

Bevezetés

Juhász Ferenc

A könyv célja

Az egyén tevékenységekre való alkalmasságát és társadalmi részvételét az egészségi állapot, a funkciók károsodása, illetve épsége mellett számos tényező – a képzettség, a szociális és a kulturális viselkedési formák, a szűkebb és a tágabb fizikai és társadalmi környezet – befolyásolja vagy határozza meg. A fogyatékoság és a munkaképesség megítélése tehát mind az egészségi állapottal kapcsolatos, mind az egyéb tényezők vizsgálatát egyaránt igényli. A károsodások, a fogyatékoság és a munkaképesség-változás szakmai szabályait bemutató kézikönyv tehát nem csupán *orvosok*, hanem a problémakör társadalmi kezelésében érdekelt és arra hivatott *különböző szakemberek* számára is készült. Így

- a *házi orvosok* számára, akik a biztosítottak egészségének, orvosi ellátásának, s az egészségi állapotuktól is függő sorsuk alakításának legtöbb információval és ráhatással rendelkező felelős szakemberei, akik elbírálják a keresőképtelenséget, s felkészítik az igénylőt munkaképességének minősítésére;
- az *orvosszakértők* számára, akik a fogyatékos-sággal és a munkával kapcsolatos orvosszakértői tevékenységet végzik, koordinálják és kontrollálják;
- a *rehabilitációs orvosok* számára, akik az egészségügy részéről hivatottak a károsodottak társadalmi reintegrációját elősegíteni;
- a *foglalkozás-egészségügyi orvosok* számára, akik a munkahelyi körülmények és feladatok, valamint a munkavállaló egészségi állapotának, teljesítőképességének ismeretében

járulnak hozzá az egészségkárosodások kialakulásának megakadályozásához, megállapítják a munkavállaló alkalmasságát a munka végzésére;

- az *igazságügyi orvosszakértők* számára, akik az igényelési eljárás bírósági felülvizsgálati szakaszában adnak a döntéseket megalapozó szakértői véleményt.

Az *Irányelvek* hasznos információkat kíván nyújtani az orvosokon kívül az ellátórendszerek működtetésében részt vevő hatósági személyek, munkaügyi, foglalkoztatási, szociális és egyéb szakemberek számára is.

A könyv bemutatja, hogy az orvosszakértői vizsgálatok hogyan használják fel a hagyományos klinikai vizsgálóeljárások eredményeit, mi-
ben különböznek azoktól, milyen sajátos vizsgálatokat és összevetéseket igényelnek. Az e szemléletmódra alapozott tevékenység legjellemzőbb vonása, hogy az egyén egészségi állapotát, szervezetének funkcióit a szűkebb és a tágabb fizikai és társadalmi környezettel való *kölcsönhatásban* s az egyénnel szemben a társadalom által támasztott igényeknek való megfelelés *viszonyrendszerében* értékelik.

A kézikönyv szerkezetének, terminológiájának, nyelvezetének kialakítása során arra törekedtünk, hogy a nem orvos szakemberek is megértsek és kompetenciájuknak megfelelően alkalmazni tudják a benne foglalt ismereteket. Cé-
lunk volt továbbá, hogy az orvosok számára információt nyújtsunk arról, hogy az egészségkárosodott egyén csökkent funkcionális lehető-

ségeit milyen követelményeknek kell megfeleltetnie mindennapi élete és munkája során.

Az orvosszakértő államigazgatási, hatósági és egyéb döntéseket alapoz meg véleményével – ismernie kell tehát a véleményezendő kérdésekkel kapcsolatos *jogi szabályozást*, valamint azt a *társadalmi közeg*et, amelyben az általa vizsgált egyén él.

A könyvnek a különböző szakmai kompetenciájú résztvevők *kölcsönös megértését és együttműködését* kell szolgálnia. Ugyanakkor a jogalkotóknak és -alkalmazóknak is ismerniük kell az orvostudomány lehetőségeit és korlátait, amikor a különböző állapotok orvosi minősítésére, véleményezésére alapozott ellátások, társadalmi akciók szabályait fogalmazzák meg, illetve alkalmazzák. A nem orvos közreműködőknek is birtokában kell lenniük az egészségi állapotra, a szervezeti funkciókra vonatkozó alapvető ismereteknek, annak érdekében, hogy megfelelő segítséget tudjanak nyújtani a rászorulóknak. Az orvosoknak viszont ismerniük kell a vizsgált személy élethelyzete, munkája, környezete által támasztott követelményeket.

