ápoló)*

*„Moslékot, olyan „A” városi kutyulmányt, 200 forintból különb levest szoktam főzni, mint amit ezek elkérnek, személyre szoktam főzni, mert ha egy kis üzlet bejön, hogy főzők és 2-300.-Ft-ért adok egy tál ételt” (férfi ápoló).*

*„Most nekem onnan van plusz pénzem, hogy cigarettát adok el. Megveszem a dohányt, és a cigarettát eladom egy kis fölárrel és onnan van egy kis plusz pénzem, mert különben nem jönnék ki, kávé eladom, és abból van egy kis plusz. De ez is fárasztó volt, mert jönnek és akkor álljak haptákba.” (férfi ápoló)*

*„amikor megjött tele volt pénzzel, körbeállták a fiúk, ott volt a cigi, kávé, üdítő, akkor ő volt a legjobb, de mikor nem volt pénze egyik sem kerülgette, itt ez a divat. A pénz, a cigaretta, és kávé az úr. Akkor minden van.” (női ápoló a férfi ápoltról beszél)*

A munka és a pluszbevétel következtében az intézetben belüli státusuk is megváltozik, nem csak a betegtársak, hanem a személyzet körében is. Az ápolók jobban odafigyelnek rájuk, hogy munkaképességük megmaradjon (elsősorban a gyógyszeradagolással).

*„Tulajdonképpen ez a 16. éve hogy itt vagyok bezárva. Injekciónak, gyógyszerznek nap, mint nap. Az injekciót hetente kapom, két ampulla..... Én hetente kapok kettőt pedig csak egyet kellene, havonta nyolcat kapok, kiütéseim is vannak tőle, a közérzetem sem a legjobb. Azért hadarok, nem tudok beszélni, legyógyszereznek ...reggel és délben egy marékkal kapok minden alkalommal. És ezt csinálják velem 16 éve illetve 21 éve, mert a szociális otthon előtt még rosszabb helyeken voltam.” (női ápoló)*

Az ápoltak között is ők a jobb módúak, a kiválasztottak, az Intézetben belül a dolgozók egyfajta kiváltságos pozícióba kerülnek a betegtársak közt. A munkába állás egyik motivációja, hogy ki tudják tölteni valamivel az egyforma napokat, nem vegetálnak egész nap, mint az itt lakók többsége. Napjaikat nem „semmittevéssel”, vagy terápiákkal töltik, hanem a többségi társadalom által is elismert pénzkereső tevékenységet végezhetnek. Az elvégzett munka azonban legtöbbször monoton, nem igényel jelentősebb kreativitást, koncentrációt.

*”Igen jók ezek a munkák. Ha nem lennének, mit csinálnánk egész nap”(női ápoló)*

*„inkább a bonyolultabb munkákat szeretik, legkedveltebb karácsonyi fafűzés készítése, azt hogy épp milyen munkájuk van, azt a piac határozza meg, pesti részleg szerzi munkát, sokféle munka lehet, fontos lenne, hogy motiváló munka*

*legyen, nem annyira monoton, amit szeretnek csinálni, szeretik a változatosságot, nagyon könnyen megtanulják az új munkákat, szeretik a munkájukat, így hasznosan töltik a szabadidejüket” (munkavezető)*

*„Hát most varrógépen dolgozok, varrok, szabok, de értelmetlen munkák, abszolút semmi értelme nincs. Saját kenyerünket sem tudjuk megtermelni, az államtól kap a cég támogatást, de most hoztak ilyen párnákat, egy hét alatt ketten megvarrtunk 500 db-ot és az viszont normális munka, de hoztak volna varrni normális munkát is, de nem vállalták el, nem engedélyezték. [...] És most felvettek a K. vállalathoz és szövöként szerződtek, de varrógépen dolgozom, szalagokat kell összevarrnom, amit utána megszőnek, most 5-6 hónapja dolgozom ott. 33 ezret kapok ez a nettó, 49 ezer valamennyit keresek és abból van egy csomó levonás és most még rátettek valamit 30 ezer az itteni eltartást, mert 46 ezret kell fizetni és nekem 33 ezer marad tisztán, ez semmire nem elég, semmit nem lehet belőle takarékoskodni vagy valamit kezdeni. Muszáj dolgozni, mert különben itt sakkban tartják az embert, nem mehet ki, felelemlik a gyógyszerét, amit rendkívül igazságtalannak tartok, mert ilyen nincs sehol Európában, mint itt. ” (férfi ápoló)*

A munkát vállaló lakóknál szempont a gyógyszer kiválasztásánál és adagolásánál az is, hogy az munkaképességüket ne korlátozza, és bevétele a munkaidőhöz igazodjon. Amint az interjúból kiderült ezzel a dolgozó lakók tisztában is vannak. Az intézeti ápoltak között általában jellemző a szegénység - minimális (2007-ben 5000 Ft/hónap) -, az intézet által szolgáltatott zsebpénzből kell gazdálkodniuk, ezért a munkával keresett kiegészítő jövedelem további előnyöket jelent a betegtársakkal szemben. A lakók miniállambeli státusát tehát jelentősen meghatározza ez a minimális jövedelem, és az ápolók különleges bánásmódja. A két ápolttal készült interjúból a munkavégzés által elért egyéni rehabilitáció eredményeire lehet következtetni. Az elvégzett munka, sok esetben, nem tükrözi a betegek képességeit, tanulás, fejlesztés szinte alig van.

*„Igen akkor tanultam 7 évet egyhuzamban-, és ráadásul 10 évet dolgoztam a Társadalombiztosításnál a Mező Imre úton, most a Fiumei úton, ott voltam revizor ott végzetem el ellenőri középfokú szakvizsgát és akkor jött a főiskola, és az ellenőrit elvégeztem kiválóra.” (női ápoló)*

*„Hát ipariba bekerültem egy hétig tanultam egy hétig dolgoztam és utána már hoztak komolyabb munkákat csináltam, csináltunk, ilyen Trabant-kerékkehúzó, és akkor választani kellett egy hónap kötelező volt esztergapad vagy marógép, gyalugép köszörűgép és akkor ezeken dolgoztunk. Ezek lettek szét osztva, annak volt értelme az egész életbe az iparinak.” (férfi ápoló)*

A célszervezetbeli munka tehát egyáltalán nem a képességeiknek megfelelőek, az idekerülésük előtti végzettségüket, tapasztalataikat egyáltalán nem tudják

hasznosítani. Nem csak a lakókörnyezetük, közösségük változott meg tehát teljes mértékben, hanem az általuk végzett munka, és az ehhez kapcsolódó sikerek, kudarcok is. Ezek a munkák ráadásul nem próbálják meg korábbi képességeiket visszaállítani, felkészíteni színvonalasabb, jövedelmezőbb munkavégzésre. Meglévő, igen egyszerű képességeket aktivizálnak és konzerválják azokat, úgy hogy a célszervezet számára megfelelő legyen. A férfi ápoltról ugyan kiderült, hogy „ügyes kezű”, ezért őt kiemelték, gépeken is dolgozhat. A munka monotonitása mellett az életük, hétköznapijaik is teljesen monotonnak tűnnek, ugyanúgy írták le egy átlagos napjukat.

*„Igen, minden reggel és elkészülünk és megyünk munkába 8 órára pontosan, 11-ig munka után ebéd, minden órában 10 perc cigarettaszünet, én varrok kézzel kis tűvel, párom varrógépen is varr, most kirajzolja az anyagot és kivágva. Szőnyeget sző géppel, de kézzel csinálja. Aztán ebéd 1 órára vissza, és negyed 4-ig dolgozunk. És 43 ezret keresek ő meg 23 ezret, mert neki vonják az ellátást, nekem meg a nyugdíjból kitelik.” (női ápoló)*

*„Reggel 6-kor fölkelünk, annyiból jó hogy csak 6 órát kell dolgozni, pénzbelileg semmi értelme, én 10-12 órához voltam szokva, mert annak volt értelme. Kiosztják a gyógyszert, a reggelit, akkor föltakarítunk a szobában, cigit sodrok, kávéat iszunk, szóval 8-ig el telik az idő. Akkor 8-tól ¼ 12-ig dolgozunk, óránként van 10 perc szünet és utána megebédelünk, ha olyan az ennivaló nem eszem meg, ha olyan akkor megeszem, 13-ig szünet van, akkor megint kiosztják a gyógyszert, akkor 13-órától újra dolgozunk ½ 4-ig.” (férfi ápoló)*

A célszervezeti munkahely és az Intézet adta védettség a betegnek diagnosztizáltak számára fizikai és közösségi védettség is, ami egyben korlátozás is. Kizárólag betegtársaikhoz és a megszokott gondozókhoz kell alkalmazkodni, monoton, kihívást nem jelentő munkát végezni, az intézet szabályaihoz igazodni. A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás célja a nyílt munkaerőpiacon való megjelenés a védett munkahelyi pályafutást követően ilyen felkészítéssel szinte lehetetlenné válik.

*„Kilépni nem tudok, innen csak megszökni lehet, ha megszököm országos körözést adnak ki ellenem, ez az emberi jogok alapvető megsértése és a 70. paragrafus kimondja, hogy mindenkinek jogában van megválasztani a munkahelyét, de itt nem lehet. Mikor lejöttem ide, itt pl. van eszterga gép és az első szakmám esztergályos és nem esztergálhatok, nem dolgozhatom a saját szakmámban, mert sokkal jobban kereshetnék.” (férfi ápoló)*

Az Intézeten belüli élet jelentősen eltér a szokásos, „normális” élettől. Az Intézet lakói elszigetelten élnek az „egészséges” emberektől, leszámítva a kiszolgáló,

egészségügyi személyzetet, és néhány kiválasztottat, aki kimehet az Intézetből néhány órára. Az Intézet szabály és normarendszere minden ápoltra érvényes, nem hasonlítható össze egy önálló felnőtt ember életvezetésével. Ilyen a célszervezeti foglalkoztatás is, az itt végzett foglalkoztatási forma, ennek szabályi, rendszere, normái számos ponton eltérnek az Intézeten kívüli, többségi társadalomban jellemző foglalkoztatással. A munkaerő felvételénél speciális feltételeket is figyelembe vesznek, például a jó magaviseletet. A munkahelyen csak pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak dolgoznak, egészségesek felügyelete mellett. A munkavégzés helye nem tér el a lakóhelytől és a szabadidőtöltés helyeitől sem. Az elvégzett munka nem egyénre szabott, nem neki megfelelő, és rehabilitációs célokat sem valósít meg, inkább időtöltésnek, minimális jövedelemkiegészítésnek minősíthető az ápoltak szempontjából, míg az Intézet és dolgozói, valamint K. vállalat szempontjából a korábban kialakult és számukra jól jövedelmező és biztonságos status quo, az évtizedek óta kitaposott út fenntartását.

### **VI.3.2. Egyéni rehabilitáció a Kerülő úton – sérült dolgozó**

A kerülő útnak számító szociális foglalkoztató közösségileg, térben nyitott, azonban a munkakörülmények itt is védetteknek minősíthetők, az elvégzett munka pedig nem szigorúan a nyílt piaci viszonyoknak megfelelő.

A szociális foglalkoztató nem hirdeti magát, hanem a velük kapcsolatban álló szervezetek - alapítványok, munkaügyi központ, önkormányzat szociális irodája – utalja ide a potenciális munkavállalókat. A munkaerő kiválasztás is védett közegben történik, a szükséges papírok mellett, igyekeznek ellátni az ide érkezőket, és többségében nem a munkáltató, hanem a munkavállalók döntenek el, hogy el tudják-e végezni a munkát vagy sem, és ha a döntés pozitív, akkor egy próbamunka ki is próbálhatják magukat.

A szociális foglalkoztató igazgatónöje ugyan agilis, segítőkész, egyetlen esetben mégis vannak fenntartásai, amit rögtön az interjú első részében közölt.

*„Próbálunk tekintettel lenni a betegségükre. Egyetlen egy olyan dolog van, amit nagyon szoktunk figyelni, és próbáljuk korlátozni, hogy ha megoldható, hogy olyan dolgozót ne is próbáljunk az emberek közé bevinni egy közösségbe, aki súlyos pszichés fogyatékos. Többségében nem is alkalmasak arra, hogy ilyen környezetben dolgozzanak. Volt már rá példa nem egy esetben, mert ha azt látjuk, függetlenül attól, hogy az orvosi papírja alapján azt látjuk, hogy pszichés beteg,*



*hogy azért felvesszük, hogy ők is jussanak munkához, de mindig beigazolódott az élet, hogy volt olyan, akit innen kellett mentővel elvitetni, és zárt osztályra került. Tehát elég nehéz egy-egy beszélgetés kapcsán eldönteni, hogy ők alkalmasak-e arra, hogy közösségben munkát vállaljanak, vagy egyáltalán mondjuk-e azt, hogy ne, ha azt látjuk, hogy tudunk vele kommunikálni, és ő is az emberekkel, akkor igyekezzük őket is munkához juttatni, de nem egyszerű dolog.” (foglalkoztató igazgatónője)*

Tehát a szociális foglalkoztatóbeli munkát alulértékelik, lebecsülik a megrendelők, a szociális foglalkoztató pedig a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat diszkriminálja. A pszichiátriai betegséggel élőt olyannak tekintik, aki megzavarhatja a többi sérültet, tehát itt sem lehetséges sem egyéni, sem közösségi rehabilitációjuk. Ennek megfelelően az interjú készítésekor nem foglalkoztattak sem a foglalkoztatóban, sem a varrodában, sem a szociális boltokban pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat.

Így egy másik, szintén fővárosi foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizálttal készítettem interjút. Ennek a foglalkoztatónak az igazgatója csak úgy adott volna interjút magáról a foglalkoztatóról, ha elolvashatja pszichiátriai betegnek diagnosztizált munkavállalója életútinterjűjét, amibe viszont maga az érintett – teljesen érthető okkal - nem egyezett bele.

Mindkét fővárosi foglalkoztatót egy olyan alapítvány ajánlotta, amelyiknek állandó kapcsolata van a foglalkoztatókkal, és klienseiket rendszeresen szokták ide utalni, hogy munkavállalásra jelentkezzenek.

Interjúalanyom egy 34 éves nő, aki halmozottan fogyatékos, mégis életében a törést az jelentette, amikor 30 évesen felállították számára a pszichiátriai diagnózist.

*„Gyerekkortól kezdődtek a problémák, jártunk orvostól orvosra, nem derült ki a problémám, jártunk pszichiátrián, viselkedési gondok voltak velem, voltam benn kórházban másfél hónapot. [...] kiderült a betegségem, teljesen zárkózott lettem, egészen megváltozott. Általános iskolában nagyon nyitott barátkozó, nagyon emberbarát voltam, meg teljes mértékben bizalommal voltam, ez megváltozott, zárkózott lettem, nem merek nyitni, régebben gyerekkoromban főleg fiúbarátaim voltak, most meg nem, más lett.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

Interjúalanyom másik sérülése enyhe értelmi fogyatékoság, ami már általános iskolai beiskolázásnál kiderült, „kisegítő” iskolában végezte el a 8 általánost, majd péknek tanult. Szülei, testvére ösztönözték, támogatták tanulmányaiban,

annak ellenére, hogy a pályaválasztási tanácsadó kertésznek ajánlotta – ami tipikus értelmi fogyatékos szakma – szülei beleegyeztek, hogy olyan szakmát tanuljon, amit Ő maga választott. Később az érettségi vizsgát is letette.

*„Mindenkinek volt a családban, és meg volt ígérve, ha sikerül, akkor kapok egy állatot, én nagyon szerettem az állatokat, és be volt ígérve egy cica. Nem kaptam meg, de szerelmes lettem egy tengerimalacba, mikor megláttam egy kereskedésben, pici szőrös csomó volt, megszerettem, végülis lett. [...] Tulajdonképpen az érettségit úgy tettem le, hogy volt egy beteg, nagymamának neveztünk, de tulajdonképpen édesanyám rokona volt, de nem nagymama volt, egy távolibb rokon, Ő 96 évig élt, és őt ápoltam, együtt voltunk otthon, együtt ebédeltünk, és mellette jártam iskolába, akkor végeztem el.” (szociális foglalkoztatásban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

Interjúalanyomat a családja tehát ösztönözte, és a családi teendőkbe is bevonta, helyettesítve ezzel egyéb szociális ellátásokat. Az ilyen fajta rehabilitáció-önrehabilitáció nem csak a családnak jelent forrásmegtakarítást, hanem az érintett állapotára is jó hatást gyakorol, nem érzi magát feleslegesnek, van tennivalója, fel kell kelnie reggel, el kell indulnia otthonról. Az interjú készítésekor is a szociális foglalkoztatóbeli állása mellett egy idősebb rokont ápol délutánonként, vagy hétvégén vigyáz unokahúgára.

Interjúalanyomnak vannak a pszichiátriai betegség diagnosztizálása előtti időszakból nyílt munkaerőpiaci munkatapasztalatai is. A szakmunkás vizsga után rögtön sikerült élelmiszer boltokban elhelyezkednie.

*„Voltak rövidebb munkahelyeim, a P. boltban dolgoztam két és fél hónapot, de nem jött össze, nem bírtam, kiléptem. A PM boltban voltam még, onnan, kirúgtak, nem voltak sikereim a munkahelyeken, akkor bekerültem az O.-ba, ott az ételmezésen megmaradtam. Aztán az ételmezés megszűnt és takarítói állásba kerültünk át, olyan volt a vezető, hogy teljesen kiborultam, és a vérnyomásommal problémák lettek, felment 210-re. Annyira szekás volt a vezetőnő, hogy kikészített, és kiléptem.” (szociális foglalkoztatásban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

*„Utána munkahelyeim is voltak. Dolgoztam az O.ban, még amikor nem mutatták ki a betegséget, ott dolgoztam több mint hat évet, de megszűnt az ételmezés, ahol én voltam. Konyhai dolgozó voltam, mosogattam, betegeknek vittük fel a kaját, diétát kiszolgáltuk, aztán volt olyan, a hol főzni kellett volna, az nem sikerült az az állás, ott felmondtak, akkor bekerültem a Plázába, takarító állásba, 12 órás munkarendbe, éjszakára. Aztán ott jelentkeztek a betegségeimnek a tünetei, hogy hangokat hallottam, éreztem, hogy mindenki ellenem van és akkor teljesen vitába kerültem a társaimmal, meg a főnökeimmel. Megint volt verekedéstől kezdve*

*minden, aztán kirúgtak.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegek diagnosztizált)*

Interjúalanyom munkaerőpiaci karrierje, ahogy ő maga is mondta, nem sikeres, általában egyszerű betanított munkát végzett, és egyetlen olyan állása volt, amit hosszabb ideig meg tudott tartani, és ahol alakultak ki olyan barátságok, melyek az interjúkészítéskor is még élő kapcsolatok voltak. A Plázában kezdődő tünetek súlyosbodását öngyilkossági kísérletek és hosszabb kórházi tartózkodások követték, és a szülők nem engedték ki többé figyelmük alól, ezzel a munkaerőpiaci karrier is megakadt. A pszichiátere tanácsára kereste fel a kerületben működő közösségi ellátást végző nappali klubot, melyet a kerülettel szerződésben álló alapítvány üzemeltet.

*„És az elején nem voltam jó állapotban. Nagyon sokáig aludtam 11-ig, 12-ig, nem bírtam fenn lenni, néztem a falat, nem érdekelt semmi, sűrűn volt hangulatváltozásom, gyógyszerektől nagyon folyt a nyálam. Minden, ami rossz, azon végigmentem. Aztán D.-vel (az alapítvány szociális munkása – szerk.) próbálkoztunk, hogy valami munkát megpróbáljak, hogy kevesebbet aludjak, mert egész nap aludtam volna, ha lehetett volna, nem érdekelt semmit, és akkor megpróbáltuk ezt a munkahelyet a foglalkoztatóban, 2008-ban találkoztam D.-vel, mert bejelentkeztem a K. klubházba.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegek diagnosztizált)*

Az alapítvány szociális munkásának hatására kezdett el újra dolgozni interjúalanyom, ezzel kikerülve egy „nihilikus” állapotból. Az alapítvány szerint is az önálló életvitel elősegítése, a betegségtudatnak, a betegszerep elfogadásának és megélésének elkerülésében jelentős szerepe van a foglalkoztatásnak. Az egyéni rehabilitáció ebben az esetben elsősorban tehát egészségügyi és mentális, illetve a szociális munkás interjúalanyom családját is gondozásba vette, meggyőzte szüleit, hogy elengedhetik otthonról, minden nap közösen beállították az órát, hogy reggel felébredjenek stb.

A munkaerőpiaci rehabilitáció tehát nem jöhetett volna létre a támogató családi közeg, a nappali intézményi ellátás és a szociális foglalkoztató nélkül. Azonban úgy tűnik a szociális foglalkoztatóbeli munka iránt igen nagy a kereslet, alacsony a fluktuáció, mert interjúalanyomnak két évet kellett várnia ahhoz, hogy ott dolgozhasson.

*„Végülis sikerült leszázalékolni. Elsőször rehabilitációs ellátásban részesültem, munkaügyi központba kellett járni, együttműködni, és ott voltam, kellett járni*

*mentorhoz, tanfolyamra próbáltuk, de nem javasoltak, egy pszichológus megvizsgált, és mondta, hogy nem vagyok rá képes. És akkor a D.-vel jelentkezünk ide a foglalkoztatóba. És mindig változtak az igények, Két évet vártam rá, hogy ide bekerüljek, ide bekerültem, ez végülis a 3. évem, de hogy ez meddig lesz, nem tudni, megint változások vannak, most fél évre kötötték a szerződést, eddig egy évre kötötték, most fél évre lesz.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

A foglalkoztatóba a jelentkezés tehát önkéntes, a felvételhez itt is mindenekelőtt az orvosi, leszámálékolási papíroknak kell rendben lenniük. Mivel a rehabilitációs eljárásban részt vevő orvos nem javasolta interjúalanyomnak az át- vagy továbbképzést, ezért állami támogatással a munkaerőpiaci rehabilitációnak szinte egyetlen útja lehetséges: a védett, félig-védett foglalkoztatás, amit a szociális foglalkoztató, vagy a célszervezet jelent. Előbbire volt lehetősége interjúalanyomnak, mert lakóhelyéhez viszonylag közel üzemel egy foglalkoztató.