Az *Irányelvek* tehát tartalmazza a betegségekre, a sérülésekre és az ezek okozta károsodásokra, a tevékenységekre, s azok akadályozottságára, a részvételre, s annak korlátozottságára vonatkozó korszerű ismereteket és eljárásokat, melyet elsősorban a fejlett egészségügyi és szociális ellátórendszerrel rendelkező tengerentúli (Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Japán) és az európai uniós országok fogalmaztak meg és alkalmaznak.

A könyv felépítéséről

Általános rész. Bemutatja a megváltozott munkaképességűek, a fogyatékosok hazánkban jelenleg működő ellátórendszereit. Ezen ellátórendszerek a rokkantság, a fogyatékosok korábbi felfogására épültek, s magukon viselik az elmúlt 1–2 évtized társadalmi ellentmondásainak, kedvezőtlen jelenségeinek (munkanélküliség, esélyegyenlőtlenség, korrupció, egyoldalú haszoncentrikusság stb.) jegyeit, hatásait. Tükrözik

ugyanakkor a társadalmi attitűdöknek azt a kedvező irányú változását is, melyet például a munkavédelmi és a fogyatékosügyi törvény jelez az emberi élet védelme, a humánus munkakörülmények kialakítása, s a fogyatékos emberek társadalmi integrációja terén.

Az *Irányelvek* koncepciója, tartalma és a jelenlegi szabályozás között eltérések, sok esetben ellentmondások észlelhetők. Ez természetes is, hiszen a tudományos alapokon nyugvó szakmai szempontok, szabályok általában megelőzik, megalapozzák a társadalmi felépítményhez tartozó jogi szabályozást és annak intézményrendszerét. Az új koncepció és szakmai szabályrendszer megjelenése, s ennek a szűkebb és szélesebb közvéleményben való „meggyökeresedése” hatásának eredményeképpen parancsoló szükségletté válhat az egyébként is aktuális *jogi és intézményi változtatások* tudományos-szakmai szempontokhoz igazodó megvalósítása.

A fogyatékos és a megváltozott munkaképesség új felfogásának, társadalmi kezelésének legfontosabb jellemzője az egyén károsodásainak, fejleszthető képességeinek minél alaposabb feltárása, a fogyatékos kimutatása annak érdekében, hogy a társadalom aktív segítséget tudjon nyújtani a károsodott emberek társadalmi részvételének minél szélesebb körű és minél teljesebb értékű biztosítására. *A cél az, hogy a fogyatékos, a megváltozott munkaképességű ember ne eltarthatja, hanem jogaival élni képes, alkotó résztvevője legyen a társadalomnak.*

A társadalmi reintegrációt biztosító *rehabilitáció* helyének, módszerének, eszközrendszerének a bemutatása az *Irányelvek* legfontosabb részét képezi, megjelölve egyúttal a kívánatos elmozdulás irányát és útját.

Az egészségkárosodott, fogyatékos ember munkaképességének megítélése az egyén képességének az általa elvégzendő munka követelményeivel, körülményeivel való összevetése útján történhet. Az elbíráló orvosnak következésképpen széles körű, konkrét információkkal kell rendelkeznie a véleményezett személy munkájáról. Az *Irányelvek* e követelménynek megfelelően tartal-

mazza az *alapvető foglalkozás-egészségügyi ismereteket*, a különböző tevékenységeknél az egészségre kifejtett hatását, a foglalkozási ártalmakat, a különböző egészségkárosodások által érintett személyek foglalkoztathatóságának alapelveit.

A betegség, a sérülés, a károsodások okozta *munkaképesség-változás* lehet *átmeneti* – ez esetben *keresőképtelenségről* beszélünk – vagy lehet tartós – a magyar szóhasználatban a „*rokkantság*” kifejezés felel meg e fogalomnak. Az átmeneti és a tartós munkaképesség-változás között csak a jogi szabályozás von éles határt. Így az érvényes jogi szabályozás szerint a munkaképesség-változás (-csökkenés) legfeljebb egy évig tartó fennállását nevezzük *keresőképtelenségnek*. Munkabalesetek és foglalkozási betegségek esetén a keresőképtelenség időtartama meghaladhatja az egy évet.

A munkaképesség elbírálása során mindenek előtt az egyén *aktuális munkájának*, foglalkozásának körülményeit, követelményeit kell figyelembe venni. Amennyiben az aktuális munka vonatkozásában a munkaképesség számottevő csökkenése vagy hiánya állapítható meg, a munkaképességet vizsgálni kell a tanult szakmához kapcsolódó foglalkozásokban, illetve meg kell határozni a károsodott egyén számára ajánlható egyéb foglalkozások körét.