Az itt elvégzett munka nem sokban különbözik a célszervezeti, vagy a korábban bemutatott foglalkoztatóban elvégezhető munkáktól. A foglalkoztató honlapjáról is kiderül, hogy a foglalkoztatás „50 fős létszámmal, 4, 6 és 7 órás időintervallumban folyik két nyomda- és papíripari előkészítő műhelyünkben, valamint a varrodánkban”. Ez interjúalanyomnak megfelel, bár kérdéses, hogy ezzel a munkatapasztalattal és egészségi állapottal el tud-e helyezkedni, ha bezár a foglalkoztató.

*„Nem sikerült, ügyetlen voltam, pénztárgépet nem tudtam kezelni, nem ment nekem, nem mentek nekem az üzleti dolgok, ügyetlen voltam hozzá. Lassú vagyok, ami a korábbi gyógyszereknek a hatás is, meg a mostani injekciónak is vannak mellékhatásai, izommerevség.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

*„Nagyon feszült, fél az ember, hogy mi lesz, megadják, nem adják meg, gond lesz. A munkahelyen az a szabály, hogy csak akkor dolgozhatok itt, ha le vagyok számalékolva, amúgy nem. Én meg aktív munkahelyen nem tudok elhelyezkedni, és akkor nekem a kör bezárult. Én csak itt tudok dolgozni.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

A foglalkoztató életében történet változások, vezetőváltás és személycserék, valamint a törvényi szabályozás és finanszírozás is átalakul, aminek ez a foglalkoztató is ki van szolgáltatva, ahogy a korábban bemutatott foglalkoztató is. Ennek a foglalkoztatónak azonban, úgy tűnik, nem olyan biztos a pozíciója, mint a másiké, ugyanis interjúalanyomnak az eddigi egy éves szerződését a

bizonytalanságok miatt csak fél évre hosszabbították meg. Tehát interjúalanyom a törvényi és finanszírozási változások, az önkormányzati támogató rendszer áldozatául eshet, akárcsak az ott dolgozó többi megváltozott munkaképességű személy is.

*„Igen, csak érted az olyan rossz, hogy nekünk nincs esélyünk más munkahelyre. Tehát nekünk nehezebb, mint egy egészséges embernek, nekik is nehéz már, de nekik nagyobb az esélye találni. Foglalkoztatókat nézegettem, és olyan munkákat csinálnak, amit én nem tudok ellátni.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

A személycserék előtt ez a szociális foglalkoztató is a biztonság szigeteként, abszolút támogató közegként funkcionált interjúalanyom életében. A korábbi munkavezetőjét barátjának, mentorának tekintette, akárcsak az alapítványi szociális munkást. Ez a foglalkoztató is szervez közösségi programokat, amiben interjúalanyom a vezetőváltásig részt is vett, ma már inkább kimarad belőlük, sőt a vezetőváltást követő személycserék következtében már dolgozni sem olyan jó szívvel megy. Azonban maga a munkalehetőség segíti abban, hogy egészségi és mentális állapota a lehető legkiegyensúlyozottabb maradjon.

*„Azért kapok fizetést, meg rendes munkahelyen vagyok, munkakörileg is. Társaságban vagyok, nem is csak az fizetés itt a lényeg, hanem hogy társaságban vagyok, és elfoglaltak. Magabiztosságot ad, eddig én mindig feleslegesnek éreztem magamat, amikor nem dolgoztam. Azért is voltak az öngyilkossági kísérletek, mert úgy éreztem, hogy könnyebb lesz a szüleimnek, tesómnak, ha én nem leszek, sok ilyen érzésem volt. Amióta dolgozok, nem mentek úgy a munkák, de egyre kezdek ügyesebb lenni, kapok más munkákat már. Sok mindent eleinte nem tudtam megcsinálni, eleinte ez feszélyezett, most már nem annyira.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegnek diagnosztizált)*

Azonban ez a szociális foglalkoztató is diszkriminálja a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat, de nem kifejezetten kirekesztő - azaz foglalkoztatnak bolondokat, de más helyiségbe rakják őket, külön a „normálisaktól”. Ennek megfelelően alakulnak kapcsolataik is, interjúalanyomnak lett egy szintén pszichiátriai diagnózissal élő barátnője, akivel a munkahelyen kívül is találkoznak. A más sérüléssel élő, más helyiségben dolgozókkal pedig köszönőviszonyban van.

*„A mi csoportunk az kimondottan pszichiátriai csoport, körülbelül 12-en vagyunk, néha 13-an, a másik két csoport, azok sokkal többen vannak, a másik csoport ott 35-en vannak, a másik csoportba meg a Zs. néni körülbelül 40-50-en vannak. Azt*

*én nem bírnám, ilyen nagy csoportot.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegek diagnosztizált)*

*„Bátrabb lettem, most már sokat változtam, M. (korábbi munkavezető - szerk.) nagyon sokat segített abban, hogy újra nyissak, biztatott, megváltoztatott. nem tudtam nemet mondani régebben, most már tudok. Ő tanított meg bent kávé főzni, meg ilyesmi, amit otthon nem engedtek, meg ilyesmi.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegek diagnosztizált)*

A munkalehetőség a szociális foglalkoztatóban fejleszti interjúalanyom munkaképességét, közösségi-társas életét aktivizálja, önálló életvitelre serkenti és legfőképpen egészségi és mentális állapotát is javítja. Tehát ez a közösségileg, piac szempontjából is védett, félig-védett munkalehetőség is jelentős változásokat eredményezett interjúalanyom életében.

A munkaképességi kötelező felülvizsgálaton lett volna lehetősége „visszavonulni”, de inkább a munkát választotta.

*„Mikor legutoljára voltam, akkor kérdezték, hogy szeretem-e ezt a munkahelyet, mert ha nem, akkor, úgy csinálják meg a dolgokat. Most ezt nem értettem, hogy azért kérdezik, hogy eldöntsék, hogy akarok-e dolgozni vagy nem, nem tudtam eldönteni. De végülis azt mondták, hogy akkor hagynak dolgozni, én szeretek itt lenni. Végülis 54%-ot állapítottak meg.” (szociális foglalkoztatóban dolgozó pszichiátriai betegek diagnosztizált)*

Mindez utal arra is, hogy az NRSZH vizsgálatok ugyan formálisan egyre inkább szabályozottak (lásd III. fejezet), mégis a bizottság tagjai hajlandóak ettől rugalmasan eltérni.

Scharle kutatása (2011) szerint az akkreditált foglalkoztatók sem valósítják meg maradéktalanul a munkaerőpiaci rehabilitációt, mégis interjúalanyom számára ez az állás is jelentős előrelépés az önálló életvitel, a társas integráció, a munkaerőpiaci aktivitás, és nem utolsósorban egészségi állapotának javulása felé. Ugyanis saját elmondása alapján elégedett foglalkoztatóbeli állásával, úgy érzi, hogy jó hatással van rá, és nagyon tart attól, hogy ha ez megszűnik, nem tud olyan munkahelyet találni, ami neki megfelelő.

### **VI.3.3. Egyéni rehabilitáció az Egérúton - kliensek**

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára, állapotuk javulásában, illetve stagnálásában a közösségi ellátásban való részvétel, egy közösséghez, csoporthoz tartozás kiemelt jelentőségű. Az önálló élethez, a társadalomba való

visszailleszkedéshez nagymértékben hozzájárul a munka világában való részvétel. A munka ebben az esetben is pénzkereseti forrás, de a társas, a környezeti kirekesztődéstől is megóvjá a betegnek diagnosztizáltat, illetve mindenképpen enyhíthet ezen.

Azonban a nyílt munkaerőpiacnak lehetnek a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakra nézve káros következményei is, ahogy az interjúkból kiderült. Ha szerencsétlen esetben már a munkakeresés során túl sok elutasítással, vagy munkába állás után, társas kirekesztéssel találkoznak, ez ronthat állapotukon, önbizalmukon, és választhatják inkább a nyugodt, biztos inaktív létet, vagy védett foglalkoztatást. Viszont ha nyitottabb, toleránsabb munkáltatói közegbe kerülnek, az határozottan javíthat állapotukon, megóvhatja őket a visszaeséstől, akár csak a szociális foglalkoztatóban dolgozó interjúalanyom esetében. Az esetleges állapotromlaskor a figyelmesebb munkatársaknak feltűnhet ez, vagy a hiányzó kollega és értesíthetik a rokonokat, ismerősöket, mentorokat.

A nyílt vagy védett munkaerőpiaci munkavállalás eldöntéséhez több tényezőt kell figyelembe venni, melyben sokat segíthet egy alapítvány mentor. Végig kell gondolni, hogy az esetleges betegség lefolyásának menete milyen természetű, a korábbi munkatapasztalatok mire utalhatnak a jövőre nézve, lehetséges-e a képességeknek megfelelő munkavégzés, vagy hajlandó elvégezni az érintett más-többnyire alacsonyabb- képzettséggel járó feladatokat is. Egyelőre azonban ezek a kérdések hipotetikusnak tűnhetnek, ugyanis a félig-nyílt vállalkozások szabad munkahely kapacitásainak száma csekély, a nyílt munkaerőpiaci fogadtatás pedig többségében elutasító.

Nem utolsó sorban az érintett családi viszonyaitól, lakókörnyezeti adottságaitól is függ, hogy képes-e, lehetséges-e az eredeti környezetben élnie, avagy családjá, környezet a bentlakásos intézet és ezáltal az inaktivitás vagy a védett foglalkoztatás felé terelik.

Ebben az alfejezetben bemutatom a magán munkaközvetítő irodák egyéni rehabilitációs tevékenységét, mert ez a speciális szolgáltatás, mely nem jelenik meg sem az állami foglalkozási szolgálatok képzéseiben, sem a célszervezeti névleg „fejlesztő-felkészítő” foglalkoztatásban, sem a félig védett szociális foglalkoztatók keretein belül. Valamint megszólaltatok egy pszichiátriai betegnek

diagnosztizáltat, aki részt vesz egy ilyen felkészítésben, azonban jelenleg nem dolgozik.

#### VI.3.3.1. Az egyéni munkarehabilitáció programja

A munkaközvetítő irodához több helyről érkeznek munkakeresők. A munkaügyi központ, a rehabilitációs információs centrum, a kórház, a gondozó ide küldi őket, vagy a nappali klubból ismerik az alapítványt. Minden munkakereső mellé rendelnek egy úgynevezett mentort, aki segít kitalálni milyen, munka lenne a legmegfelelőbb a kliensnek. Szerveznek tréningeket is, amit külsős profi cég tart, és alapvető dolgokra megtanítják, vagy újra megtanítják a klienseket, például önéletrajzot írni, öltözködni, állásinterjún viselkedni stb. Az egyik sarokpontja az állásinterjúnak és a felkészítésnek a pszichiátriai betegség interpretálása, illetve az inaktívan töltött évekkel való elszámolás, és az ebből fakadó zavarba ejtő kérdések, aminek megválaszolását közösen találják ki a mentorral.

*„Volt ön már ideges? Igen, és akkor mit tett? - Elmentem a körzeti orvoshoz, aki írt fel nyugtatót. Én annyiban különbözök Öntől, hogy állandóan gyógyszert szedek. Miért nem dolgozott öt évig? - Háztartásbeli voltam, főztem, mostam stb.”*  
(munkarehabilitációs szakember)

*„De a munkavállalási tréningen erről külön alkalmak szólnak, hogy hogyan kell, tehát a munkavállalási tréning eleje egy kommunikációs tréning, aztán van egy problémamegoldó, stresszkezelő, és a harmadik, ami kifejezetten a munkavállalásra vonatkozik.”* (munkavállalási esetmenedzser)

*„Arról szoktunk beszélgetni, hogy ahol van ilyen üzemorvos vagy alkalmassági vizsgálat, és az orvos rákérdez, hogy van-e eltitkolt betegség, azt végig szoktuk venni, hogy hazudni érdemes vagy nem érdemes, mi történik, ha az ember nem mondja meg, és később kiderül. Az a fiú, aki az előbb benn volt, epilepsziás, és ő azt mondta, hogy ő mindenképpen elmondja, hogy ő epilepsziás, mert az élete múlhat rajta, hogy ezt tudja a munkatársak.”* (munkavállalási esetmenedzser)

Ezekre szintén meg kell tanítani a kliensek egy részét, akár csak a fax vagy a fénymásológép használatára, hivatalos levelek megírására, munkahelynek megfelelő öltözködésre. Nyilvánvalóan olyan képességek, készségek elsajátítását, vagy meglévő tudások aktiválását tudja csak vállalni az alapítvány, amire egy irodában lehetőség nyílik (pl. autószerelő műhelyük nincs). Viszont mindenképpen figyelembe veszik az egyéni képességeket és célokat,



nyilvánvalóan a racionális munkaerőpiaci és a közvetítőiroda lehetőségei adta keretek között.

*„Én nem látom értelmét, hogy lesz nálam nyolc üres takarítói álláslehetőség, meg négy vagonrakodás, ha nálam senki nem akar vagonra rakodni, meg takarítani. [...] Nagyon sok olyan 40-50 közötti nő van, aki 10 éve nem dolgozott, és előtte irodai munkás volt, és most ő irodai munkát szeretne, fizikailag nem, de mondjuk nem tud bekapcsolni egy számítógépet. Nagyon sok olyan sofőröm van, akinek gyógyszerek miatt bevonták a jogosítványát, van egy ecdl tanfolyamunk, tehát meg a tanfolyam ingyenes, csak a vizsgadíjat kell fizetni.” (munkavállalási esetmenedzser)*

Mivel ez a fajta ellátás pályázati pénzekből valósul meg, a sikeres kiközvetítésért nem jár semmilyen állami támogatás (szemben a munkaügyi központokkal), ezért működése mindig bizonytalan, projektfüggő, annak ellenére, hogy vannak/voltak jelentős források, mint a Phare, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, HEFOP. A magán munkaerő közvetítő irodák működésére nagy hatással volt a közhasznú szervezetekről szóló törvényben egy új minősítés megjelenése: a közhasznú, vagy kiemelten közhasznú minősítés. Ezáltal a Munkaerő-piaci Alap foglalkoztatási és rehabilitációs alaprészének decentralizált keretére pályázhattak, ugyanis ez a kiírás tartalmazott elnyerhető pénzeket munkahelyteremtő támogatás címen is. Ezért az alapítványnak semmilyen hosszú távú pénzügyi érdeke nem működik az iroda működtetéséhez, kizárólag abból a célból végzik, hogy segítsék a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat. Természetesen az ott dolgozó rehabilitációs szakemberek számos tudásra szert tesznek, úgy mint a pályázattírási, pénzügyi adminisztráció, munkaügyi-társadalombiztosítási ismeretek, tréningek levezetése, és nem utolsósorban a megváltozott munkaképességű személyek ismerete, speciális igényeik.

*„De azért az nagyon jellemző a pszichiátriai betegeknek, hogy nem tudnak nemet mondani, tehát arra is meg kell tanítani őket, hogy ha ő valamiről nem szeretne beszélni, akkor azt meg lehet mondani, hogy erről nem szeretne beszélni. Rengeteg szituációs játékot játszunk, ami pont arról szól, hogy első nap a munkahelyen és megkérdezzük a munkatársakat, hogy te miért négy órában dolgozol, és hogy akkor erre ki mit válaszolna. Az a lényeg, hogy felkészültek legyenek ezekre a helyzetekre” (munkavállalási esetmenedzser)*

Természetesen a munkarehabilitációs szakemberek, és általában az alapítványok dolgozóinak körében a saját fejlesztési célok mellett a karitativitás is jellemző.

*„Megváltozott munkaképességű ember bejusson piacra, kell segítség neki, lehet hogy csak egy ember akinek elmondhatja a gondjait. A mi szolgáltató irodánk erre jött létre, hogy legyen egy háttér, ha kell, akkor munkát közvetítünk, általában azt szeretjük, ha az első munkát mi adjuk, de a többi azt már nem. Tanuljon meg mozogni a munkaerőpiacon. Ezeket a szolgáltatásokat azonban nem támogatja az állam. Azt mondják, erre ott vannak az uniós források.” (munkavállalási esetmenedzser)*

Ahogy a foglalkoztató esetében is, itt is kiszámíthatatlan a jövő. Ugyan 2005-ben létrehozták a Munkacsoport az Integrált Foglalkoztatásért csoportot, de érdekérvényesítő képességük továbbra is igen alacsony.

### Az egyéni munkarehabilitáció

Interjúalanyom egy 50-es éveiben járó nő, aki „megbetegedése” előtt többé-kevésbé sikeres volt a munkaerőpiacon, hosszú ideig meg tudott maradni a munkahelyein, továbbképezte magát mindig az aktuális munkaköröknek megfelelően, de a munkatársakkal, főnökökkel voltak konfliktusai, problémái. A „betegsége” előtt időszokról két munkahelyet említett, az első munkahelyét édesapja segítségével szerezte meg.

*„Postaforgalmi technikumot végeztem, a Posta központi járműtelepén bérszámolóként dolgoztam és ott is kikezdték, mert magasabb iskolai végzettségem volt, mint a csoportvezetőnek.” (alapítvány kliense)*

*„A második munkahelyem H. vállalatnál is a pénzügyi osztályon dolgoztam, mert szülés után ott volt hely. Elvégeztem egy tanfolyamot, azaz nem végeztem el, mert a külker technikumot és számvitelt végeztem el. Ott is, tényleg biztos, hogy az árnyékos oldalra születtem, mások akkor jöttek-mentek, amikor akartak, én meg a saját szabadságom sem tudtam kivenni vizsga előtt. Amikor lettem nehezen a vizsgámat ötösre, akkor mondták, hogy remélik, hogy tovább tanulok. De akkor terhes lettem a második gyermekemmel. Nem sikerült elvégezni, és akkor megszületett a harmadik gyerekem is akkor próbáltam együtt elvégezni a középfokú tanfolyamot, hogy meglegyen a külker is, hogy magasabb bért kapjak, erre ott is hol azt mondták, hogy kell a munkakörhöz, hol nem kell a munkakörhöz.” (alapítvány kliense)*

A munkaerőpiaci karrier általában megtörik a gyermeket vállaló nőknél, ezt is nehezebben tolerálják a munkáltatók. Ez történt interjúalanyom esetében is.

*„Ott is az volt, hogy óhatatlanul is három gyermeket nevelek, kettő volt kicsi, egymás után estek a bérányhímlőbe. Volt, hogy egy hónapig nem dolgoztam, sokat kellett helyettesíteni és helyettesített is egy tündéri nyugdíjas, [...] de akkor is bennük van, hogy mindig problémás a kolleganő, a másik meg az, hogy nagyon*

*sokszor megvárta a munkám, túlórában meg kellett csinálnom és a béremet úgy kaptam, hogy táppénzre és ezt igazságtalannak tartottam.” (alapítvány kliense)*

A magánéleti problémák és a munkahelyi követelmények összeegyeztetése is nehézségeket okozott interjúalanyom számára, ráadásul a rendszerváltáskor felszámolták a vállalatot, ahol dolgozott, megszűnt a munkahelye, és ezeket együttesen már nem tudta feldolgozni, ami szintén nem példa nélküli Magyarországon.

*„Szerettem ott lenni, csak akkor már a magánéletem elég zűrös volt, elég nagy teher volt dolgozni 9-9 és félórát dolgoztam, és akkor már kamionos volt a férjem [...]. Minden teljesen rám hárult és egyedül neveltem a három gyereket 17 éven keresztül és a végén már egyre jobban robbantam le. Az élet hozta magával, hogy ennyire kiborultam a sorból.” (alapítvány kliense)*

*„Még a rendszerváltáskor. Volt egy vállalat (H. vállalat –szerk.), amit felbontottak és akkor borultam ki. És onnan eljöttem és rá fél évre jött a betegségem és három évig kórházból ki, kórházba be, és akkor nem kaptam semmi fizetést sem és akkor, aztán utána alig tudtam elhelyezkedni három év után.” (alapítvány kliense)*

*„Egyre fáradtabb lettem, egyre inkább kimerültem, egyre inkább fásultam el meg egyre fáradtabb lettem, új megpróbáltatás, új elvárások, teljesen más szél fújt és annak a követelménynek helyt állni már nem ment. [...] ez óriási nagy teher volt ezt egymagamnak így végigcsinálni a magánéletben is, és plusz a munkahelyen új munkakörben, elvárásoknak, tanulásnak, önképzésnek helytállni, szóval ezt már nem bírtam.” (alapítvány kliense)*

Interjúalanyom állapota is romlott, bekerült a pszichiátriai ellátórendszerbe, végigjárta a pszichiátriai diagnózissal élők esetében megszokott egészségügyi intézményeket.

*„Aztán féléven belül teljesen elájultam, elvittek a zárt osztályra. Azt hitték öngyilkos leszek, mert azt mondtam, aki nem dolgozik, az ne is egyék, lefogytam harminc kilóra, magam emésztettem.” (alapítvány kliense)*

Interjúalanyom ön maga leértékelésének egyik oka, ahogy a korábbi interjúknál is megjelent, a korábbi dolgozó élet, a hasznos tevékenység elvesztése, és ezzel együtt a feleslegessé válás érzete. A kórházi kezelés, vagy a mentális állapotjavulás visszaadta az életerőt interjúalanyomnak, aki ugyan kényszeres cselekvéssel, de életben tartotta magát, sőt céljai is lettek, amik között szerepel a munkaerőpiaci részvétel is.

*„Jó orvosaim voltak, rendesek és teljesen én magam is akartam és meggyógyultam, úgy gyógyultam, meg hogy fölhoztam magam egy olyan szintre, hogy el tudtam menni dolgozni és teljes emberként hely tudtam állni. --- Akartam, kötöttem és kötöttem és kötöttem és akartam meggyógyulni minden áron. Mert ez nem megy úgy, hogy várjunk az orvosra és csak az orvostól várjuk el, hogy segít rajtunk, mert visszaesünk, visszazuhanunk, mert az embernek magának is akarni kell.” (alapítvány kliense)*

Interjúalanyom életében három évig tartott a klasszikus forgóajtós rendszer, többször került kórházba hónapokra, volt úgy, hogy ő is az alvásba menekült. A kórházi rehabilitációs tevékenységről a következőképpen számolt be:

*„Sokan azért estek vissza, mert olyan jól érezték magukat a kórházban, egy burookban érezték magukat, és visszaestek, mert visszamenekültek az élet elől, mert amikor az ember ilyen állapotban van, akkor menekül a könnyebb megoldás felé. Vagy valakiben, hogy a nehezebb oldalát fogja meg az életnek és abba kapaszkodik.” (alapítvány kliense)*

A három éves egészségügyi forgóajtóból kikerülve egy ismerősön keresztül sikerült állást találnia. Tehát interjúalanyomnak, a 68%-os leszázalékolás és a diagnózis felállítása ellenére is, egyáltalán nem a megszokott módon sikerült munkába állnia. 9 évet dolgozott a nyílt munkaerőpiacon egy művelődési házban.

*„Hat órában először kötetlenül, de olyan átlagórában, és utána 8 órában is, mert visszaminősítettek 50 %-ra, és volt, amikor 8 órában, volt amikor 16-14 órában, mert elvállaltam plusz munkát mert, hogy kiegészítsem valahogy, mert akkor még nekem is főiskolás lányom volt, kellett a pénz.” (alapítvány kliense)*

Erre a munkahelyre egy ismerősén keresztül talált, kezdetben ruhatáros volt, majd magasabb státusú irodai munkákat kapott. A „betegség” kezdetekor leszázalékolták, aminek következtében jóval alacsonyabb fizetést kapott.

*„Nem tudom, szóval kiszolgáltattott vagyok. Nekem egy szerencsém volt, hogy a főnököm bízott bennem és 9 évig szépen megvoltunk mind a két főnökömmel. Igen az volt a baj, hogy nekem mindenki a főnököm volt. Adminisztrátor-kézbesítő szóval mindet csináltam gépeltem, meg titkárnői feladat is volt az igazgató titkárságra beraktak. Ha szabadságon volt a titkárnő, szóval beugró voltam. Megálltam mindenhol a helyem és ennek ellenére viszont kihasználtak, és a nem fizettek meg, és persze hogy nem mosolyogtam és nem mentem el az ünnepekre, mert úgy vagyok vele, hogy én mindent megteszek, de nagyon szeretem, ha bizalmat látok a másikba és érzem, hogy bizalmat ad, de ezt a bizalmat nem éreztem senkin kivéve a két főnököm” (alapítvány kliense)*

Betegségét nem titkolta, és nem titkolhatta el, annak ellenére, hogy a kötelező orvosi felülvizsgálat állapotjavulást állapított meg. Emellett a fokozott

gyógyszeres kezelés mellékhatásaival kellett együtt élnie, és egy ebből származó konfliktus miatt mondott fel interjúalanyom.

*„Tehát injekciót kaptam 9 évig és mindig hasmenésem volt, és így jártam be a bankba, az önkormányzatnak is ki kellett alakítanom az utat, hogy legyen egy két hely, lényeg az, hogy bejött hozzám, hogy el kell menni azonnal a Fiumei útra, én mondtam jó majd holnap. És ennyi volt az egész és fölt volt háborodva, hogy nem tudok elmenni, de nagyon jól tudta, hogy mi van, és úgy csinált, mint aki nem tud róla és bemószerolt a gazdasági vezetőnél. Ezt én így nem csinálom végig, egy másik munkahelyet keresek.” (alapítvány kliense)*

Mivel ezután sokáig nem talált munkahelyet, megpróbálta kijárni magának az öregségi nyugdíjat, amit nem kapott meg, majd a helyi családsegítőhöz fordult, akik javasolták számára a magán munkaközvetítő irodát. A munkaközvetítő irodában neki is van egy mentora, aki sokat segített neki korábban, és most is tartják a kapcsolatot, bármikor felhívhatja. Az iroda által szervezett tréningek elmondása alapján nagyon jó hatással voltak rá.

*„Jó volt, felszabadult volt az ember, hogy hasonló szőrű emberek között van, én legalábbis teljesen felszabadultam és láttam, hogy emberek milyen lehanyaglóan jönnek az első foglalkozásra, és végül már csillogott a szemük, boldogok voltak, mert megnyílt előttük a jövőkép és hogy neki olyan jó és mit akar az életben...” (alapítvány kliense)*

*„Igen, én olyan felszabadult voltam, mint diákkoromban utoljára, szóval nem volt bennem olyan szorongás, hogy édes istenem bolondak néznek rám az emberek, hogy én egy dilis vagyok, egészséges szemmel néztek rám, hiszen mindenki sorstársam volt, és éreztem, hogy bennem több az erő, mint bármelyikbe.” (alapítvány kliense)*

A felmondás és az interjú között három év telt el. Azóta elvégzett egy számítógép-kezelői tanfolyamot, amit a magán munkaközvetítő iroda javasolt számára, és ezt a tudását felhasználva dolgozott egy telemarketinges cégnél. Egy újságban talált álláshirdetésre jelentkezett.

*„nem volt kifogás a munkám ellen csak azoknak a követelményeknek egy rokkant ember nem tud úgy eleget tenni. Például kétszer 10 perces szünet, ami arra nem volt elég, hogy egy kávét megigyon az ember és azért általában az ilyen pszichiátriai betegek nem alusszák ki a rendes időt” (alapítvány kliense)*

Interjúalanyom állapota nem indokolja, hogy olyan mértékben rokkantosítsák, hogy kizárólag a nyugdíjból meg tudjon élni, az öregségi nyugdíjhoz pedig fiatal, ezért szeretne munkát vállalni. A magán munkaközvetítő irodához közvetítették,

ahol valóban olyan ellátást kapott, amit keresett, és jót tett mentális állapotának. Álláskeresésben beiskolázással segítették, bár az interjú készítésekor éppen nem dolgozott. Ez a fajta ellátás tehát alapvetően az egyéni egészségügyi és munkahelyi rehabilitációt támogatja, valóban az egyéni képességekre és igényekre támaszkodva. Interjúalanyom ezzel együtt ismeri saját képességeit, és korlátait is, úgy tűnt, nem mint egy gyógyíthatatlan, a közösségi életben felvállalhatatlan beteg emberre tekint magára, hanem mint egy speciális adottságokkal együtt élő emberre.

*„az embernek együtt kell ezzel élni és akarni kell, normális emberként élni.”  
(alapítvány kliense)*

A közösségben, otthonában, családban való megmaradás, úgy tűnik, ebben az esetben nem volt kérdéses. A családi támogatásról nem beszélt túl sokat, mindenesetre a bentlakásos intézményben való elhelyezés szóba sem került. Valódi mentális javulást az iroda által szervezett tréningek kapcsán említett.

Az egyéni rehabilitáció útjai tehát koránt sem zökkenőmentesek. A bentlakásos intézetben történő célszervezeti foglalkozás ugyan pénzkeresetet és elfoglaltságot ad, de sem a meglévő képességeket, sem és „normálisakkal” való kapcsolatot nem aktivizálja, a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak láthatatlanná teszi, illetve a kitaposott úton tartja. A szociális foglalkoztató félutas megoldást jelent az egyéni rehabilitáció szempontjából. Igazi kerülő út, ugyanis az önálló életvitel megtartása mellett van lehetőség –ugyan főképp betegtársakkal - dolgozni. A magán munkaközvetítő iroda egérutas célja a nyílt, félig-nyílt munkaerőpiacra történő egyéni felkészítés és az elhelyezkedésben való támogatás, ami pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében, különösen a környezet stigmatizációja miatt, komoly kihívást jelent az érintetteknek és a mentoroknak is.

#### **VI.4.Elágazó utak**

Ebben az alfejezetben a kitaposott útról való letérés - azaz az elzárás, eltüntetés, kirekesztés ellentétéként – két speciális formáját mutatom be. Az egyik esetben a törvénykezés és állami támogatások mentén megvalósuló úgynevezett kitagolási program sajátos formájával, a másikban viszont - egy önkormányzati nappali klub

esetében, melyet pályázati pénzekből tartanak fenn - a nonprofit szervezeteken belüli foglalkoztatásnak és a magán munkaerőközvetítő iroda kezdetleges működtetésének kreatív, rugalmas adaptációjával találkozunk.

#### **VI.4.1. Elágazó út 1. - Zsákutca**

Az állam 2000 óta támogatja az úgynevezett lakóotthoni ellátást, melynek célja a többségi társadalomba való reintegráció. A lakóotthon lényege, hogy a betegnek diagnosztizáltakat nem egy monstrum lakóotthonban ápolják, de nem is a saját otthonában él és mentorával tartja a kapcsolatot, hanem egy köztes megoldást jelent. A lakóotthonban több betegnek diagnosztizált él együtt, és többé-kevésbé állandóan jelen van egy egészséges segítő, így nincsenek elzárva a közösségtől egy paternalisztikus szervezetben, és magukra hagyva sincsenek. Ebben az ellátási formában lehetséges a védett családi közeg megteremtése, és természetesen egyéb rehabilitációs lehetőségek is adódnak. A lakóotthon lehet átmeneti és tartós is. Ez az állam által támogatott ellátási forma a változás mezoszintű kezdeményezésének tekinthető, amennyiben mind az egyéni kapcsolatokat (orvos-beteg kapcsolat), mind az intézményi működést igyekszik kissé átalakítani, megteremteni a nagy bentlakásos intézetek leépítését, az úgynevezett kitagolását.

Az „A” városi Intézet 2007-ben létrehozott egy ilyen lakóotthont, melyet védett háznak is neveznek. A ház maga az Intézet kerítésén kívül a városban található, ahol 14 kiválasztott személy (7 férfi, 7 nő) viszonylagos önállóságban élhet. Az Intézettől azonban formálisan sem szakadnak el, mert az Intézet által megállapított aprólékos szabályok szerint „üzemel” a ház, melyet az intézetbeli személyzet felügyel. Eleinte egészségügyi személyzet is volt velük, de folyamatosan csökkentették a felügyeletet, és a fél éves működés után elegendőnek találták, ha egy mentálhigiéniai nővér reggel odamegy, leellenőrzi őket, és naponta csak néhány órát tölt ott.

Az itt élőknek egy füzetben kell vezetniük a háztartási feladatok beosztását és a kimenőjüket is (mikor mentek el, mikor jöttek vissza, hol voltak). Itt a térítési díj valamennyivel magasabb, mint az Intézetben, úgyhogy ide mindenképpen csak a „jobb módúak” kerülhetnek, tehát olyanok, akik a bemutatott K. célszervezetnél

dolgoznak. Az itt lakók nappal sok idő töltenek az Intézetben, hiszen minden nap bejárnak dolgozni.

*„Ez a benti léthez képest szabadság. Az itt élők tartanak attól, hogy visszakerülnek, ezért mindent megtesznek.” (mentálhigiéniai nővér)*

Az Intézettől elszakadni nem lehet, ugyanis, ha viselkedésük nem megfelelő, vagy az állapotuk romlik, a lakók bármikor visszakerülhetnek az Intézetbe, illetve nincs lehetőségük arra, hogy hivatalosan kikerüljenek az Intézet keretei közül, és önálló életet kezdenek. Mindez az ápoltak szempontjából azonban mégiscsak egy jelentős lépésnek tűnik az önálló életvitel, az intézeten kívüli élet megvalósítása felé.

Ha nem is jelentős lépés, de mindenképpen egyfajta szemléletbeli elmozdulást igényel a lakóotthoni ellátás az Intézet dolgozóitól is, hiszen igazodniuk kell az új szituációhoz. Itt az ápoltak nem állnak teljesen a felügyeletük alatt, és a védett ház működése nem, vagy nehezen összeegyeztethető az intézmény deklarált céljával, alapvető feladataival.

*„A szociális ellátás területén mindig élen jártunk, szívesen csináltunk szinte kísérleti jellegűeket, a pszichiátria területén nem olyan elterjedt, mint a gyerekeknél lakóotthon, fogyatékosoknál, úgyhogy a fővárosnál az első a mi lakóotthonunk. Több helyet megnéztünk, hogy hogy működik, és fél éve működik, úgy jól.” (főnővér)*

Ebben az esetben az ápoltak és az Intézet dolgozói közötti viszony némileg módosul, a lakóhelyi és az egyéni rehabilitáció többé-kevésbé megvalósulni látszik, azonban a munkahelyet és a foglalkoztatást, valamint a közösségi reintegrációt tekintve továbbra is kirekesztő.

A változásokat ebben az esetben a törvényi szabályozás és támogatás idézheti elő. Azonban Magyarországon az a furcsa és sajátos működés alakult ki, hogy a lakóotthonok többségét nagy szociális otthonok hozták létre jelentős állami támogatással, hogy csökkenteni tudják intézményeik zsúfoltságát (Hronyecz et al. 2004), és újabb támogatásokhoz jussanak. Így a lakóotthonok a nagy intézmények kiváltói helyett, annak leágazásaként működnek, melyek a személyzet és az ápoltak számára is a jutalmazás eszközeként funkcionálnak. Létrehozásuknak feltehetően több célja van, egyrészt funkcionális (a túlzsúfoltság ellen és a támogatásért), másrészt elképzelhető, hogy a jobb állapotú ápoltak szabadabb



életét, integrációját is szeretnék elősegíteni. Mindenestre az Intézettől való függés megmaradt, és mivel országos szintű kizárólagos jelenségről van szó, ezért leírásukra a zsákutca metaforát találtam megfelelőnek.

#### **VI.4.2. Elágazó út 2. – Szerviz út**

A szerviz út metafora ebben az esetben a főúttal párhuzamosan haladó olyan mellékútra utal, melynek használata célirányos, speciális, eltér a főúttól. Ebben az esetben egy alapítvány egyszerre lát el a törvényi szabályozás szerint kötelező és egy nem kötelező feladatkört. A szociális törvény előírja, hogy a 10 000-nél nagyobb lélekszámú településen a pszichiátriai betegek nappali ellátását nyújtó intézményi feladatokat (napközbeni tartózkodás, sport, kulturális programok, képzési, képességfejlesztési, pszicho-szociális gondozás) el kell látni, és ezt egy budapesti kerületben egy alapítvány végzi. A hivatalos és kötelező kerületi tevékenysége mellett azonban felvállal több olyan tevékenységet, melyet nem az önkormányzat finanszíroz és nem kötelező jellegű. Ilyen a közösségi pszichiátriai gondozás, ami nem kötelező ellátási forma, de normatív támogatást élvez, meghatározott összeg alapján. Ezt az alapítványt maguk a nappali ellátást végző szakemberek hozták létre 1999-ben, ami a közösségi feladatok ellátásán túl munkarehabilitációs tevékenységet, és szociális szakemberek számára továbbképzést végez. Szervezeti szinten úgy jellemezhető, mint az önkormányzathoz kapcsolódó és függő helyzetben lévő alapítvány, tehát tényleges státusa leginkább a nemzetközi szakirodalomban használt ún. „fél-állami” („Quango” - Quasi-Autonomous Non-Governmental Organizations) jelleggel ragadható meg. Ez a fajta megoldás részben hasonlatos más gyakorlatokhoz, ugyanis „Az EU tagországok többségében a rehabilitációs szolgáltatásokat jellemzően vagy az állami intézményrendszer végzi, vagy a non-profit szervezetek állami- vagy magán finanszírozással” (Scharle 2008 p. 4). Azzal a különbséggel, hogy feltehetően maga a megvalósítás szabályozása és finanszírozása egyértelmű és letisztázott.

A Szerviz utat megtestesítő alapítványnál a munkarehabilitáció keretein belül munkaerőpiaci reintegrációra való felkészítését, tréningeket, esetmenedzselést, utógondozást végeznek. Ezeket a tevékenységeket Európai Unió pályázatokon

elnyert pénzből finanszírozzák. Tehát egy alapítvány a kötelezően ellátandó feladatokkal párhuzamosan a saját erőforrásait, tudását, küldetéstudatát, karitativitását felhasználva extra feladatok ellátására pályázik, azaz egy elágazó utat, a szerviz utat „üzemeltet”.

A klub igen népszerű, a hivatalos működési engedélye 50 személyre szólt 2006-ban, de mivel ez egy nappali intézmény, ahol a gondozottaknak szabad be- és kijárásuk van, egy adott napon az itt dolgozók szerint, akár 70-en is megfordulnak. A nyilvántartásuk szerint összesen 814 ember jár ide. A munkarehabilitációs programot eleinte még meghirdették, de aztán annyi jelentkező volt, hogy sürgősségként érezték, és felhagytak ezzel. Alapvetően a Munkaügyi Központból, a kerületből, a gondozóból és a közeli kórházból érkeznek klienseik, és szerződéses viszonyban együttműködnek a Kerületi Pszichiátriai Gondozóval is.

A gondozottak esetében itt is a közösségi pszichiátria szemlélete kap teret, a nappali ellátás helyszíne itt is egy lakótelepi ház földszintjén található. Kihasználva a lehetőséget céljaik megvalósításához, a közösségépítéshez, kiadják helyiségeiket lakógyűlésre, és nem csak a gondozottak, hanem bárki használhatja számítógéptermeiket, büféjüket, nyáron teraszuk is van az utcán. A közösségi rehabilitáció tehát itt alapvető cél, és megvalósulására van is lehetőség.

Mindenkiről, aki ide gondozottként bekerül, gondozási tervet készítenek, és aki egyéni célként a munkavállalást is megjelöli, az bekerül a munkaerőpiaci programba. Foglalkoztatnak külön munkaerőpiaci rehabilitációs esetmenedzsert, munkapszichológust és állásfeltárót is. A gondozási terv része az egyéni felmérés, (szociális háttér, képességek, végzettség, preferált munka stb.), és ennek alapján elkészül egy személyre szabott munkakeresési terv. Tapasztalataik szerint a gondozottak többnyire félnek attól, hogy fogják megállni a helyüket egy integrált munkahelyen. A programba bekerült személyeknek tréningeket (kommunikációs, problémamegoldó, stresszkezelő) tartanak, akárcsak a másik alapítványnál. Ez az alapítvány is működik állásfeltáróként, tehát innen is lehet telefonálni, interneten böngészni az álláshirdetéseket. Tehát az egyéni rehabilitáció megvalósulására is van lehetőség, hasonló eszközökkel, mint a másik alapítványnál.

*„Azt vettük észre, hogy sok szakember van nálunk, aki jó szakmával bír és az most is működik, hogy elmennek egymáshoz villanyt szerelni, vizet szerelni, festeni, és akkor azt találtuk ki, hogy belőlük egy ilyen szakembergárdát összehozni, akkor ők a betegeknek, és a környék nem túl gazdag embereinek piaci ár alatt tudnak dolgozni.” (szerviz út alapítvány munkaerőpiaci szakembere)*

Az egyéni rehabilitáció tehát a kliensek közötti csereviszonyokban is megjelenik és ezt, valamint a helyi igényeket és lehetőségeket ismerve és felhasználva szerveznének egy brigádot. A munkaerőpiaci reintegrációt ez az alapítvány némileg másképp kezeli, sokkal aktívabban, tevékenyebben irányítja, azonban ezzel inkább a félig-védett munkavállalás felé tereli klienseit. Ezzel összeeseng, hogy ez az alapítvány akkreditáltatta is magát, mint foglalkoztató, így ennek keretén belül itt is megtalálhatóak azok a foglalkoztatási formák, mint a szociális otthonban, azaz: a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás (5 fő), a munkarehabilitáció (5 fő) és a nyílt munkaerőpiacra történő felkészítés (40 fő). Alapvetően itt az utóbbi dominál, és a fejlesztést is szó szerint értik, tehát nem a házon belüli munkákat végeztetik el gondozottaikkal, hanem kifejezetten azokat, melyekkel olyan tudást szerezhettek, amit a nyílt munkaerőpiacon is tudnak használni (pl. számítógép használata). Mint alapítvány, saját maguk is foglalkoztathatnak, így szeretnék teljesen nyitottá tenni büféjüket, ahol a fejlesztő- felkészítő foglalkozás keretében felszolgálat gyakorolhatnának klienseik, valamint a büfé az antistigma programjuk része is lenne.

Az állásfeltáró szakemberük szintén egy pszichiátriai betegnek diagnosztizált, aki korábban vállalkozó volt, és maga is szerződésben állt egy szociális foglalkoztatóval. Klienseik többségét betanított vagy szakmunkásként tudják elhelyezni a szolgáltatóiparban, vagy építkezéseken.

Ez az alapítvány is ugyanazokkal a problémákkal küzd, mint a másik Alapítvány: bizonytalan szabályozási és finanszírozási környezet (szemben az Állami Foglalkoztatási Szolgálattal, mely plusz pótlékot kap, ha megváltozott munkaképességű személy kiközvetíti), és a munkaerőpiac elutasító attitűdje.

*„Nem értem azt a metódust, hogy én nem vagyok magán munkaközvetítő, a munkaügyi központ tudja, hogy én működöm, és pszichiátriai betegekkel foglalkozom, és ideküldi a beteget. A pénzt, viszont amit kap ezért, hogy rehabilitációs állásokat tárjon fel, azt viszont nem küldi át. Ott marad náluk egy*

*rakás olyan pénz, ami nem őket illeti meg.” (szerviz út alapítvány munkaerőpiaci szakembere)*

Ebben az esetben tehát egy államilag finanszírozott szociális ellátás adta erőforrások kihasználásával hoztak létre egy alapítványt, mely a nyílt, félig-nyílt munkaerőpiaci elhelyezést támogatja. Ez az elágazó út metaforával írható le, amennyiben egy már meglévő struktúrát lassan, folyamatosan, belülről, a külső környezeti hatások mentén kezdenek el átalakítani újító szemlélettel. Itt a kognitív lock-in elszorvadása mellett a strukturális lock-in (erre utal, a „gondozott” szóhasználat) részleges megmaradása és emellett részleges újítása jellemző.

Ebben az alfejezetben a munkaerőpiaci rehabilitáció két sajátos formáját mutattam be. Az egyik esetben (Zsákutca) az önálló életvitel felé mutató egyéni rehabilitáció modernebb formája társult kirekesztő célszervezeti foglalkoztatáshoz, míg a másik esetben (szerviz út) mind az egyéni, mind a nyílt félig-nyílt foglalkoztatási rehabilitáció

### **Összefoglalás**

Pszichiátriai diagnózissal élők tipikus munkaerőpiaci helyzetét vizsgáltam, melyhez szorosan kapcsolódnak a szociális ellátórendszer adott intézményei. A diagnózis felállítása és a hivatalos betegstátus jelentősen megváltoztatja az érintettek életét. Tengelyi sorseseeményeknek nevezi azokat a drámai jelentőségű élethelyzeteket, amelyek következtében az élettörténet jelentősen átalakul, és a legtöbb esetben, ilyen sorseseeménynek számít a pszichiátriai diagnózis. Légmán és Fernezely kutatásai szerint a skizofréniával kezelt emberek élettörténete a diagnózist követően betegségtörténetté válik. A döntően negatív elemekből álló betegségrszereppel azonosulnak a diagnosztizáltak, (Fernezely-Légmán 2003) ami nem könnyű feladat. A továbbiakban önmagukra is betegként tekintenek, ez indokot és magyarázatot ad stigmatizáltságukra, kiszolgáltatottságukra, arra, hogy mások gondoskodjanak róluk. A „mások” körében a pszichiátriai diagnózis a legtöbb esetben előítéletességet, félelmet és kiközösítést jelent, ami megjelenik a munkaerőpiaci státusukban és fogadtatásukban is.

A következő táblázatban összefoglaltam az egyes foglalkoztatási formák rehabilitációra gyakorolt hatását és a korábbi gyakorlathoz (zárt célszervezeti foglalkoztatás, bentlakásos intézetbeli élet) képest megvalósuló változását.

**21. táblázat A foglalkoztatási rehabilitáció útjainak jellemzői**

	<b>Kitaposott út</b>	<b>Kerülő út</b>	<b>Egérút</b>
<b>Foglalkoztatás</b>	Célszervezet	Szociális foglalkoztató	nyílt munkaerőpiac
<b>Kapcsolódó szociális ellátás</b>	bentlakásos intézet	nappali klub vagy semmi	Alapítványi közösségi ellátás
<b>Egyén helye</b>	ápolat, láthatatlanság	sérült	kliens, fejlesztendő
<b>Egyéni rehabilitáció</b>	Nincs	Részleges	Teljes
<b>Környezet</b>	Zárt	nyílt – védett	Nyílt
<b>Közösségi rehabilitáció</b>	Zárt	félíg-nyílt	Nyílt
<b>Változás – állandóság</b>	Status quo	Inkrementális változás	Radikális változás

Az általam felállított strukturális hipotéziseket igazolja a Kitaposott utat leíró esettanulmány, mely annak ideáltípusaként is felfogható. Itt az egészségügyi, szociális, és a foglalkoztatási szabályozás, és a működtetők érdeke egyértelműen az integráció ellen hat. Mindez intézményesült is a Védett Szervezetek Országos Szövetségének keretein belül, mely szervezetek a mai napig az állami támogatás jelentős részének célzottjai, valamint a bentlakásos Intézet végleges működési engedélye által. A szociális otthonban élő, célszervezetnél dolgozó ápolatnak nincs lehetőségük és esélyük sem a nyílt-félíg nyílt munkaerőpiacra és az önálló életre, a közösségi és az egyéni rehabilitáció helyett életfogytiglani vegetálás osztályrészük. Ezzel szemben a Kerülő és az Egér utat megtestesítő szervezetek, intézmények jobban koncentrálnak az egyén élethelyzetére, képességeire, igyekeznek elősegíteni az eredeti közösségben való megmaradást, az önálló életvitelt. A szociális foglalkoztató inkább helyi igényeket elégít ki, a nyílt piacon gazdaságtalan és működésképtelen lenne, fennmaradása a támogató önkormányzatoktól függ, és ilyen értelemben félíg-nyílt munkavállalást jelent.

Az Egérút bemutatásával azonban módszertani akadályokba ütköztem, mert alig találtam olyan nyílt munkaerőpiaci szervezetet, mely tartósan foglalkoztatott volna pszichiátriai diagnózissal élő munkavállalót. Ilyen értelemben az egérút igencsak rögzösnek, kátyúsnak mondható, és felvetődik a kérdés, hogy Magyarországon lehetséges-e, hogy széles körben elterjedjen nyílt munkaerőpiaci

foglalkoztatás. Erre a témakörre az interjúalanyaim jelentős része kitért, tehát mindenképpen egy olyan alapvető probléma, mely az érintettek körében sem egyértelműen letisztázott.

A Szerviz utat megtestesítő alapítvány munkaerőpiaci reintegrációjában dolgozó állásfeltáró az alapítvány kliense is egyben, azaz maga is pszichiátriai diagnózissal él. Korábban jól működő és jövedelmező saját cége volt, rátermettsége, tapasztalatai és érintettsége miatt választották ki az alapítványnál erre a munkára, és talán ezek miatt sem egyezik célszervezetekről alkotott véleménye a szakirodalom által képviselttel.

*„Személyes véleményem, nem mindenkinek ez az alapítványnál, hogy célszerűbb védett munkahelyet létrehozni az alapítványnál, ahol hasonló betegek vannak, ott már tudnak viselkedni, nincsenek konfliktusok, közösségben vannak, otthon érzi magát, ismerik egymást. Ez a járható út, elsősorban súlyosabb betegeknel, aki könnyebb beteg, az megtalálja helyét a külvilágban, erre is van példa, de nagyon kis számba. Szokták alkalmazni a gettósítás kifejezést, ha bekerül védett munkahelyre, akkor becsukjuk, és nem tér vissza nyílt munkaerőpiacra. Akit én védett munkahelyen helyeznék el, szerintem sokkal jobbat tenne neki, ha védett munkahelyre helyezném el. [...] Tudom, hogy a szakma ellenzi a védett munkahelyet, nekem viszont az élettapasztalatom mellette van”. (pszichiátriai betegnek diagnosztizált, jelenleg a Szerviz út alapítványnál állásfeltár)*

Tehát az integrált foglalkoztatás, mint cél, a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak esetében nem evidens a betegnek diagnosztizáltak körében sem. Természetesen felmerül a kérdés, hogy mindez a magyar munkaerőpiaci, egészségügyi és szociális ellátórendszeri viszonyok, korábbi tapasztalatok következménye, vagy más körülmények között is így vélekednének. Mindenestre hasonló állásponton van az Egér út Alapítványnál praktizáló pszichiáter is.

*„Védett munkahely kontra nyílt munkaerőpiac. Egyértelmű, nem kérdés. Nekem lehet, hogy radikális nézeteim vannak, ha azt nevezzük nyílt munkaerőpiacnak, ami most Magyarországon van, az egészséges embernek sem való. Már ahhoz képest védett munkahelyeket kéne létrehozni, egy egészséges ember is mentálisan beteg lesz. A betegnek nyilvánvaló, a végcél lehetne, ha normális munkaerőpiac lenne, ahol a vége az legyen, hogy eljut a nyíltra. Rehabilitáció, épp hogy kiszédelgett a kórházból, és utána rögtön visszaállítani, nem a napi 12-be, ami most van, hanem a napi 8-ba, tök nyilvánvaló, hogy nonszensz. [...] Van egy csapat, ahol lehet ez a cél, hogy a végállomás a nyílt, de lássuk be, ha ideális lenne az ellátás, akkor is lenne, van egy elég jelentékeny része a betegeknek, aki nem rehabilitálódik 100%-ban, őt soha nem lehet visszarakni. Akkor azt mondjuk, hogy fehér-fekete, akkor azt rokkantosítsuk, vagy azt mondjuk, hogy neki van a*

*védett munkahely, mert ott azért elketyeg, nem 8 órában, heti 4 nap, egyszer-egyszer nem megy be, elcsúszik, máshol ilyen nincs. Végcél lehet egy résznél, nyilvánvalóan.” (Egér út alapítvány pszichiátere)*

Mégis vannak olyan szakemberek és érintettek, akik ezekkel a személyes félelmekkel megbirkózva és magyar viszonyokkal szembefordulnak. Azaz, maguk az érintettek megpróbálnak elhelyezkedni a félig-nyílt, nyílt munkaerőpiacon, a szakemberek pedig támogatják ebben őket.

*„Most ebben a munkarehabilitációs foglalkoztatásban is, hogy félnek, félnek attól, hogy határozott idejű szerződés ez a pályázat, le fog járni, félnek attól, hogy, hogy fogják megállni a helyüket egy nyílt munkahelyen. Itt ez egy védett közeg, ahol tudják a munkatársak is egymásról, hogy betegek, és sokkal elnézőbbek, toleránsabbak egymással.” (szerviz út alapítvány munkaerőpiaci szakembere)*

Ennek ellenére szélmalomharcot vívó két alapítvány munkaerőpiaci szakembere egyértelműen elutasítja a célszervezeti foglalkoztatást, és az egyéni képességeknek és igényeknek megfelelő nyílt, félig-nyílt foglalkoztatást támogatja.

*„Eddig célszervezet intézményen belül bevitték a munkát és ott dolgoztak. De ez mitől integráció? Ezért célszervezetekből ki kell menni, de sok szakember szerint a betegek nem képesek kimenni, sose próbálták még meg, ugyanakkor azt állítják szakemberek, hogy ez nem működik.” (Egér út Alapítvány)*

*„Meg hogy nem látom azt a szándékot, hogy támogassák azt, és álljanak ki amellett, hogy embereket fel lehet készíteni arra, hogy egészségesek között dolgozzanak integrált munkahelyen.” (szerviz út alapítvány munkaerőpiaci szakembere)*

Összességében az integrált foglalkoztatás megítélése nem egyértelmű. Az általam megkérdezett szakemberek véleménye szerint ideáltipikus esetben akkor lehet elérhető cél, ha a munkáltatók és a munkavállalók fogadtatása nem stigmatizáló, ha általában a gazdasági, munkaerőpiaci helyzet nem feszült, és ha a pszichiátriai diagnózissal élő képesnek érzi magát munkavállalásra.

Az ideáltipikus eset azonban nem létezik, a magyarországi munkaerőpiaci helyzet nem kiegyensúlyozott és toleráns, tehát a munkaerőpiac kirekesztő mechanizmusaira vonatkozó hipotézisek az esettanulmányok által szintén beigazolódtak. Az általam megszólaltatott vállalatok képviselői (Egér út esettanulmány) szinte mind elutasítóan beszéltek a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakról, és maguk az érintettek tapasztalatai sem kedvezőek.

A diagnózis felállítása és a munkaerőpiacról való kiesés nem feltétlenül egymást időben szorosan követő események, az inaktívvá válás fokozatosan is történhet, sőt bizonyos esetben az inaktív státus eléréséhez szükséges egy „nagy kórkép” hivatalos megléte. Mindenesre a kvantitatív adatok is igazolják, hogy a mentális betegnek diagnosztizáltak körében hamarabb bekövetkezik az inaktív státus, mint a „normális”, más egyéb fogyatékkal élő emberek körében.

A kirekesztő, stigmatizáló mechanizmusokat igazolják, hogy a nyílt munkaerőpiacon több éves kutatómunkám során nagyon kevés olyan vállalatot találtam<sup>109</sup>, ahol tudottan pszichiátriai diagnózissal élőt foglalkoztatnának. Kutatásom eredménye tehát igazolja hipotézisemet, miszerint a pszichiátriai diagnózissal élők főképp félig nyílt/félig zárt, vagy zárt munkahelyeken dolgoznak (Kitaposott út, Kerülő út).

Az integráció felé terelő mechanizmusokra vonatkozó hipotézisek részben igazolódtak. Mivel a szabályozásban és az állami finanszírozásban egyszerre megtalálható a kirekesztő és az integráló szemléletet, ezért ezeknek többféle megvalósulása lehetséges. Lehetségessé válik egy fizikailag, közösségileg zárt intézet véglegesítése, melynek keretében belül a zárt és védett foglalkoztatás ideáltípusaként működő célszervezet üzemel. Ezzel párhuzamosan törvénybe iktatott és finanszírozott a közösségi ellátás és a magán munkaerő közvetítő iroda működtetése, ugyan utóbbi pályázati forrásból, tehát létezése korántsem végleges. A formális változások még mindig fenntartják az integráció ellen ható kitaposott utat, azonban megkezdődött a változás. North (1990) az intézmények tartósságának három okát határozta meg, melyek közül mindegyik azonosítható az általam bemutatott példákban. A változás tranzakciós költségei, azaz nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást, önálló életvitelt kiszolgáló szervezethálózat kiépítése (ehhez szükséges humán és tárgyi környezet) a hazai és a nemzetközi szakirodalom szerint is jelentős költségekkel jár, ami csak évek múlva térül meg. Továbbá szintén a változatlanságot erősítik a hazai politikai szereplők alkui, melyeket saját szabályaiknak megfelelően kötnek. Illetve North szerint maga az útfüggőség kialakulása és tartóssá válása is akadályozza a változást. A törvénykezésben, az érdekegyeztetésben és pályáztatásban megjelenő kettős

<sup>109</sup> Egy budapesti szálláshely szolgáltató cég gyakorlatilag enklávé formájában több pszichiátriai diagnózissal élőt is foglalkoztat. Itt Laki Ildikó és kutatócsapat készített kutatást.



célok, az egyes intézmények (egészségügyi, szociális, társadalombiztosítás) inkonzisztens működése is szintén az inaktív státus felé terelik a pszichiátriai diagnózissal élőket.

A változás okaként a fenntarthatatlan nyugellátási rendszert jelöltem meg, amelyet nem tudok teljes bizonyossággal igazolni, hiszen a kvantitatív adatok a mentális betegek idejekorán történő leszázalékolásáról tanúskodnak. Úgy tűnik, a pszichiátriai diagnózissal élőket még mindig inkább az inaktivitás felé terelik, azaz tovább terhelik a nyugdíjrendszert, mintsem valamilyen módon benntartanak a munkaerőpiacon. Ennek oka tapasztalataim szerint az intézményeket alakító informális korlátokban keresendők, melyek a társadalomban beágyazottak és melyek átalakulása sok időt igényel (North 1990). Azaz a nyugdíjrendszer átalakítása önmagában nem elegendő a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak nyílt munkaerőpiaci munkavállalásának elősegítésében, mert informális korlátokba ütközik, amennyiben a fogyatékosági eljárást végzők, az egészségügyi dolgozók és a munkaerőpiaci szereplők többségének elutasító attitűdje miatt.

### ***Piaci, állami, civil/nonprofit szektor szerepe a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci rehabilitációjában***

A pszichiátriai diagnózissal élőkkel szemben tanúsított kirekesztő attitűd és az érintettek munkavállalásában szerepet játszó intézmények struktúrájának megváltoztatására történtek kísérletek. Hipotézisemben (H3b) az integráció felé terelő változások kulcsát a pszichiátriai diagnózissal élők ellátásában részt vevő személyek tevékenységében jelöltem meg. A magán munkaerő közvetítő irodát működtető alapítvány (Kerülő út) az újítás megtestesítője, mind a szociális konstrukció, mind a foglalkoztatási célok tekintetében. Tevékenységüket a szabályozás szociális ellátórendszerre vonatkozó része támogatja, míg a foglalkoztatásra vonatkozó része akadályozza, a nyugellátásra vonatkozó része pedig részben támogatja, részben akadályozza. Ebben az esettanulmányban igyekeztem arra is választ kapni, hogy elutasító-e a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak fogadtatása a munkaerőpiacon, és itt is igazolni tudtam hipotézisemet. Az Kerülő utas Alapítvány tevékenysége így módon egy szélmalomharcnak tűnik, azonban ezt ellensúlyozandó, vannak más

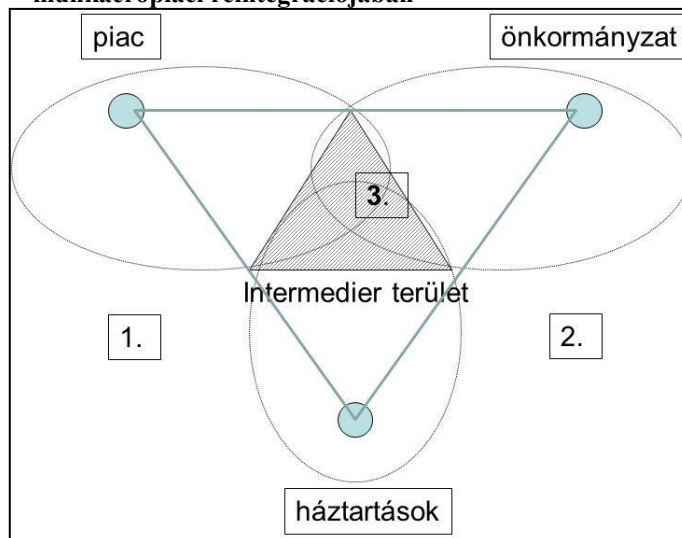
magyarországi alapítványok, melyek egyik fő tevékenysége az antistigma program.

Az újító szemlélet, és az esetleges változások bemutatására Adalbert Evers jólétmix koncepcióját alkalmazom, ahol az a civil/nonprofit szféra az állam, a piac, és a háztartások közti viszonyrendszer köztes területeként jelennek meg. Itt a háztartások, a magánemberek aktív szereplői a gazdasági tevékenységeknek, melyet sokféle szerep és adott kapcsolatrendszer jellemez.

Magyarországon a 1989 után számos területen, köztük a szociális szférában is elindult az úgynevezett államtalanítás, azaz a decentralizáció. Ennek egyik módja a központi feladatok helyi közösségbe, azaz az önkormányzatokba történő átcsoportosítása, kihelyezése. Az államtalanítás formai szempontból pusztán azt jelenti, hogy az egyes szektorok közül valamelyik (pl. a civil/nonprofit vagy a piac) részben vagy teljes egészében átvállal egy jóléti állami feladatot. Tartalmilag azonban ez sokféle lehet (lásd pl. Czakó 2009), sokféleképpen jöhet létre (spontán, szerződéses-megegyezéssel úton), és korántsem független a korábban kialakult intézményrendszerektől, finanszírozási lehetőségektől (pl. hajléktalan ellátás, alapítványi iskolák stb.). A feladatok átvállalásának szintén több oka lehetséges; kezdeményezhetik a civil/nonprofit szervezetek állami feladatok kiegészítésére, javítására; és kezdeményezheti maga az állam/önkormányzat is.

Erre példa a Kerülő utas Alapítvány közösségi ellátása, és az azt működtető civil/nonprofit szervezet. Az Evers-i jólétmix ábrát (1995) továbbgondolva illusztrálom a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci rehabilitációjában megjelenő sokféleséget, melynek mentén megragadhatóak az integrációt elősegítő változások is. A sokféleség az egyes résztvevők szerepeire, kapcsolataikra, egymásra gyakorolt hatásában is megjelenik.

**4. ábra: Az önkormányzati, piaci, magán és a civil/nonprofit szféra kapcsolatai a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci reintegrációjában**



Az eredeti ábrán a piac és a háztartások mellett az állam szerepelt, én ezt kicseréltem az önkormányzatra. Az intermedier terület a civil/nonprofit szférát jelenti, melyet akaratlagosan nem tüntettem fel, mert a bemutatásra kerülő szervezetek korántsem biztos, hogy függetlenek és tartósak. Mindez azért szükséges, mert a személyes viszonyok mentén átalakuló intézmények a helyi önkormányzatok esetében aktívabbak. Valamint az eredeti ábrán nem szerepelt halmazábra, mely esetemben a sajátos magyar civil/nonprofit szféra fejlődését, és az államtalanításban való szerepét, valamint az integrációt elősegítő tényezők megjelenését is illusztrálja.

1. A magán munkaközvetítő irodát üzemeltető alapítványt egy érintett család hozta létre, saját vállalatuk tőkéjét biztosítva ehhez. Az interdependencia elmélet (Salamon 1991) fókuszál arra, hogy milyen helyzetekben alakul ki partneri viszony az állam és a nonprofitok között. Ebben az esetben tehát a háztartási humántőke és a vállalati pénzügyi tőke, és a "lelkes szakmai" gárda egymásra találása hívta életre az alapítványt és üzemelteti azóta is. Az alapítvány ugyan szerződésben áll önkormányzattal – tehát az államtalanítási folyamatokba is bekapcsolódott, de az alapítvány ettől a szerződéstől függetlenül is életképes. Itt tehát az piaci, a szakmai és a magánszféra találkozás működteti az intermedier területet megtestesítő alapítványt.

2. Önkormányzati gondozóban szintén létrejött egy munkaközvetítő iroda és egy alapítvány. Ezt az alapítványt az önkormányzati dolgozók és néhány szakember

hozta létre. Az alapítvány működése erősen összekötődik a gondozóéval, sok esetben az alapítvány munkatársai is ellátják a gondozóbeli feladatokat és fordítva, a munkavégzés helye értelemszerűen ugyanaz. Szinte csak a fizetésből lehet tudni, melyik munkatárs hol dolgozik.

*3. Az önkormányzat, civil/nonprofit és a piaci szféra kapcsolatát a szociális foglalkoztató testesíti meg.* A szociális foglalkoztatót egy egyesület üzemelteti, melyet 1996-ban a helyi polgármester hívott életre, de a kerületben élők közül kerül ki mindig a kuratóriumi elnök és a felügyelőbizottság is. A Kerülő útban bemutatott esetből kiderül, hogy a foglalkoztató és az önkormányzat együttműködése jelentős és aktív. Valamint a foglalkoztató nem csak munkát ad megváltozott munkaképességű dolgozóinak, azaz a háztartásoknak, hanem gondoskodik is róluk (támogatások, ételmiszerellátás, ruhaosztás), támogatva ezzel az önálló életvitelüket, és megakadályozzák a teljes elszegényedést, így ebben az esetben mindhárom szereplő kapcsolata megjelenik.

Hegyesi Gábor 1991-es megállapítása még most is megállja a helyét, miszerint a gyenge piaci szektor, a tömeges igény a szociális szolgáltatások iránt, csak úgy tud civil/nonprofit szervezeteknél életben maradni, ha az állami szociálpolitika támogatja. Harsányi (2003) hívta fel a figyelmet arra, hogy az állam határozza meg a nonprofit szféra működéséhez szükséges politikát, a prioritásokat, finanszírozást, így maguk a szervezetek is erősen függnak az államtól és klienseik is. Bartal szerint a hazai nonprofit szektor leginkább az állam való viszony intézményesítésében és intézményesülésében fejlődött a legtöbbet, még ha nem tudatos módon is (Bartal 2005 2009). Azaz a bemutatott alapítványok állami támogatása megvalósulhat úgy is, hogy törvényesen az önkormányzat kiszervezheti a feladatot, vagy saját berkein belül alapítványt hoz létre, melyet pályázati forrásokból fenntarthat.

Ezeknek a kapcsolatoknak azért van jelentősége, mert az általam bemutatott alapítványok a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci integrációját segítik elő, igazolva hipotézisemet. Tehát az egyes személyi átfedések, szervezeti kapcsolatokká alakulnak, azaz az informális viszonyok formálissá válnak, melyeken keresztül megvalósulhatnak az integrációt előteremtő intézmények.

## ÖSSZEGZÉS

Disszertációmban a fogyatékkal és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal élők munkaerőpiaci helyzetével foglalkoztam. 1989 előtt a teljes foglalkoztatottság jegyében és a forgóajtós egészségügyi ellátórendszer adta lehetőség keretében a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára itt-ott jutott valamilyen állás, nem csak célszervezeteknél. Azonban a rendszerváltást követően ezeknek a nyílt munkaerőpiaci munkahelyeknek a többsége megszűnt, a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak többségét inkább rokkantosították, és ennek következtében a társadalom margójára kerültek, elszegényedtek, társas kapcsolataik részben leépültek. A rendszerváltás óta eltelt 25 évben mit sem változott ez a helyzet. Arra a kérdésre kerestem a választ, hogy milyen mechanizmusok játszanak szerepet abban, hogy körükben továbbra is magas az inaktívak aránya, ha dolgoznak, főként zárt célszervezeteknél, vagy félig-nyílt vállalatoknál, valamint vizsgáltam, hogy magukra az érintettekre fókuszálva, mit jelent mindez.

A társadalomtudományi szakirodalom egy jelentős része a fogyatékkal élőkkel kapcsolatosan a kirekesztettséget és ennek megjelenéseit vizsgálja. A fenti kérdések megválaszolásakor Sen (2013) kirekesztettség fogalmát és szemléletét alkalmaztam, amennyiben a kirekesztettség megértéséhez mind a passzív (a foglalkoztatás központi finanszírozása), mind az aktív (elutasító attitűd) folyamatok figyelembevétele szükséges.

A válaszok keresésében a fogyatékoság megítélésének modelljei közül figyelembe vettem az orvosi modell szempontrendszerét is, mert meglátásom szerint még mindig ez a domináns Magyarországon. Továbbá a Köncei és Hernádi (2011) szerzőpáros által felsorolt modellek közül leginkább a szociális modell szempontjait (társadalmi folyamatokra, a gazdasági, a társadalmi struktúrákra, kulturális kontextus stb.) építettem be kutatásomba. Ezeket a modelleket fogtam egységes keretbe a szociális konstrukció elméletén keresztül, mely szerint ezek a konstrukciók objektíválódnak a fogyatékkal élőkről kialakított szóhasználatban (köznyelvben és a jogi terminusokban is), társadalmi intézményekben és folyamatokban is. (Mabbett 2008, Mező-Horvát, Szőlősi 2003,

Grammenos 2003). A közösségi szempontok mellett természetesen nem hagytam figyelmen kívül az egyéni szempontokat sem.

A kérdést tehát két irányból közelítettem meg. Egyrészt a strukturális tényezők történeti vizsgálatán keresztül ismertettem, hogy az egyes intézmények működése az inaktivitás, a kirekesztődés irányába terel. Az állam összetett szerepére (finanszírozó, munkáltató, munkaerőpiaci dinamikát befolyásoló, szolgáltató) és ezek működésére külön kitértem, és hasonló megállapításokra jutottam, mint Szalai (2010), vagy Scharle (2011), azaz a szakpolitikák célja diszfunkcionális és a kirekesztettséget erősíti.

Elemzésemben másrészt a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak életútján és tipikus foglalkoztatási formáin keresztül mutattam be, hogy a strukturális tényezők szabta keretek átlépése nehézkes, mely jól szervezett támogató közeg mellett lenne lehetséges.

Az elemzési szintek (strukturális, szociális konstrukció, egyéni) együttes vizsgálatának (tehát a mikro-mezo és makro szintek) az intézményi megközelítés adott keretet, melyet véleményem szerint a merton közép szintű elmélet metodológiai és teoretikus előnye is jellemez. Intézménynek tekintettem konkrét gyakorlatokat is (célszervezeti foglalkoztatás) és absztrakt képződményeket is (attitűd) és ennek alapján dolgozatomban a middle-age institucionalizmushoz sorolom (Gronning 2008). North szerint (1990 idézi Fiori 2011 p. 188 ) az intézményeket szükséges hosszabb időn keresztül megfigyelni, hogy megértsük a társadalmat és annak változását, ezért disszertációmban három intézmény (egészségügy, társadalombiztosítás, támogatott foglalkoztatás) több évtizedes működését tekintetem át. Ez azért is szükséges mert North (1990) szerint az intézmények inkább szervesen és hosszú ideig, semmint gyorsan és megszakítottság révén alakulnak át, amit formális és informális szabályozók mentén érdemes vizsgálni. Fiori (2011) a változások vizsgálatában az informális korlátok jellegére helyezi a hangsúlyt, melyben az egyének (és szervezetek) percepciói és a mentális konstrukciói is megjelennek, mint a változások előidézi. Így a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak és a fogyatékkal élők foglalkoztatásának vizsgálatakor a strukturális tényezők és a mentális konstrukciók összekapcsolhatóak, és megragadhatóak az intézményi változások is. A változások mozgatórugóinak a civil/nonprofit szervezeteket és azok

működtetőit jelöltem meg. Seibel szerint: „a nonprofit szervezetek nem szabadon úsznak a társadalmi térben, hanem szorosan beágyazottak a társadalmi és gazdasági struktúrákba” (Seibel 1991, idézi Bartal 2005 p. 102), így a civil/nonprofit szervezetek, mint a struktúra, a formális szabályok ismerői fokozatosan, a személyi kapcsolatokon, vagy szervezeti határterületeken graduális változást idézhetnek elő.

Ezekből az elméleti feltevésekből kiindulva fogalmaztam meg hipotéziseket a struktúrákra és az egyénekre vonatkozóan is, figyelembe véve azt a megállapítást, mely szerint a fogyatékkal élők szociális modellje a társadalmi kirekesztés folyamataiból vezethető le (Johnstone idézi Lisznai 2010). Továbbá megfogalmaztam hipotéziseket a kirekesztő állapot megváltoztatásával kapcsolatosan is.

A kirekesztettséget, stigmatizáltságot Becker (1974) szerint a társadalom „közállapotainak” ismeretével lehet megérteni és értelmezni, ehhez számos interjút és résztvevő megfigyelést készítettem. A szakértői interjúk legjelentősebb tanúsága, hogy a munkáltatók körében, és a szociális ellátórendszer munkatársainak többségében a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakkal kapcsolatos domináns szociális reprezentáció még mindig döntően elutasító, a kirekesztés irányába hat. Ez az elutasító, „kiközösítő” (a bentlakásos intézmények esetében konkrétan értve a ki-közösítést) attitűd jelenik meg a betegstátus, a rokkantosítás, a célszervezeti támogatás fennmaradásában és ezeknek az intézményeknek a működtetőiben. Finnemore (2011) ezt külső legitimációnak hívja, mely szerinte sokkal inkább szükséges az intézmények működéséhez és kialakult formájuk megmaradásához, mint például a hatékonyság. A szabályozás és egyes intézmények működésének egy része megváltozott, azonban ezek a még mindig nem az integráció felé terelnek, sokkal inkább a „beillesztés kedvezőtlen természetével” (Sen 2004) jellemezhetőek. A jelenbeli változások és ennek akadályai nem feltétlenül racionálisak és hatékonyak, ahogyan az intézményi közgazdászok gondolták, hanem nagyban függenek a múlttól, azaz a történelmi meghatározottság (history matters) is jelentősen számít (Liebowitz - Margolis 1999).

Disszertációm legfontosabb eredményei a következők:

1. A fogyatékkal és a pszichiátriai diagnózissal élők jóval kevesebb aktív időt töltenek a munkaerőpiacon, mint az egész-séges lakosság, átlagosan 50 éves koruk körül inaktívvá válnak, rokkantsági nyugdíjasként.
2. A fogyatékkal élők, de különösen a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak inaktív és, állandó kezelést igénylő önállótlan betegstátusa régóta jelen van Magyarországon, ami köré intézményrendszerek épültek ki, úgy mint az egészségügyben a forgóajtós rendszer intézménye. Úgy tűnik, ez a hozzáállás és az intézmények rögzültek, és ennek megváltoztatása sok szereplő (főképp egészségügyi, szociális dolgozók, célszervezetek igazgatói) érdekeivel ütközik.
3. A pszichiátriai diagnózis felállítása után a „beteg” munkavállaló munkahelyi státusa általában csökken, majd megszűnik. A munkaerőpiaci rehabilitáció igen nehézkes számukra, annak ellenére, hogy ez sok esetben állapotjavulást hozna magával.
4. A megváltozott munkaképességük számára a védett foglalkoztatás még mindig a domináns foglalkoztatás Magyarországon, melynek egyik oka az állami bértámogatás diszfunkciójában rejlik. Ennek előnye, hogy valamennyit mégis dolgoznak a megváltozott munkaképességű személyek, azonban általában ezek a munkahelyek izoláltak, zártak (térben, közösségileg és piacgazdaságtól is), csak kis mértékben segítik elő az integrációt.
5. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak munkaerőpiaci karrierje többféle lehet, és számos szempont meghatározza, úgy mint az általános munkaerőpiaci, gazdasági adottságok, vagy a térségi gazdasági helyzet, a közlekedési lehetőségek, az iskolai végzettség, és természetesen diagnózisuktól, tényleges állapotuktól is függ. A kvantitatív és a kvalitatív elemzés eredményei összecsengenek, a diagnózis felállítása után többségük viszonylag hamar inaktív státusba kerül, ahonnan kitörni szinte lehetetlen. A diagnózis felállításának életútbeli helye lehet eltérő, de az az általános tapasztalat, hogy mire orvoshoz fordulnak (vagy kerülnek) az emberek, addigra „belefáradnak” az időszakos állapotromlásokba, ennek elfogadtatásába, esetleges negatív munkáltatói viszonyulásokba, és inkább felvállalva az elszegényedést és kirekesztődést az inaktív státusba menekülnek.



6. A pszichiátriai betegek diagnosztizáltakat elutasítóan fogadják a nyílt munkaerőpiacon, nem szívesen foglalkoztatják őket. Ha nem tudnak vagy képesek eredeti munkahelyükön tovább dolgozni, főként ismerősökön keresztül találnak új munkahelyet, melyek többségében félig-zárt célszervezetek, szociális foglalkoztatók, vagy azok utódintézményei, esetleg rehabilitációs céllal létrejött vállalatok.

7. A III. fejezetben bemutatott makroadatok (egészségügyi ellátás, társadalombiztosítás, foglalkoztatáspolitikai) alapján azt a következtetést lehet levonni, hogy ezek működése a pszichiátriai betegek vonatkozóan kirekesztő szubjektív hatású. Az integráló intézményi működés és a fogyatékkal élők munkaerőpiaci aktivitásának növelése, az önálló életvitel elősegítése formális (szabályozók) és informális (intézményt működtetők, érintettek, hozzátartozók, aktivisták) módon is kezdeményezhető. Mindkettő megjelent Magyarországon, azonban ezek a változások egy lassú folyamatot jelentenek.

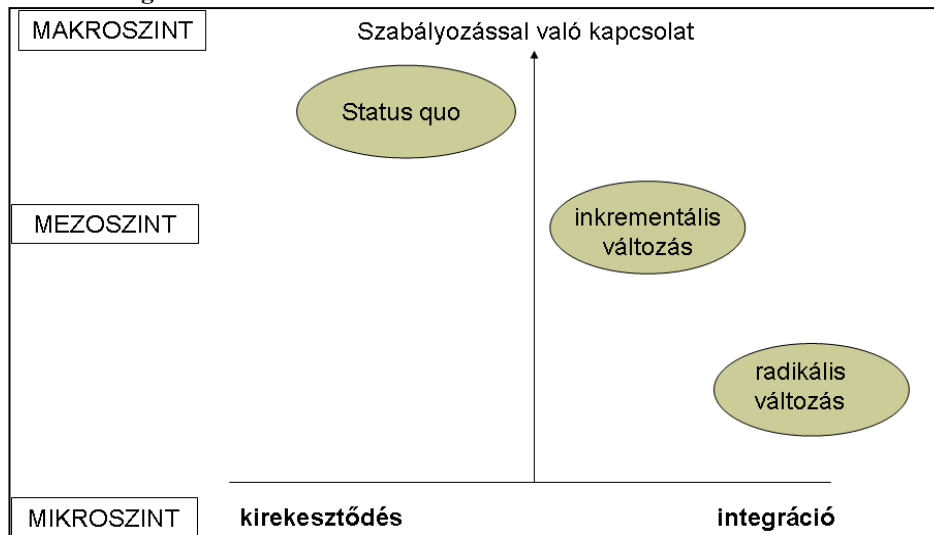
8. A pszichiátriai betegek nyilvánítottak integrált foglalkoztatása, mint célkitűzés, maguk az érintettek és a velük foglalkozó szakemberek szerint sem egyértelmű.

Disszertációmban arra is kerestem a választ hogyan, mely szereplők segítségével történhet elmozdulás az integráció, elsősorban a munkaerőpiaci integráció felé. Harangozó és társai (2001) pszichiátriai paradigmaváltásról (a jog, a betegek helyzete, az ellátórendszer, és a szemlélet szempontjából), az integrációt elősegítő folyamatról beszélnek hazánkban, mely utóbbi véleményem szerint igen lassú és korántsem egy irányba mutató folyamat. Szabályozási szinten ugyan megjelennek a változtatások, de az egészségügyi-szociális, foglalkoztatási és társadalombiztosítási rendszerek nem összehangolt, egymást nem kiegészítő szabályozása éppúgy kedvez az eddig kialakult staus quo fenntartásában, mint az inkrementális változás előmozdításában. A változásra vonatkozó megállapításaim a következők:

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci reintegrációjának kialakult intézményes gyakorlata van. A társadalmi szereplők (ellátórendszer, törvényhozók) továbbra is a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak munkaerőpiaci kirekesztésének, az eddig kialakult status quo fenntartásában

érdekeltek, azonban megjelennek az integrációt elősegítő újító szemléletű szereplők.

**5. ábra A munkaerőpiaci változás és állandóság lehetőségei**



1. A *status quo* fenntartását a kirekesztődést életben tartó szociális bentlakásos otthonok keretein belül működő célszervezeti, zárt foglalkoztatás jelenti (Kitaposott út eset). Ebbinghaus (2005) az intézményi útfüggőségnek ezt a változatát, a megfelelő allegóriát továbbfejlesztve, „kitaposott útnak” (trodden trail) nevezte el. A szabályozás adta lehetőségek (külső legitimáció) közül azokat használják ki maximálisan, melyek működésüket biztosítják, azaz az útvonal stabilizációjára törekednek, úgy hogy környezeti tényezők megváltozásának hatására az intézmény némileg módosul (foglalkoztatás három fokozata), azonban a működésének a „magva” ugyanaz marad (Ebbinghaus 2005). Mivel a szabályozásban (makro) és az állami finanszírozásban nem történtek rájuk nézve radikális változások, és az intézmények (célszervezet, bentlakásos intézet) működtetőinek nem érdeke a változás ebből következően nem is történik lényegi változás. Ebben az esetben az intézmények változásának akadálya a status quo-t fenntartó csoportok működése is. Mikroszinten a kirekesztő szociális konstrukció konzerválódik, azaz az ápoltak elzárása a „normális” élettől, nyílt munkaerőpiactól.

2. A vizsgált esetek közül az *inkrementális változást* megtestesítő gondozó és azon belül működő alapítvány igazodik a szabályozás megváltozásához, amennyiben az érdekeiknek megfelel (önálló életvitel és nyílt munkaerőpiaci

foglalkoztatás elősegítése), azaz az intézményi működés az alapítvány működtetőinek mentális konstrukcióit tükrözi (Denzau North idézi Fiori 2011). A gondozó és az alapítvány szakemberei a kialakult és a szabályozás adta keret „rendszerén” belül változtatnak, vagy Williamson kifejezésével (1993 idézi Liebowitz - Margolis 1999) „orvosolják” az útfüggőség hibáit, méghozzá integrációt előmozdító attitűddel (Kerülő út eset). Ez az eset a kitaposott útvonal elterelésével, egy graduális adaptációval jellemezhető, azáltal, hogy mikroszinten (az egyének konstrukciói) bekövetkezett változás hatására részben megújulnak az intézményi megállapodások és szokások, illetve korlátozódnak a korábban meghatározó szabályok (Ebbinghaus 2005).

3. A *radikális változás* megtestesítője az az alapítvány, mely igyekszik magát függetleníteni az állam adta keretektől és lehetőségektől, a „cél”, azaz a betegstátus megszüntetését, a munkaerőpiaci, közösségi reintegrációt szolgálva, és ezzel mintegy teljesen új nézőpontot hozva a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak életében, és megítélésében (Egérút eset). Ez az eset tipikus példája a mikroszintű változások kezdeményezésének, mind a mikro kapcsolatokban (kliensekre való hatás), mind mezo kapcsolatokban (új típusú szervezetek meghonosítása), mind makro kapcsolatokban (érdekegyeztető tevékenység, antistigma program). Természetesen, amennyiben céljaikkal megegyezik, kihasználják az állami kedvezményeket, lehetőségeket.

Az utóbbi két esetben megjelenik Ebbinghaus (2005) által az intézményi változások vizsgálatában hiányolt makro-mikro szintek közötti kapcsolat is, amennyiben a bizonytalanságot felvállaló, nem racionális, újító cselekvők által kialakított intézmények egy újfajta útvonal elterjedésének nyitnak lehetőséget. A változások eredményességének egyik kulcsa az intézmények közötti kapcsolat, *network hatás* (Ebbinghaus 2005) mely sok esetben személyi átfedéseknek köszönhető. Ezeknek egy sajátos megvalósulása tapasztalható Magyarországon. A network és a változás fontos szereplői civil/nonprofit szervezetek, így az egyes személyi átfedések, szervezeti kapcsolatokká alakulnak, azaz az informális viszonyok formálissá válnak, melyeken keresztül megvalósulhatnak az integrációt előteremtő intézmények. Ezek céljaikban (pl. szociális gondoskodás), irányítási elveikben (pl. menedzsmentépítés), cselekvési racionalitásban a civil, piaci és az állami szektor elemeit is alkalmazzák (Bartal 2005). Ez a hibrid jelleg megjelenik

a szervezetek működtetésében is és más intézményekkel való kapcsolat eredményességében, az új útvonal kiépítésében is. A változás tehát informális úton indul el és formális szabályozókra gyakorol hatást.

A pszichiátriai betegek diagnosztizáltak és a fogyatékkal élők munkaerőpiaci integrációja felé terelő változások megkezdődtek mikro és makroszinten is. A változás azonban lassú folyamat Magyarországon, mert a formális és informális korlátozók közötti szerves kapcsolat hiányos, inkább egy-egy szervezetről indul ki, míg a korábban kialakul és rögzül intézmények állandósága nehezen megkérdőjelezhető környezeti, informális beágyazottságuk miatt.

## IRODALOM

Amir M. Dr. - Botka B. - Csató Zs. - Földes D. - Gombos G. - Dr. Hegedűs L. - Jaksa B. Dr. - Kovács M. - Szöllősiné F. E. - Vályi R. - Verdes T. - Vitrai B. (2010): *Fogyatékos személyek jogai vagy fogyatékos jogok ? - A magyar civil caucus párhuzamos jelentése az ENSZ egyezményről* SINOSZ – MDAC – FESZT, Budapest

letölthető: [http://www.meosz.hu/doc/crpd\\_alternative\\_report\\_hu\\_2010.pdf](http://www.meosz.hu/doc/crpd_alternative_report_hu_2010.pdf)

utolsó letöltés:2014.04.30

Andorka. R. (1992): *Bevezetés a szociológiába*, Budapest Aula

Babbie, E. (1998): *A társadalomkutatás gyakorlata*, Balassi Kiadó, Budapest

Bácskay A. - Bocz J.- Faragó M. - Kovács B. - Németh M. - Papp G. - Sebők Cs. - Tóth J. N. - Varga A. (2007): *Szociális Statisztikai Évkönyv 2006*, Központi Statisztikai Hivatal 2007

Bancsi Zs. J. (2010): *A rokkant lét szabályai Magyarországon* in: Debreceni Jogi Műhely 1/2010 VII. évfolyam 1. szám, A Fogyasztóvédők Magyarországi Egyesületének és a Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar Polgári Jogi Tanszékének kiadványa

letöltés:

[http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/1\\_2010/a\\_rokkant\\_let\\_szabalyai\\_magyarorszagon/](http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/1_2010/a_rokkant_let_szabalyai_magyarorszagon/)

Bányai B.- Légmán A. (2009a): *Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben*, MSZT 2009. évi konferenciája, 2009. november 13-14., Debreceni Egyetem

Letöltés: [http://www.szociologia.hu/az\\_eloadasok\\_absztraktjai/](http://www.szociologia.hu/az_eloadasok_absztraktjai/)

Bányai B.- Légmán A. (2009b): *Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben* Esély 2009/2 p.68-84

Bányai B. - Légmán A. (2011): *Intézményi megközelítések a társadalomtudományban*, in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, 27-35

Bányai B. - Geambasu R. - Légmán A. - Megyesi B.: *Az állam redistributív szerepével kapcsolatos attitűdök összehasonlító vizsgálata Európa államaiban*, In: Messing Vera, Ságvári Bence (szerk.) *Közösségi viszonyulásaink: A családdal, az állammal és a gazdasággal kapcsolatos társadalmi attitűdök, értékek európai összehasonlításban*, Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet, 2012. pp. 7-30.

Bakonyi P. (1984): *Téboly, terápia, stigma*, Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest

- Balogh G. (1996): Társadalombiztosítási ismeretek: bevezetés a társadalombiztosítástanba. Budapest: Corvinus Kiadó
- Barnes, C. - Mercer, G. - Shakespeare, T. (1999): Exploring Disability: A Sociological Introduction. Cambridge, Polity
- Bartal, A. M. (2005) Nonprofit elméletek, modellek, trendek, Századvég Kiadó, Budapest
- Becker H. S.(1963, 1974): A kívülállók. Tanulmányok a deviancia szociológiai problémaköréből. In: Andorka R. - Buda B. - Cseh-Szombathy L. (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest. 1974, 80-113
- Bernát A. - Hajdu G. (2011): Az akadályozottsággal élők helyzete Magyarországon, TÁRKI Zrt., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
- Besze K. Dr. (1998): A háziorvosi ellátás finanszírozása az egészségügy-finanszírozás rendszerében. Pilvax 2, (1.): 55-91
- Bódis L. (2012): Szervezeti kapacitások, szervezeti tanulás. Nyugdíj, segély, közmunka A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990–2010 szerk.: Fazekas Károly és Scharle Ágota, OFA Budapest, 107-121
- Bódis L. - Cseres-Gergely Zs. – Galasi P. (2012): Álláskereső és munkaadók tájékoztatása – eszköztár. Nyugdíj, segély, közmunka, A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990–2010 szerk.: Fazekas Károly és Scharle Ágota, OFA Budapest, 210-224
- Böröcz I. - Federics A. - Zachár P.né (2012): Jelentés a a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről, s.sz.: 1286, Állami Számvevőszék, Budapest letölthető: <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf> utolsó letöltés: 2014.04.30.
- Bugarszki, Zs. (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában Esély 2003/1. Hilscher Rezső Alapítvány.
- Bugarszki, Zs. (2009): Van-e ma intézménytelenítés Magyarországon az elmeegészségügy területén? (Doktori disszertáció, Kézirat)
- Bulyáki T.– Harangozó J.– Falloon I.R.H. (2002): Hatékony munka-rehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára, Budapest, Ébredések Alapítvány
- Busa Cs. – Füzesi Zs. – Ivády V. – Tistyán L. - Varga I. (2004): A rokkantak helyzete és a foglalkozási rehabilitáció a Dél- Dunántúlon. Nemzeti Kutatási Fejlesztési Program 1. alprogramjához. Pécs, Fact Intézet.
- Butler G.- Howard L. - Choi S. - Thornicroft G. (2010). Characteristics of people with severe mental illness who obtain employment. Psychiatrist 34(2), p. 47-50.

- Cantor, N. - Mischel, W. (1984): Prototípusok a személypercepcióban. In.: Szociálpszichológia 2. kiadás, szerk.: Hunyadi Gy., Gondolat Könyvkiadó, Budapest, p. 325-421
- Czakó Á. (2009): 2 in 1? Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért. BUKSZ - Budapesti Könyvszemle 1., <http://buksz.c3.hu/1001/12ossztart.pdf>. letöltés ideje: 2014.12.20.
- Csányi Zs. (2007): „Pozitív hatással vannak mindannyiunkra.” A HEFOP 2.3.2 program keretében készült tanulmány. Budapest, Salva Vita Alapítvány
- David P. A. (1985): Clio and the Economics of QWERTY. The American Economic Review 75 (2): 332–337. American Economic Association. (magyarul: A Klió és a QWERTY közgazdaságtana in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány
- Dlouhy M. (2014): Mental health care system and mental health expenditures in the Czech Republic. The Journal of Mental Health Policy Economics. 2004 Dec;7(4):159-65  
[http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v7pdf/7-159\\_text.pdf](http://www.icmpe.org/test1/journal/issues/v7pdf/7-159_text.pdf)  
utolsó letöltés: :2014.04.30
- Dupré D. - Karjalainen A. (2003): Employment of disable, people in Europe in 2002, Population and social conditions, Theme 3 – 26/2003
- Ebbinghaus B. (2005) Can Path Dependence Explain Institutional Change? Two Approaches Applied to Welfare State Reform, MPIfG Discussion Paper 05/2, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln  
letöltés: [http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2007/44/pdf/dp05\\_2.pdf](http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2007/44/pdf/dp05_2.pdf)  
utolsó letöltés ideje:2014.04.30.
- Eisenhardt, K. M. (1998): Building Theories From Case Study Research Academy of Management. The Academy of Management Review; 1989; 14, 4; ABI/INFORM Global
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press
- Evers, A. (1995): *Eltolódások a jólétmixben* In Andorka R. – Hradil, S. – Peschar, J. (szerk.): Társadalmi rétegződés Budapest: Aula 605-632
- Fabinyi R. (1908): Az elmebetegek családi ápolásáról.\* E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908. évi februárius hó 15.-én tartott szakülésén.  
<http://epa.oszk.hu/01400/01496/00005/pdf/008-016.pdf>
- Ferge Zs (1983): Új és régi szociálpolitikai dilemmák, Társadalmi Szemle 38. 1983. 8-9. p. 29-42.
- Fernezeyi B. – Erőss G. (2014): Knowledge interests: promoting and resisting change in mental health in Hungary. Richard Freeman, Steve Sturdy (szerk.)

Knowledge in policy: Embodied, inscribed, enacted. Bristol: Policy Press, 2014. p. 45.

Fernezely B.- Légmán A. (2003): A skizofrénia társadalmi narratívái Esély 2003/6

Festinger L. (2000): A kognitív disszonancia elmélete Budapest , Osiris Kiadó

Finnemore M. (1996): Norms, Culture, and World Politics: Insights from Sociology's Institutionalism. International Organization 50(2): 325–347. (magyarul: Normák, kultúra és a politika világa: meglátások a szociológiai institucionalizmusról in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, 97-119)

Fiori S. (2002): Alternative Visions of Change in Douglass North's New Institutionalism. Journal of Economic Issues 36 (4): 1025–1043. Association for Evolutionary Economics (magyarul: A változás alternatív víziói Douglass North új institucionalizmusában in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, 97-119)

Foucault M. (1998): Igazság és igazságszolgáltatási formák, Debrecen: Latin Betűk

Foucault, M. (2000): Elmebetegség és pszichológia Corvina Kiadó

Freidson E. (1988): Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge, University of Chicago Press

Freidson E.(2004): The social organization of illness (177-185), sel: Bury M, Gabe J., <http://books.google.hu/books?id=MBxmt3QXLLsC&pg=PA180&lpg=PA180&dq=hollander+szasz&source=bl&ots=GZC6JYmfDz&sig=JehB-nNWQR8wKWYU8RE1v4ZZa14&hl=hu&sa=X&ei=q20GUbC-AcXWtAaQ9YDwDQ&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=hollander%20szasz&f=false>

Fülöp S. (2002): A civil-nonprofit szektorba tartozó szervezetfajták. In. Bíró E. Nonprofit szektor analízis. A civil szervezetek jogi környezete Magyarországon. ELMA Egyesület, Budapest p.171-173

Gábos A. - Tátrai A. (2011): Az egészségkárosodott népesség helyzete Magyarországon, TÁRKI Zrt., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

Geertz C. (1994): Sűrű leírás. és „A bennszülöttek szemszögéből”: Az antropológiai megértés természetéről. In: Az értelmezés hatalma. Niedermüller P. szerk. Budapest, Századvég, 170-216.

Georg A.- Stackelbeck M. (1997): Case Studies on Employment of People with Disabilities in Small and Medium Sized Enterprises Germany, Dortmund



Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut Working Paper (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)

Gere I. (2009): Állami támogatások és célszervezetek: az ezredforduló rendszerének tanulságai, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

Forrás: <http://mek.oszk.hu/09600/09635/09635.pdf>

utolsó letöltés: 2014.04.30

Goffman E. (1981): A hétköznapi élet szociálpszichológiája, Gondolat Kiadó, Budapest

Golnhofer E. (2001): Az esettanulmány, Pedagógus könyvek, Műszaki Könyvkiadó Budapest

Görög K. Dr. (2005): Funkcionalitás/funkciócsökkenés - Kutatási Jelentés, Országos Lakossági Egészségfelmérés, Országos Epidemiológiai Központ

Grabher G. (2004): Ecologies Temporary Architectures of Learning: Knowledge Governance in Project, Organization Studies 25(9): 1491–1514 SAGE Publications London

Grabher, G. (1993), The weakness of strong ties: the lock-in of regional development in the Ruhr-area, in G. Grabher (ed), The embedded firm: on the socioeconomics of industrial networks, London: T.J. Press, pp. 255-278.

letöltés:

[http://www0.gsb.columbia.edu/faculty/bkogut/files/Chapter\\_in\\_grabher\\_1992.pdf](http://www0.gsb.columbia.edu/faculty/bkogut/files/Chapter_in_grabher_1992.pdf)

Grammenos, S (2003): Illness, disability and social inclusion, Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)

Grønning T. (2008): Institutions and innovation systems: the meanings and roles of the institution concept within systems of innovation approaches, Paper to be presented at the 25th Celebration Conference 2008 Copenhagen, CBS,

letöltés: <http://www2.druid.dk/conferences/viewpaper.php?id=3785&cf=29>

utolsó letöltés: 2014.04.30.

Hajnóczy P. (1981): Az elkülönítő. In: Folyamatos jelen. (Szerk. Berkovizs Gy. – Lázár I.) Szépirodalmi Könyvkiadó. Budapest, 65-95

Harangozó J. - Tringer L. - Gordos E. - Kristóf R. - Werring R. - Slezák A. - Lőrintz Zs. - Varga A. - Bulyáki T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat 11. évf. 8/9. sz. Literatura medica Kiadó Budapest. 573-586, Letölthető:

<http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/9.htm> (letöltés ideje: 2008.09.20.)

Harangozó J. –Gombos G. – Szabó L. (2002): Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondolkozásukról: egy 2001 nyarán a

TÁRKI által végzett közvélemény-kutatás bemutatása *Psychiatria Hungarica* 17. évf. 2. sz

Harmatta J (2006): A Pszichoterápiás Hétvégek (1974-1986) története és hatása 1. rész, in: *Pszichoterápia* 15:6-18

Harsányi L. (2003): Nonprofit szolgáltatások, in: *Szolgáltatások a harmadik évezredben*, szerk.: Papp I., V. fejezet, 153- 185. o., Aula Kiadó Kft., BKAÉ, Budapest

Harsányi L. – Széman Zs. (1999) Halak és hálók, Nonprofit kutatócsoport – MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest

Harsányi L. – Széman Zs. (2000) Szociális kvartett: civil szereplők négy magyar város szociális életében, Budapest, MTA Szociológiai Kutató Intézet, Nonprofit Kutatócsoport, Budapest

Horváth E. Dr - Mező T. (2004): A Helyzetelemzés a Rehabilitációs Partnerség Program számára, Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium, Pomáz  
[http://books.google.hu/books?printsec=frontcover&vid=LCCN93049370&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](http://books.google.hu/books?printsec=frontcover&vid=LCCN93049370&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Horváth Gy. Dr. - Póla P. - Vincze Gy. (2005): A foglalkozási rehabilitációt támogató állami dotációk hatékonyság vizsgálata, MTA Regionális Kutatások Központja Dunántúli Tudományos Intézet, Baranya Megyei Munkaügyi Központ Rehabilitációs Csoport

Hronyecz I.- Mátics K. -Klucsai B. (2004): Lakóotthonok és rehabilitációs intézmények a pszichiátriai betegek ellátórendszerében. Kapocs III. (2.) Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 32-50.

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, 184-191

Jenkins, R. (2008): *Social Identity*, Routledge NewYork

Juhász M.(szerk.) (2010): A foglalkozási rehabilitáció támogatása pszichológiai eszközökkel, Typotex

Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*, Budapest Osiris

Kappéter I. Dr. (1995): Betegfoglalkoztatás szociális otthonokban és területi gondoskodásban in: *Életutak és útsegítők*, szerk. Pető Zoltán, Szociális Munka Alapítvány kiadványai, Budapest p. 97-105

Kelemen G. (2008): Egészségszociológia – Test és nem, in: *LAM* 2008;18(10):728–731

letöltés:

[http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/lam\\_lege\\_artis\\_medicin/egeszsegszociologia\\_test\\_es\\_nem-1632/](http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/lam_lege_artis_medicin/egeszsegszociologia_test_es_nem-1632/) utolsó letöltés:2014.04.30

Kelemen G. - Csákiné Király L. (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása: segédanyag a szociális szakvizsgálóhoz, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest

Keszi R. – Komáromi R. – Könczei Gy. (2002) Fogyatékossgal élő és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának néhány jellegzetese a 200 legnagyobb hazai vállalatnál Szociális Munka, XIV/4 262-270

Kiss Gy. - Sánta E. (2009): A szociális szakértői tevékenység az ORSZI komplex rehabilitációs munkájában in: Nagyné Zölde M. (szerk.), Szöveggyűjtemény A munkaképesség szociális, (gyógy)pedagógiai, foglalkoztathatósági szempontú minősítéséhez, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Budapest p. 96-115  
letöltés: <http://mek.oszk.hu/10000/10010/10010.pdf>

Knapp M - McDaid D - Mossialos E. - Thornicroft G (2006): European Observatory on Health Systems and Policies series, Open University Press

Köllő J. (2009): Miért nem keresnek állást a magyar munkanélküliek? Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek, 2009/3  
letöltés: <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/BWP0903.pdf>

Könczei Gy. (2009): 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, in: Fogyatékossg-politikai szakismeretek Szöveggyűjtemény (szerk. Horváth P. - Könczei Gy.), Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Budapest, p. 210-231

Könczei Gy.- Hernádi I. (2011): A fogyatékossgtudomány főfogalma és annak változásai, in: Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon, szerk. Nagy Z. É., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 Budapest p. 7-29

Letöltés:

<http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmodernizacio.hu%2Fold%2Fdownload.php%3Fid%3D602&ei=4IpjU8HsBsOW0AWbo4GABQ&usg=AFQjCNFceZlqEOEs1LiNJOhoHqCZL-JabQ&bvm=bv.65788261,d.d2k>  
utolsó letöltés: 2014.04.30

Kosza I. (1996): A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve Budapest, Akadémiai Kiadó

Központi Statisztikai Hivatal (2012): Megváltozott munkaképességűek a munkaerő piacon, 2011

Kováts A - Tausz K (1997): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről, Szociális Szakmai Szövetség, 1997

Kramer, R. (2000): A Third Sector in the Third Millennium? Voluntas, 11(1), 1-23

Krémer B. - Bói K. - Kurucz E. - Mód P. - Ottucsák M. - Pál Zs. (2010): Issue-paper: A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, megváltozott munka-képességűek) empirikus kutatása el, Kézirat

Krolify (2004): A célszervezetek körében készült kérdőíves felmérés eredményei. Empirikus elemzés az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány megbízásából. Krolify Vélemény- és Szervezetkutató intézet

Kullmann L. (2009): A rehabilitáció korszerű szemlélete, „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO), mint a holisztikus látásmód nemzetközileg elfogadott szabálya, in: Szöveggyűjtemény - A munkaképesség szociális, (gyógy)pedagógiai, foglalkoztathatósági szempontú minősítéséhez (szerk. Nagyné Zölde Mónika szerk) ELTE BGYF Budapest, p. 9-13  
letöltés: [http://e-oktatás.barcsi.hu/extra/tudásbazis/szoveggy/szgy\\_zolde.pdf](http://e-oktatás.barcsi.hu/extra/tudásbazis/szoveggy/szgy_zolde.pdf)  
utolsó letöltés: 2014.04.30

Kuti É. – Marschall M. (1991): A nonprofit szektor fogalma. Egy definíciós vita és ami mögötte van, in: Esély 1991/1. pp. 61-69.

Lafferton E. (2004) A magántérből az egyetemi klinikáig. In: Békés Vera (szerk.): A kreativitás mintázatai. Áron Kiadó, Budapest  
Letöltés: <http://www.phil-inst.hu/recepcio/htm/3/303.htm>

Lakatos J. - Tokaji K. (szerk.) (2009): Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek, 2008, Központi Statisztikai Hivatal Budapest

Lakatos M. Dr. (1996): A fogyatékoság számbavétele a magyar népszámlálásokban, 1869-1949, in: Statisztikai Szemle 74. 1996/8-9, p. (694-713.)

Laki I. szerk. (2009): Fogyatékoság és a mai magyar társadalomban: konferenciakötet, MTA -Belvedere, Szeged

Lechnerné Vadász J. (2004): Tudnivalók a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásáról, Kézirat

Lechnerné Vadász J. (2009): Megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatását elősegítő támogatási rendszer, Kézirat

Légmán A. (2011): Az örület és az örültek helye a társadalomban -A magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya, Doktori disszertáció, Pécs

Liebowitz S. J. - Margolis S. E. (1999): Path dependence in: In: B. Bouckaert – G. De Geest (eds.) *Encyclopedia of Law and Economics, Volume III. The Regulation of Contracts*. Cheltenham: Edward Elgar and the University of Ghent, p. 981-998  
 letöltés: <http://encyclo.findlaw.com/0770book.pdf>;  
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511754043>  
 utolsó letöltés: 2014.04.30.

Lisznai S. (2010): Mi az intervenciónk alapja? A fogyatékoság modelljei in: Juhász Márta (szerk.) *A foglalkozási rehabilitáció támogatása pszichológiai eszközökkel*, Typotex p. 17-37.  
 Letöltés:  
<http://www.interkonyv.hu/konyvek/A%20foglalkoz%C3%A1si%20rehabilit%C3%A1ci%C3%B3%20t%C3%A1mogat%C3%A1sa%20pszichol%C3%B3giai%20eszk%C3%B6z%C3%B6kkel>

Loisel P. -Anema, J. (Eds.) 2014: *Handbook of Work Disability* Springer eBook,

Losonczy Á. (1989): *Ártó - védő társadalom: Ahogy a társadalom betegít és gyógyít...* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

Lux J. – Zám M. (2001) *Munkanélkülieket segítő nonprofit szervezetek kapcsolatai; Országos Foglalkoztatási Közalapítvány Munkaügyi Kutatások Szakmai Műhelye*, Budapest

Mabbett D. (2002): A fogyatékoság definíciói Európában, Összehasonlító elemzés A Brunel Egyetem által készített tanulmány, Európai Bizottság Foglalkoztatási és Szociális Ügyek Főigazgatósága, Brüsszel,  
 letöltés: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=13238&articleID=21240&tag=articlelist&iid=1>

Major M. (1977): Vissza a társadalomba: a csökkent munkaképességűek és a rehabilitáció, In.: *Szociológia* 6. évf. 3. sz. (1977), p. 391-409.

Merton, R. K. (2002): *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*, Budapest Osiris

Meyer J. W. (1994): Institutional and organizational rationalization in the mental health system. In *Institutional environments and organizations: Structural complexity and individualism*. W. Richard Scott, John W. Meyer at al (szerk.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Micklewright J. - Nagy Gy. (2006): Az álláskeresés ellenőrzése és a munkanélküliség időtartama, *Közgazdasági Szemle*, LIII. évf., 2006. július–augusztus p. 641–660. o.

Mirowsky J.- Ross C-E. (1986): Social patterns of distress. *Annual review of sociology* 12, 23-45

Monostori J. (2009): Nyugdíjrendszer, nyugdíjba vonulás In: *Demográfiai Portré 2009*. Szerk: Monostori J. – Öri P. – S. Molnár E. – Spéder Zs. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. P. 89-98.

Nagy B. (2009): A munkavállalás és gyermekvállalás paradoxona – bevezető gondolatok –, Szociológiai Szemle 2009/3 81-91  
letöltés:

[http://www.szociologia.hu/dynamic/SzocSzemle\\_2009\\_3\\_81\\_91\\_NagyB.pdf](http://www.szociologia.hu/dynamic/SzocSzemle_2009_3_81_91_NagyB.pdf)

utolsó letöltés: 2014.04.30

Neményi M.- Ferencz Z. -Laki I. - Ságvári B.- Takács J. - Tardos K. - Tibori T. (2013): Az egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogtudatosság növekedésének elemzése 2010–2013 között – fókuszban a nők, a romák, a fogyatékos és az LMBT-emberek, Budapest, EBH TÁMOP–5.5.5 projekt társadalomtudományi kutatásai, 7. tanulmány, 2013

letölthető: [http://egyenlobanasmod.hu/tamop/data/EBH\\_7\\_kiadvany\\_Final\\_20130619.pdf](http://egyenlobanasmod.hu/tamop/data/EBH_7_kiadvany_Final_20130619.pdf), utolsó letöltés: 2014.04.30

Népjóléti Statisztikai Évkönyv 1992, Budapest: Központ Statisztikai Hivatal

North D. C. (1990): Institutions, Institutional Change, and Economic Performance  
Cambridge University Press

Novák M. (1985): A rokkantsághoz vezető társadalmi okok: tanulmány,  
Szakszervezetek Elméleti Kutató Intézete, Budapest

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing.

Letöltés: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

OECD (2013): Mental Health Policy in Sweden 2013,

Letöltés: <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-sweden.htm>

Orosz É. (2001): Félúton vagy tévúton, Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest

Parsons T.: (1951): The Social System. The Free Press, Glencoe, Illinois, letöltés: [http://lakatos.free.fr/Tanitas/Szociologia/2felev/files/page31\\_9.htm](http://lakatos.free.fr/Tanitas/Szociologia/2felev/files/page31_9.htm)

Petri G– Vályi R. szerk. (2009): Autizmus – Tény – Képek, Autisták Országos Szövetsége, Jelenkutató Alapítvány

letöltés: <http://mek.oszk.hu/10600/10658/10658.pdf>, utolsó letöltés: 2014.04.30

Pikó B. (2002): Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához, Szociológiai Szemle 2002/2. 99-113.,

letöltés: <http://www.szociologia.hu/dynamic/0202piko.htm>,

utolsó letöltés: 2014.04.30

Porter, R. (2003) A téboly, Budapest, Magyar Világ Kiadó

DiMaggio P. J., Powell W. W.(1991): Introduction in: The New Institutionalism in Organizational Analysis, Powell and DiMaggio, editors, Chicago: University of

Chicago Press 1-27 (magyarul: Új institucionalizmus a szervezetelméletben 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, 63-97)

Pulay Gy. (2009): A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata, Állami Számvevőszék Kutató Intézete, Budapest  
 letöltés: <http://www.asz.hu/tanulmanyok/2009/a-megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-tamogatasi-rendszere-tarsadalmi-gazdasagi-hatekonysaganak-vizsgalata/t315.pdf>  
 utolsó letöltés:2014.04.30

Sajó A. (1984): Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon, I. helyzetelemzés és javaslatok Budapest Társadalomtudományi Koordinációs Bizottság

Salamon L. (1991): A piac kudarca, az öntevékenység kudarca és a kormány nonprofit szektorral kialakított kapcsolatai a modern jóléti államban In: Kuti É – Marschall M. (szerk.): A harmadik szektor, Nonprofit Kutatócsoport, Budapest, 57-69. o.

Salamon L., Anheier H.K. (1995) :Szektor születik: a nonprofit szektor nemzetközi összehasonlításban : The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, Nonprofit Kutatócsoport, Budapest

Scharle Á. (2008): Alternatív munkaerő-piaci szolgáltatások az ellenőrzés, monitorozás, minőségbiztosítás és hatékonyságmérés rendszerei és eszköztára az Európai Unióban, Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet, Budapest

Scharle Á. (2011): Foglalkozást rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon, Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet, Kutatási Jelentés  
 forrás: [http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab\\_jelentes\\_110410.pdf](http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab_jelentes_110410.pdf)

Scharle Á. (2012): Jóléti és munkanélküli-ellátások. Nyugdíj, segély, közmunka, A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990–2010 szerk.: Fazekas Károly és Scharle Ágota, OFA Budapest, 134-143

Schneider, A. L. - Ingram H. (1993): ‘Social Construction of Target Populations: implications for politics and policy’, American Political Science Review 87(2), p. 334–347.

Sebestény I. (2002) Az önkormányzatok és a nonprofit szervezetek kapcsolata 2000, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

Sen A. (2003): Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I.\* 2003/2 Hilscher Rezső Alapítvány.  
[http://www.esely.org/kiadvanyok/2003\\_6/SEN.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_6/SEN.pdf), letöltés ideje 2011.07.23

Sen A. (2004): Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat II.1, Esély 2004/1 Hilscher Rezső Alapítvány. 7-23  
[http://www.esely.org/kiadvanyok/2004\\_1/SEN.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2004_1/SEN.pdf), letöltés ideje 2011.07.23



Szabó S.né Csemniczki K. (2000): Nyugdíjrendszerünk 1929-től 1997 in: Körkép reform után Tanulmányok a nyugdíjrendszerről szerk. Augusztinovics M. Közgazdaságtani Szemle Alapítvány, Budapest p. 28-51

Szalai A. (2011): Ideák, politika és intézmények: a politikatudomány három „új institucionalizmusa”, in: Replika 2011/1 74., Budapest, Replika Alapítvány, p. 35-63

Szalai J. (1986): Az egészségügy betegségei. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

Szalai J. (2007): Nincs két ország...? : társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon, Budapest: Osiris

Szasz, T. (2002): Az elmebetegség mítosza. Akadémiai kiadó

Szilágyi Gy. (2005): Nincs kilincs: ó, jaj, az út lélektől tébolyig... Budapest: Mérték Kiadó

Szöllősi G. (2003): A gyermekvédelmi probléma, mint társadalmi konstrukció Esély 2003/2 Hilscher Rezső Alapítvány.

[http://www.esely.org/kiadvanyok/2003\\_2/SZOLLOSI.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_2/SZOLLOSI.pdf)

Townsend P. (1979): Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living, Harmondsworth: Penguin Books

Trippel M. - Tödtling T.(2008): Cluster Renewal in Old Industrial Regions – Continuity or Radical Change?, Paper to be presented at the RSA Annual International Conference 2008 , Regions: The Dilemmas of Integration and Competition Prague, 27th-29th May 2008

Verdes T. - Scharle Á. - Váradi B. (2012): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. Budapest Intézet – Társaság a Szabadságjogokért, Budapest  
letöltés: [tasz.hu/files/tasz/imce/2011/intezet\\_helyett\\_2012.pdf](http://tasz.hu/files/tasz/imce/2011/intezet_helyett_2012.pdf)  
utolsó letöltés: 2014.04.30

Waddington, L. M. Diller (2000): ‘Tensions and Coherence in Disability Policy: The Uneasy Relationship Between Social Welfare and Civil Rights Models of Disability in American, European and International Employment Law’, From Principles to Practice, DREDF Symposium on International Disability Law and Policy.  
letöltés: <http://www.dredf.org/symposium/waddington.html> (accessed June 2002).

Walcher, G. (1997): Funktionsbestimmungen des Dritten Sektors. In Arbeitspapiere des Osteuropa-Institutes, Heft 14. Freie Universität Berlin. 1-33



Weisbrod, B. (1991): A háromszektoros gazdaságban működő öntevékeny szektor egy elmélete felé In: Kuti, Éva – Marschall, Miklós (szerk.): A harmadik szektor, Nonprofit Kutatócsoport, Budapest, 15-29

Winter Zs. (1990): A védett foglalkoztatás hazai története, Szociálpolitikai értesítő 1990/3 p. 89-111

*Online források:*

<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/pszichiatria>

<http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=search> Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Tájékoztató A fogyatékosághoz és egészségkárosodáshoz kötődő ellátásokról és szolgáltatásokról

[http://www.oep.hu/portal/page?\\_pageid=34,32914&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,32914&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/pszichiatria>  
[http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0000141.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0000141.KOR)

[http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full\\_afsz\\_hasznos\\_megvaltt\\_munkavall&switch-content=afsz\\_gyik\\_megv\\_mkep\\_rehab\\_hozzajarulas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full](http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_afsz_hasznos_megvaltt_munkavall&switch-content=afsz_gyik_megv_mkep_rehab_hozzajarulas&switch-zone=Zone1&switch-render-mode=full)

<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1382>

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_SDDS/EN/hlth\\_empdiss\\_esms.htm](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_empdiss_esms.htm)

### **Törvények, rendeletek, programok**

1/1967-es Mm-EüM-PM együttes rendelet

8/1983. (IV.29.) EüM.-PM.sz. együttes rendelet

83/1987. (XII.27.) MT. számú rendelet

1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról

1992. évi XXII. Törvény, a Munka Törvénykönyvéről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről,

1997. évi LXXXI. törvény III. fejezet

1998. évi XXVI. törvény - a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

2003. évi CXXV. Törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról

176/2005. (IX. 2.) Korm. Rendelet

14/2005. (IX. 2.) FMM rendelet

2005. évi CLXXXI. Törvény, egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról  
[www.complex.hu/kzlcim/tva05.htm](http://www.complex.hu/kzlcim/tva05.htm)

H/18907. számú országgyűlési határozati javaslat az új Országos Fogyatékosügyi Programról

Előterjesztés a Kormány részére az új Országos Fogyatékosügyi Programról  
[www.fogyatekosugy.hu/main.php?folderID=1511&articleID=5649&ctag=articlelist&iid=1](http://www.fogyatekosugy.hu/main.php?folderID=1511&articleID=5649&ctag=articlelist&iid=1)

10/2006. (II. 16.) OGY HATÁROZAT AZ ÚJ ORSZÁGOS  
FOGYATÉKOSÜGYI PROGRAMRÓL

2007. évi LXXXIV. Törvény

42/2008. (II. 29.) kormányrendelet

2011. évi CXCI. tv (Mmtv) 22-24, 38 §)

A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása,  
Egészségügyi Világszervezet 2003

Fogyatékosággal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény

Zöld Könyv (2005)

Lelki Egészség és Jól-Lét Európai Paktuma (2008)

A fogyatékosággal élők helyzete a kibővült Európai Unióban: az Európai  
Akcióterv 2006–2007, 2009 <http://mek.oszk.hu/09800/09833/09833.pdf>

## FÜGGELÉK

1. számú függelék: NCSSZI-TÁRKI kutatásból felhasznált kérdések  
(A demográfiai kérdéseket nem tüntetem fel.)

17. Ön most .... éves. 15 éves kora óta ... év telt el.

Ez alatt az idő alatt mennyi időt töltött Ön a következő státuszokban?

		NT	
a. tanulással	évet	99	X
b. fizetett munkával	évet	99	X
c. munkanélküliként	évet	99	X
d. rokkantnyugdíjasként, rokkantjáradékosként	évet	99	X
e. szülési/gyermekgondozási szabadságon, gyesen	évet	99	X
f. egyéb inaktívként	évet	99	X
ÖSSZESEN	év		

AZ UTOLSÓ  
SORBAN  
SZEREPLŐ  
ÖSSZEGNEK  
MEG KELL  
EGYEZNIE  
AZZAL, AHÁNY

HA VOLT OLYAN  
IDŐSZAK AZ  
ÉLETÉBEN, AMIKOR  
EGYSZERRE TÖBB  
STÁTUSZA IS VOLT,  
AKKOR AZ ADOTT  
IDŐSZAKBAN

18. Milyen az Ön egészsége általában?

5 – nagyon jó

4 – jó

3 – kielégítő

2 – rossz

1 – nagyon rossz

9 – NT    X –

19. Jellemzi-e Önt az alábbi állapotok valamelyike?

	Egyáltalán nem	Kismértékben	Közepesen	Nagyon	NT	
a. Látássérülés (szemüveggel vagy kontaktlencsével nem korrigálható) – vagy vakság, alig- és gyengénlátás	0	1	2	3	9	X
b. Hallássérülés kommunikációs nehézségekkel vagy segédeszköz-használattal (pl. nagyothallás, siketség)	0	1	2	3	9	X
c. Beszédnehézség (pl. beszédhiba, némaság)	0	1	2	3	9	X
d. Krónikus vagy rendszeres visszatérő fájdalom vagy kényelmetlenségérzés (pl.: migrén, reuma)	0	1	2	3	9	X
e. Tartósan fennálló / krónikus betegségek (pl. szív- és érrendszeri betegségek, cukorbetegség, légzési nehézség)	0	1	2	3	9	X
f. Nagy betegségek / nagy műtét (pl. rák, szervek részleges vagy teljes eltávolítása, transzplantációja)	0	1	2	3	9	X
g. Tanulási vagy megértési nehézségek (pl.: diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia)	0	1	2	3	9	X
h. Mozgássérülés pl. tartósan jelentkező nehézség tárgyak megfogásában, tartásában vagy mozgásban (hosszabb séta, lépcsőzés, hajolás – nyak-, hát- derékprobléma) végtagok vagy annak részeinek hiánya, bénultsága, funkciózavara.	0	1	2	3	9	X
i. Értelmi sérülés	0	1	2	3	9	X
j. Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapot, idegesség, mentális betegség vagy állapot	0	1	2	3	9	X
k. Autizmus	0	1	2	3	9	X
l. Feltűnő testi jellemző vagy elváltozás, deformitás	0	1	2	3	9	X
m. Egyéb, éspedig:..... .....	0	1	2	3	9	X

22. Mikor szembesült legelőször az akadályozottságát okozó problémájával?

..... évesen

00 – születésétől fogva fennáll a probléma

99 – NT X –

23. Rendelkezik vagy rendelkezett Ön valaha az Országos Orvos-szakértői Intézet (OOSZI) vagy az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI) által kiállított szakvéleménnyel?

1 – igen, jelenleg is van érvényes szakvéleménye

2 – igen, volt, de visszavonták

3 – nem is volt soha

– NT X –

29 - RE

24. A legutolsó szakvéleményt 2008. január 1. előtt vagy után állították ki?

CSAK AZ EGYIK OSZLOPOT KELL KITÖLTENI ASZERINT, HOGY MIKOR ÁLLÍTOTTÁK KI

A SZAKVÉLEMÉNYT

1 – 2008. január 1. ELŐTT

2 – 2008. január 1. UTÁN

a munkaképesség csökkenésének mértéke

..... %

111 – I-es sérültségi fok

222 – II-es sérültségi fok

333 – III-as sérültségi fok

999 – NT

X –

a megmaradt képességek mértéke

..... %

111 – I-es sérültségi fok

222 – II-es sérültségi fok

333 – III-as sérültségi fok

999 – NT

X –

25. Milyen jellegű sérültséget állapítottak meg Önnél?

	Igen	nem	NT	
a. Látássérülés (szemüveggel vagy kontaktlencsével nem korrigálható) – vagy vakság, alig- és gyengénlátás	1	2	9	X
b. Hallássérülés kommunikációs nehézségekkel vagy segédeszköz-használattal (pl. nagyothallás, siketség)	1	2	9	X
c. Beszédnehézség (pl. beszédhiba, némaság)	1	2	9	X
d. Krónikus vagy rendszeres visszatérő fájdalom vagy kényelmetlenségérzés (pl.: migrén, reuma)	1	2	9	X
e. Tartósan fennálló / krónikus betegségek (pl. szív- és érrendszeri betegségek, cukorbetegség, légzési nehézség)	1	2	9	X
f. Nagy betegségek / nagy műtét (pl. rák, szervek részleges vagy teljes eltávolítása, transzplantációja)	1	2	9	X
g. Tanulási vagy megértési nehézségek pl.: dislexia, diszgráfia, diszkalkulia	1	2	9	X
h. Mozdáltsósérülés pl. tartósan jelentkező nehézség tárgyak megfogásában, tartásában vagy mozgásban (hosszabb séta, lépcsőzés, hajolás – nyak-, hát- derékprobléma) végtagok vagy annak részeinek hiánya, bénultsága, funkciózavara.	1	2	9	X
i. Értelmi sérülés	1	2	9	X
j. Sajátos érzelmi, idegi vagy pszichés állapot, idegesség, mentális betegség vagy állapot	1	2	9	X
k. Autizmus	1	2	9	X
l. Feltűnő testi jellemző vagy elváltozás, deformitás	1	2	9	X
m. egyéb, éspedig:..... .....	1	2	9	X

39. Akadályozottságából adódóan igénybe vesz-e Ön rendszeresen...

	Igen	Nem	NT	
a. gyógyszeres terápiát (támogatott, részben támogatott és nem támogatott gyógyszerek költsége is)	1	2	9	X
b. pszichoterápiát	1	2	9	X
c. fizioterápiát (fizikoterápia, masszázs, gyógyfürdő, gyógytorna, stb.)	1	2	9	X
d. alternatív terápiákat (akupunktúra, reiki, stb.)	1	2	9	X
e. speciális élelmiszereket	1	2	9	X

**38. - 39. HA VALAMELYIKET IGÉNYBE VESZI**

38. Összességében mennyit költ ezekre egy átlagos hónapban?

..... Ft/hó

8 – M

9 – NT


**38.a.** És azt megmondaná-e, hogy a **2. VÁLASZLAP**-on lévő kategóriák közül melyik kategóriába esik az összeg?

X –

01 – 5 ezer Ft. vagy kevesebb  
02 – 5 - 10 ezer Ft  
03 – 11 - 15 ezer Ft  
04 – 16 - 20 ezer Ft  
05 – 20 - 30 ezer Ft

06 – 31 - 40 ezer Ft  
07 – 41 - 50 ezer Ft  
08 – 51 - 100 ezer  
09 – 100 ezer Ft felett  
88 – M  
NT X –

99 –

39. Jellemzően...

- 1 – kórházba  
 2 – szakrendelésre, vagy  
 3 – magánrendelésre, vagy  
 4 – háziorvoshoz jár?

TÖBB VÁLASZ LEHET!

9 – NT X –

43. Felmerült-e a tartós intézményi elhelyezés Önnel kapcsolatosan (elmúlt 3 éven belül)?

- 1 – igen, és el is fogadták (elvileg felvették intézmény vagy fel is vette, de már nem él ott)  
 2 – igen, de elutasították  
 3 – nem

9 – NT X –

**C – Munka****MINDENKITŐL!**

44. Dolgozik –e Ön jelenleg, beleértve az alkalmi munkát és vállalkozói tevékenységet is?

(KÖZMUNKA, KÖZHASZNÚ MUNKA, KÖZCÉLÚ MUNKA ESETÉN A „NEM” VÁLASZT JELÖLD!)

1 – igen → **67 - RE** ← 2 – nem 9 – NT X –

45. Van Önnek rendszeres munkája?

1 – igen → **67 - RE** ← 2 – nem 9 – NT X –

46. Most arról a munkahelyére vonatkozóan fogom kérdezni, amelyiket Ön a legfontosabbnak tart. Mi az Ön főfoglalkozása, beosztása a főmunkahelyén?

**ÖNÁLLÓK, VÁLLALKOZÓK**

(tulajdonos, vagy résztulajdonos)

- 01 – közepes és nagyvállalkozó  
 02 – diplomás szabadfoglalkozású  
 (pl. ügyvéd, fogorvos)  
 03 – egyéni vállalkozó, bt-jében, kkt-jában  
 dolgozó, kisiparos, kiskereskedő  
 04 – gazdálkodó, mezőgazdasági  
 kisvállalkozó

X –

**ALKALMAZOTTAK**

(nem a saját vállalkozásában dolgozik)

**VEZETŐK:**

- 05 – felső vezető (főoszt. vez. és felette)  
 06 – középszintű vezető  
 07 – alsó vezető, csoportvezető, művezető

**BEOSZTOTTAK:**

- 08 – beosztott értelmiségi  
 09 – egyéb szellemi, szolgáltató, kereskedő  
 10 – szakmunkás, technikus  
 11 – betanított- vagy segédmunkás  
 12 – mezőgazdasági fizikai dolgozó, idénymunkás

47. Ennél a cégnél kb. hány ember dolgozik?

- 1 – 10 fő, vagy annál kevesebb  
 2 – 11 és 24 fő között  
 3 – 25 és 100 fő között  
 4 – 101 és 500 fő között  
 5 – 500 fő felett  
 9 –

– NTX –

48. Az Ön munkahelye...

- 1 – Magáncég  
 2 – Állami intézmény  
 3 – Nonprofit (civil) szervezet

4 – egyéb szervezet, éspedig .....  
 9 – NT X –

49. Tudomása szerint az Önt foglalkoztató / az Ön által vezetett vállalkozás:

- 1 - foglalkoztatási rehabilitációhoz kapcsolódó akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkező szervezet  
 2 – bentlakásos intézmény, amely foglalkoztat is fogyatékossgal élő embereket  
 0 – egyik sem

9 – NT X –

50. A munkahelyén közvetlen munkatársai

- 1 – mind megváltozott munkaképességű emberek  
 2 – nagyobb részben megváltozott munkaképességű emberek  
 3 – kis részben megváltozott munkaképességű emberek  
 4 – senki sem megváltozott munkaképességű

9 – NT X –

52. Milyen típusú a munkaszerződése?

- 1 – határozott idejű  
 2 – határozatlan idejű  
 3 – nincs munkaszerződése

9 – NT X –

53. Ön hogyan dolgozik?

- 1 – a munkahelyén  
 2 – otthonról  
 3 – más módon

9 – NT X –

54. Hány óra az Ön heti munkaideje túlóra nélkül?

..... óra/ hét

999 – NT



**54.a** A legutolsó hónapban a havi munkaidejét meg tudná mondani?

X –

.....óra/hó

999

– NT X –

56. Az elmúlt 12 hónapban hány hónapban származott jövedelme ettől a munkahelytől ?

..... hónapban

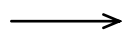
99– NT X –

63. Ön hogyan talált munkát (a legutóbbi munkába állás esetén)?

- 1 – a munkaügyi központ segítségét vette igénybe  
 2 – barátai, rokonai ill. személyes kapcsolatai révén próbálkozott  
 3 – non-profit, civilszervezetek segítségével  
 4 – nyilvános hirdetésre jelentkezett  
 5 – egyéb módon, éspedig .....  
 9 – NT X –

64. Kérjük képzelje el azt a nagyon kellemetlen helyzetet, hogy holnap elveszíti munkáját. Mennyire biztos abban, hogy képes új munkát találni?

- 3 – biztos, hogy találna  
 2 – talán találna, vagy  
 1 – biztosan nem találna?



66 - RA

9 – NT X –

65. És mit gondol, milyen munkát találna?

- 3 – jelenleginél jobbat találna  
 2 – jelenlegihez hasonló munkát találna  
 1 – jelenlegihez képest rosszabb munkát találna

9 – NT X –

66. Számít-e Ön arra, hogy a következő hat hónapban elveszíti a munkáját?

- 1 – nagyon számít rá  
 2 – valamelyest számít rá  
 3 – egyáltalán nem számít rá

9 – NT X –

20. Keresett-e munkát az elmúlt 2 évben?

1 – igen 2 – nem 9 – NT X –

75. Lehetnek olyan akadályok, amelyek megnehezítik az emberek számára a munkakeresést. Gondoljon a saját helyzetére: az alábbiak közül melyik igaz Önre?

	Igen	Nem	NT	
a. elveszítené a jelenlegi jövedelme egy részét vagy teljes jövedelmét, ha munkába állna	1	2	9	X
b. elveszítené a jelenlegi támogatásai egy részét vagy minden támogatást, amit jelenleg kap, ha munkába állna	1	2	9	X
c. a családja vagy barátai nem támogatják vagy lebeszéli Önt arról, hogy munkába álljon	1	2	9	X
d. családi kötelezettségei miatt nem teheti meg	1	2	9	X
e. nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	1	2	9	X
f. attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék/elkülönítenék Önt	1	2	9	X
g. diszkrimináció áldozata volt	1	2	9	X
h. úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő	1	2	9	X
i. nincs megfelelő közlekedési lehetőség	1	2	9	X
j. egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	1	2	9	X

76. Miből él Ön jelenleg?

- 01 – nyugdíjat (öregségi, özvegyi) kap  
 02 – gyermekneveléshez kapcsolódó juttatást kap (pl. tgyás, gyed, gyes, gyet, hivatásos anya is)  
 03 – munkanélküliséghez kapcsolódó ellátást kap (közmunka is)  
 04 – rokkantnyugdíjat, rokkantjáradékot kap  
 05 – egyéb segélyeket kap  
 06 – alkalmi üzletekből, vagyonból, lakáskiadásból stb.  
 07 – eltartja a házastársa, szülei stb.  
 08 – egyéb válasz  
 99 – NT X –

**CSAK 1  
VÁLASZ!**





- Mekkora részlegnek számít az A városbeli bentlakásos intézet a vállalaton belül?

A városbeli bentlakásos intézetről:

- Mióta van ott részlegük?
- Mennyire hatékony?
- Hogyan jött létre az együttműködés?
- Milyen megállapodásuk van? (profit, leszázalékoltak mértéke stb.)
- Mi lenne, ha bezárnák?

Törvényi változások

- Hogyan hatottak?
- A dotáció mértékének változása hogy érintette őket?
- 2006 júniusi változás hogy érintette őket? (van-e náluk személyes rehabilitációs terv stb.)
- Ennek a változásnak előnyei hátrányai?
- Mi a vállalat jövője?

## 2.Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak gondnokai

- Gondnokság rendszere
- Hivatalos gondnokot hogyan jelölnek ki
- Milyen feltételei vannak
- Mi a feladata
- Van-e díjazás
- Mitől függ a gondnokolt cselekvőképességének meghatározása
- Milyen korlátokat jelent ez
- Megváltoztatható-e a gondnok személye

Hivatásos gondnok:

- Milyen kapcsolata van a bentlakásos intézettel
- Ebben az intézetben mi jellemző: hivatásos gondnok, vagy hozzátartozó gondnok
- Mi jellemző itt a gondnokságra
- Hogyan látja az Intézet helyét A. városban?
- Hogyan éli meg a gondnok szerepét
- Mi a szerepe a gondnoknak a foglalkoztathatóságban
- Mit gondol van-e kiút ebből az intézetből az ápoltak számára

Nem-hivatásos (hozzátartozó) gondnok:

- Mikor vették gyámság alá?
- Miért?
- Milyen procedúra ez a gondokoltra nézve
- Mióta Ő a gondnok
- Volt-e hivatásos gondnoka is a gondokoltnak
- Mit jelent számára ez a feladat
- Nehézséget okoz-e neki/szívesen vállalja

- Milyen a viszonya a gondokolttal
- Hogyan látja az intézetet
- Van-e kiút az intézetből

### 3. Bentlakásos Intézet igazgatója/főnövér/munkarehabilitációs részleg vezetője/mentálhigiéniai nővér

#### Pszichiátriai ellátórendszerrel (igazgatónak)

- Általában hogyan látja ezt
- Mi a véleménye róla
- Mit jelent számára igazgatónak lenni egy ilyen intézetben
- Mit gondola közösségi ellátásról

#### Intézetéről: történet (igazgatótól)/szervezeti/ fizikai felépítés (igazgató, főnövér)

- Mikor alakult
- Mi a története
- Jelenlegi helyzet: hány férőhely, hányan vannak, van-e elkülönítő
- Milyen nehézségei vannak egy ekkora intézet irányításának
- Milyennek látja az Intézetet a magyar ellátórendszeren belül/nemzetközi összehasonlításban
- Törvényi szabályozás: Hogyan hat az egészségügyi/ szociális/ foglalkoztatási törvények szabályozása az intézet működésére
- Hogyan hat az EU-s tagság az intézet működésére
- Mi a jövője ennek az intézetnek
- Mekkora az intézet
- Hány épületből áll
- Kik vannak az egyes épületekben
- Hol van a védett ház
- Hogyan alakították ki
- Hányan dolgoznak itt
- Milyen szakemberek dolgoznak itt – van-e továbbképzés
- Van-e betöltetlen állás
- Van-e olyan pozíció, ami szerintük felesleges/hiányos
- Milyen a szervezeti felépítés
- Milyen A város kapcsolata az Intézettel
- Milyen a budapesti önkormányzattal a viszony
- Hogyan történik a finanszírozás
- Milyen itt dolgozni, ő maga hogyan viszonyul az ápoltakhoz

#### Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakról-ápoltakról (mindenkinek)

- Hogyan kerülnek ebbe az Intézetbe (mi a folyamata ennek)
- Milyen állapotban vannak, amikor ide kerülnek
- Mi történik, mikor idekerülnek
- Vannak-e nehézségek a bekerüléskor
- Hogyan döntenek el, hogy melyik részlegbe kerülnek
- Mit jelent az ápoltak élettörténetében az Intézet
- Mit biztosít az Intézet az ápoltaknak
- Milyen terápiákat kapnak
- Milyen a gyógyszerelés

- Mennyire vesznek részt nem gyógyszeres terápiákon
- Hogyan telik egy napjuk
- Milyenek a szobák
- Hogy kerülnek egy szobába az ápoltak
- Hogyan történik az étkezés/tisztálkodás
- Milyen egyéb lehetőségek vannak az intézetben
- Kapnak-e zsebpénzt
- Van-e kijárásuk az intézetből
- Vannak-e látogatóik
- Milyen az ápoltak közötti kapcsolat (vannak-e konfliktusok)
- Mi van, ha egy ápolat nem tud beilleszkedni
- Milyen az ápoltak és az ellátó személyzet kapcsolata
- Ápoltak demográfiai adatai (férfi-nő arány, életkor, bekerülési átlagos életkor, iskolai végzettség, diagnózis)
- Van-e kikerülés innen
- Ki költözhet a védett házba
- Mitől mása védett ház
- Ott milyen a felügyelet

#### Foglalkoztatás:

- Mióta van itt foglalkoztatás
- Ki szervezi
- Kik dolgoznak itt
- Kik dolgozhatnak itt
- Hány órában
- Mennyire vannak leszázalékolva
- Mennyi pénzt kapnak ezért
- Mit jelent a munka az ápoltak számára
- Milyen munkák vannak itt
- Ellenőrzi-e őket valaki
- Mit jelent ez az Intézet számára
- Hol értékesítik

#### 4. Magán munkaerőközvetítői irodát működtető szervezetek (önkormányzati/alapítványi)

- Iroda és működése
- Mióta üzemel az iroda
- Hogyan jött az ötlet
- Hogyan működik
- Hogy kerülnek ide a az álláskereső
- Hogyan történik a közvetítés
- Hol keresnek állást, ki segít ebben
- Van-e rehabilitáció
- Ha van, ezt mit jelent
- Mennyire sikeresek
- Hol tudnak elhelyezkedni klienseik

- Mi jellemző a kliensekre (iskolázottság, életkor, diagnózis, munkatapasztalat, családi támogatás, leszázalékolás mértéke)
- Van-e utánkövetés
- Mi jelent a legnagyobb nehézséget a rehabilitáció során
- Mi jelent a legnagyobb nehézséget az álláskeresésben
- Milyen a tapasztalat, hol tudják elhelyezni őket
- Mit gondol a védett/nyílt munkaerőpiacról? Melyiket preferálja inkább?
- Milyen a kapcsolata más szervezetekkel: más civilek, önkormányzat, ÁFSZ, egészségügy/pszichiátriák, gondokok
- Milyen hatással van rájuk a törvényi szabályozás (eü, foglalkoztatási, szociális)
- Mennyire biztos a finanszírozásuk
- Milyen a jövőképük

#### Önkormányzati közvetítő

- Mi az alaptevékenysége
- Az alaptevékenységen kívül milyen más tevékenységeket csinálnak
- Hányan dolgoznak itt
- Hány kliensük van
- Hogy kerülnek ide a kliensek
- Hogyan telik itt egy nap
- Milyen a kapcsolat a környékbeliekkel
- Milyen a kapcsolat az önkormányzattal

#### Alapítványi közvetítő

- Hogyan, kik, mikor alapították
- Most milyen a szervezeti felépítés
- Milyen tevékenységeik vannak
- Mennyire professzionálódtak
- Hogyan kerülnek hozzájuk a kliensek
- Milyen a finanszírozási környezet

#### 5. Megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató vállalatok/alapítványok

- Hogyan jött az ötlet?
- Minek számít: integrált/ védett
- Konkrétan mi a munka
- hogyan működik a munkaerőfelvétel / munkaügyi hivatal, civil szerv., családszolg. stb.
- milyen típusú megváltozott munkaképességűek vannak/ milyen arányban
- szelektálnak-e valahogy,
- hány százalékban leszázalékoltak
- vannak-e pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak
- ha igen miért, ha nem miért nem, mi a tapasztalat velük
- mekkora a fluktuáció
- lehet-e bővítésre számítani (más tevékenységbe bevonni őket, terjeszkedik a cég)
- hogy él meg a szervezet – profit/dotáció aránya

- állami támogatás – dotáció milyen arányban
- önfenntartó-e a rendszer – nullprofit, profit
- van-e ellenőrzés van állami szervek részéről
- mi a tapasztalat ezzel kapcsolatban (gyakrabban, büntetnek stb.)
- törvénykezés mennyire támogató, hogy érzi
- változott-e valami az elmúlt évekhez képest a rendszer szintjén
- akkreditációról mit gondol
- más cégekről tud-e amelyik megváltozott munkaképességűt foglalkoztat
- hogyan viszonyulnak cég partnerei ahhoz, hogy megváltozott munkaképességűeket foglalkoztatnak
- jövőkép

#### 6. Magyarországi gyógyszergyár, antipszichikumok részlegvezető

- kit tartanak pszichiátriai betegnek/ ki a skizofrén
- Ki a célcsoport, melyik betegség
- Gyógyítás vagy szintentartás
- Milyen gyógyszereik vannak: ált. és a skizofréneknek
- Miért ez az arány – kórházi kezelésre, vagy járóbeteg kezelés
- Honnan van a megrendelés
- Orvoslátogató és ált. a reklámozás, köztudatba vinni a gyógyszert – hogy működik, járóbeteg v. kórházi ellátás inkább
- Milyen a kapcsolat pszichiáterekkel/ kórházakkal/alapítványokkal
- Van-e kapcsolat pszich. betegekkel
- Hatóanyag mennyiség egy gyógyszerben – differenciálják-e a betegségeket, és a betegségek súlyosságát
- Kutatások: kombináció, licence vásárlás, mellékhatások csökkentése
- Hogyan tesztelnek egy gyógyszert: (emberen) van-e erre etikai kódex
- Mennyire változtak a gyógyszerek az elmúlt 7 évben
- Mennyire szempont a társadalomba való be/visszailleszkedés
- Mennyire szempont a normális élet – van-e visszajelzés (pszich/beteg)
- Jövőben milyen változások lesznek
- Kórházi pontrendszer – hatékony-e
- Gyógyszergyárak közötti rivalizálás
- Kórház kiszolgáltató-e a gyógyszergyárnak – kényszerjellegű kapcsolat
- Profit: hány%--a származik pszich.gyógyszerből, mekkora piaca van,
- visszaforgatják-e kutatásba a pénzt/ Jótékonyági célokra
- társadalmi felelősség

#### 7.SzCsM Foglalkoztatási Rehabilitációs Osztály

- Mivel is foglalkozik az osztály, mióta, hogyan alakult az idők során a korlátozott munkaképességűek rehabilitációja melyik minisztériumhoz tartozott, milyen lépéseket próbáltak tenni

- Jelen helyzet: munkaügyi minisztériummal együttműködnek-e, van-e ott a korlátozott munkaképességűek rehabilitációjával kapcsolatban bármi (civilekre hivatkozni)
- korlátozott munkaképességűek, ezen belül differenciáltan kezelik-e ezt a csoportot
- a pszichiátriai betegek számára van-e bármilyen program, támogatás, ha van mennyire hatékony, mennyire vonják be a civileket
- statisztikák: korlátozott munkaképességű mennyi van, rehabilitációjukkal kapcsolatosan infók, munkahelyük, fizetésük, beosztásuk, végzettség
- munkaügyi hivatal/munkaközvetítő működése
- Célszervezetekkel van-e kapcsolat, ellenőrzés (munkakörülmények, bánásmód, bér)
- Rehabilitáció: betegség milyen szintjén kezdődik
- Rokkantsnyugdíjazás – mikor, ki kérvényezi, mi éri meg az államnak
- Civilekkel való kapcsolat: támogatás, bevonják-e minisztérium döntéshozatalba, véleményeztetés, törvényelőkészítés, mennyire reagálnak civilek lobbijára
- EU – mennyire változtatja meg a hazai jelenlegi gyakorlatot, törvénykezést
- modellek vannak-e ott, ilyen van-e itthon, különbség, átvenni vmit
- direktíváknak mennyire felelünk meg most
- piaci szereplők: ellenállás tapasztalható-e, milyen nehézségekről tud, (EU-ban hogy van), vannak-e kezdeményezéseik, támogatásaik a piaci szférára vonatkozóan,
- pszichológiai vizsgálta cégeknél: jogszerű-e, van-e előírás

#### 8. Közösségi ellátást működtető budapesti kerület szociális részlegének vezetője

- Milyen szociális intézményei vannak a kerületnek
- Mennyi ebből, ami törvényileg kötelező jellegű, mennyi amit a törvény lehetővé tesz
- Hogyan alakult ki, hogy van pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézményük is
- Hogyan jött az ötlet, hogy egy alapítvánnyal leszerződjenek
- Hogyan, és mikor alakult ki a kapcsolat
- Melyik fél kezdeményezett
- Most milyen a viszony
- Megéri-e kiszervezni ezt a feladatot
- Ha igen, miért
- Milyen előnyei/hátrányai vannak a kiszervezésnek
- Milyen feladatokat lát el az alapítvány – ebből mennyi önkormányzati
- Hogyan történik a finanszírozás
- Mennyire avatkozik bele az önkormányzat a működésébe: szakemberek kinevezése, feladatok, ellátottak száma, köre
- Hogyan ellenőrzik
- Milyen a szerződés: határozott/határozatlan idejű
- Milyen a viszony a pszichiátriai gondozó-önkormányzat-alapítvány között
- Hogyan befolyásolják a törvényi változások és a finanszírozás

- Milyen más alternatívája lehetne az alapítványnak
- Milyennek látja a területi közösségi pszichiátriai ellátás jövőjét
- Van-e célzott munkarehabilitációs programjuk
- Ha igen, milyen, ki működteti, hányan dolgoznak ott, milyen munkát végeznek

3. számú függelék: Foglalkoztatottak, munkanélküliek, inaktívak aránya  
Európai Unió országaiiban (2008)

Ország 2008	Foglalkoztatottak	Munkanélküliek	Inaktívak
Izland	83,6	4,1	13,8
Svájc	79,5		17,7
Dánia	78,1	3,6	19,2
Norvégia	78	2,5	20
Hollandia	77,2	2,6	20,7
Svédország	74,3	6,3	20,7
Ausztria	72,1	4	25
Egyesült Királyság	71,5	6,3	24,2
Finnország	71,1	6	24
Ciprus	70,9	3,4	26,4
Németország	70,7	7	23,5
Észtország	69,8	7,8	26
Szlovénia	68,6	4,3	28,2
Lettország	68,6	10,1	25,6
Portugália	68,2	8,3	25,8
Írország	67,6	7,6	28
Csehország	66,6	4,4	30,3
EU 25	<b>66,3</b>	<b>7,5</b>	<b>28,5</b>
Franciaország	65,2	7,9	29,6
Litvánia	64,3	8	31,6
Spanyolország	64,3	14	27,4
Bulgária	64	5,1	32,2
Luxemburg	63,4	5,4	33,2
Belgium	62,4	6,8	32,9
Szlovákia	62,3	8,7	31,2
Görögország	61,9	8,1	32,9
Lengyelország	59,2	6,8	36,2
Románia	59	6,1	37,1
Olaszország	58,7	7,1	37
Horvátország	57,8	9	36,8
Magyarország	<b>56,7</b>	<b>8</b>	<b>38,5</b>
Málta	55,2	6,4	41,2
Törökország	45,9	11,1	49,2

4. számú függelék: Fogytékkal élők aránya teljes populációban és egyes  
munkaerőpiaci státusokban 2002

Fogyatékkal élők aránya...
----------------------------



	...a teljes populációban	... a foglalkoztatottak körében	... a munkanélküliek körében	... az inaktívok körében
<b>Finnország</b>	32,2	27,1	26,0	51,6
<b>Egyesült Királyság</b>	27,2	20,4	28,0	48,7
<b>Norvégia</b>	16,4	10,0	16,1	46,4
<b>Dánia</b>	19,9	13,6	19,9	45,0
<b>Hollandia</b>	25,4	19,8	32,4	42,8
<b>Észtország</b>	23,7	18,3	24,9	34,9
<b>Csehország</b>	20,2	14,5	28,4	32,2
<b>Franciaország</b>	24,6	21,3	26,7	31,4
<b>Portugália</b>	19,9	15,7	21,3	30,8
<b>Szlovénia</b>	19,5	14,2	25,0	30,1
<b>Belgium</b>	18,4	12,8	22,4	28,0
<b>Magyarország</b>	<b>11,4</b>	<b>2,3</b>	<b>4,4</b>	<b>25,5</b>
<b>EU 25</b>	<b>16,2</b>	<b>12,3</b>	<b>16,0</b>	<b>24,9</b>
<b>Ciprus</b>	12,2	8,3	19,6	21,5
<b>Litvánia</b>	8,4	2,9	6,2	21,2
<b>Svédország</b>	19,9	19,5	20,7	21,0
<b>Ausztria</b>	12,8	9,4	17,1	20,9
<b>Írország</b>	11,0	6,7	10,1	20,7
<b>Szlovákia</b>	8,2	2,7	5,2	20,4
<b>Németország</b>	11,2	7,3	15,8	19,7
<b>Luxembourg</b>	11,7	8,7	:	17,7
<b>Spanyolország</b>	8,7	4,2	6,0	17,4
<b>Görögország</b>	10,3	6,5	6,5	17,0
<b>Málta</b>	8,5	4,9	:	13,6
<b>Románia</b>	5,8	2,5	3,1	12,0
<b>Olaszország</b>	6,6	4,4	4,9	10,2

5.számú függelék: Mentális, ideg vagy érzelmi problémákkal élők aránya  
(2002)

Ország 2002	Mentális, ideg vagy érzelmi problémákkal élők aránya
<b>Spanyolország</b>	15,3
<b>Litvánia</b>	14,5
<b>Magyarország</b>	<b>13,7</b>
<b>Málta</b>	13,3
<b>Portugália</b>	13,0
<b>Írország</b>	10,5
<b>Norvégia</b>	10,5
<b>Olaszország</b>	10,3
<b>Románia</b>	10,3
<b>Ciprus</b>	10,2
<b>Hollandia</b>	10,1
<b>EU 25</b>	9,3
<b>Szlovákia</b>	9,3

<b>Görögország</b>	9,2
<b>Franciaország</b>	9,1
<b>Dánia</b>	9,0
<b>Egyesült Királyság</b>	8,7
<b>Svédország</b>	8,2
<b>Belgium</b>	7,3
<b>Észtország</b>	5,4
<b>Szlovénia</b>	5,3
<b>Finnország</b>	5,3
<b>Ausztria</b>	5,2
<b>Csehország</b>	4,0
<b>Luxemburg</b>	4,0

## Publikációs lista

### FOLYÓRATCIKKEK

- Bányai B.**, Vida Zs. (2007): Társadalmi metszetek: hatalom, érdek, individualizáció és egyenlőtlenség a mai Magyarországon / Recenzió. *Társadalomkutatás* 25. évf. 4. sz. Akadémiai Kiadó, Budapest. p. 513-518.
- Bányai B.**, Légmán A. (2009): Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély* 20. évf. 2. sz., Hilscher Rezső Alapítvány, Budapest. p. 68-84.
- Bányai B.**, Légmán A.: Intézményi megközelítések a társadalomtudományban, in: *REPLIKA* 2011:(1) pp. 7-33. (2011)

### KÖNYVFEJEZET

- Bányai B.**, Légmán A. (2008): "*A Kádár-rendszerrel semmi bajom*". In: Kovács Éva (szerk.) *Tükörszilánkok: Kádár-korszakok a személyes emlékezetben*, MTA Szociológiai Kutatóintézet, 1956-os Intézet, Budapest. p. 231-261.
- Bányai B.**, Légmán A.: Politikus életutak 1989 után, In: Kovács Imre (szerk.) *Eliték a válság korában: magyarországi eliték, kisebbségi eliték*, Budapest: MTA Politikatudományi Intézete, MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézete, Argumentum Kiadó, 2011. pp. 285-315.
- Bányai B.**, Geambasu R., Légmán A., Megyesi B.: Az állam redistributív szerepével kapcsolatos attitűdök összehasonlító vizsgálata Európa államaiban, In: Messing Vera, Ságvári Bence (szerk.) *Közösségi viszonyulásaink: A családdal, az állammal és a gazdasággal kapcsolatos társadalmi attitűdök, értékek európai összehasonlításban*, Budapest: MTA Szociológiai Kutatóintézet, 2012. pp. 7-30.

### KONFERENCIA ELŐADÁSOK

- Bányai B.**, Légmán A. (2007): *Pszichiátriai betegek munkaerőpiaci rehabilitációja – esettanulmányok*, Magyar Tudomány Hete a Dunaújvárosi Főiskolán, Társadalomtudományi Szekció, Dunaújvárosi Főiskola, 2007.11.12, Dunaújváros
- Bányai B.**, Légmán A.: Pszichiátriai betegek integrációjának lehetőségei egy szociális intézeti környezetben, „Kívülállás és beilleszkedés” c. konferencia a Miskolci Egyetem Szociológia Intézet. MTA Miskolci Bizottsága épülete, 2008. 11. 12., Publicationes Universitatis Miskolcensis, Sectio Philosophica, Miskolc, 2009., konferencia különszám, pp. 199-215.

**Bányai B.**, Légmán A.: Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben: MSZT éves konferenciája: Változás. Válság. Váltás.hu 2009. 11.13. Debrecen

#### **EGYÉB**

**Bányai B.**, Légmán A.: Intézményes világ - Intézményi megközelítés a társadalomtudományokban (szerkesztés) REPLIKA 2011:(1) pp. 7-233. (2011)

**Bányai B.**, Légmán A.: „A szívünk valószínűleg nem tud a májunkról, pedig mind a kettő csak része annak, ami mi vagyunk” I.-II. rész; Replika monológ (interjúszerkesztés) in: Intézményes világ REPLIKA 2011:(1) pp. 7-24; Átfedő kontextusok társadalmi tere REPLIKA 2011:(2) pp.7-31