A foglalkoztatás lehetőségeinek véleményezése során figyelembe kell venni a megváltozott munkaképességű egyén átképzésének, új foglalkozásra való felkészítésének, valamint a munka körülményeinek, követelményeinek a károsodott egyén képességeihez való igazításának (adaptálásának) lehetőségeit is. Az egyén új foglalkozásra való felkészítését, átképzését, a munkahely adaptálását, a megfelelő munkahely keresését, a foglalkoztatást elősegítő egyéb akciókat és szabályozásokat, s az ezzel kapcsolatos munkaügyi tevékenységet összefoglaló néven *foglalkoztatási rehabilitációnak* nevezzük.

Részletes rész. Az egyes szervrendszereknek megfelelő felosztásban tartalmazza az alapvető anatómiai, élettani és kórélettani ismereteket, különös figyelmet szentelve a tárgyalt szervrend-

szert funkciójának, a funkciók jellemző károsodásának, s azok kimutatásának.

A vizsgált egyén képességeinek, lehetséges teljesítményének, részvételének vizsgálata szempontjából nem a diagnózisoknak, hanem inkább a funkciók változásainak, s e változásoknak a mindennapi és a munkatevékenységre kifejtett hatásának van jelentősége. Az adott szervrendszer jellemző károsodásait, s azok hatásait a *károsodások kritériumainak* nevezzük. A kritériumok lehetnek strukturális vagy funkcionális elváltozások, azok – lehetőleg objektív eszközökkel meghatározható – ismérvei, jellemző panaszok, tünetek. A gyógykezelés szükségessége, sajátossága, eredményessége szintén kritériumképző szempont lehet. A kritérium megfogalmazása általában akkor a legsikeresebb, ha egyúttal az egyén tevékenységi lehetőségeinek, a mindennapi élet és a munka követelményeinek való megfelelésre is utal. A kritériumokat jellemezheti az elváltozások időbeni megjelenése és folyamatossága, a megjelölt károsodások, jelenségek kiterjedtsége, súlyossága.

A részletes rész fejezeteiben jelentős figyelmet szenteltünk az adott szervrendszer károsodásai, valamint a napi élettevékenységek ellátásának akadályozottsága (a fogyatékoság) kérdéseinek.

A *fogyatékoság minősítése* során célkitűzésünk, hogy a funkcióképesség, fogyatékoság, egészség nemzetközi osztályozása (FNO) („International Classification of Functioning, Disability and Health”) című, az *Irányelvekkel* együtt megjelenő WHO-kiadvány útmutatása szerint történjen. A károsodásokra, a fogyatékosagra és a részvétel korlátozottságaira vonatkozó *új szemlélet* elterjesztése mellett az a célunk, hogy a fogyatékoság társadalmi kezeléséhez megfelelő *metodológiai vezérfonalat* is adjunk. Ennek megfelelően a Részletes rész egyes fejezeteiben kitérünk az adott szerv, illetve szervrendszer károsodásai által eredményezett *leggyakoribb fogyatékoságok* leírására, s útmutatást adunk azok besorolásához, értékeléséhez.

A fogyatékoság okozta társadalmi részvételkorlátozottság sajátos megjelenési formája a

munkaképesség változása, mely megnyilvánulhat egy adott munka, foglalkozás, illetve ezek szűkebb vagy tágabb csoportja ellátására való képesség elvesztésében vagy csökkenésében.

Az átmeneti munkaképesség-csökkenés (keresőkép-telenség) megítéléséhez – a foglalkozások nagy száma miatt – *csupán általános szempontokat, ajánlásokat adunk.* Ugyancsak ajánlások formájában fogalmazzuk meg egy-egy betegség, betegségcsoport, orvosi beavatkozás vagy állapot esetén a *keresőkép-telenség átlagos időtartamát.* Eltérés az ajánlásoktól természetesen mindkét irányban lehetséges, ha ezt az elbíráló orvos magyarázattal, indoklással támasztja alá.

Az orvosszakértői vizsgálatok végzésének alapvető követelménye, hogy – az átmeneti munkaképesség-változás véleményezésének kivételével – törekedni kell azokat stabil állapotban, a funkciók helyreállításának (vagy a funkciócsökkenés kompenzációjának) a lehető legmagasabb szintjén elvégezni. Tehát az orvosszakértői vizsgálatokat megelőzően ki kell használni a rendelkezésre álló diagnosztikai és terápiás lehetőségeket. Ez azonban nem jelentheti ezek ésszerűtlen, koncepciótlan, pazarló alkalmazását. Törekedni kell a *diagnosztikai és a terápiás protokollok, algoritmusok* betartására. Az egészségügy erőforrásaival való gazdálkodás, a társadalombiztosítási alapok ésszerű felhasználása szempontjából a diagnosztikai és a terápiás eszközök „túlfogyasztása” ugyanolyan hiba, mint a szükséges vizsgálatok vagy gyógyító beavatkozások elmaradása. Az orvosszakértői minősítés eljárási rendjének, a vizsgálatok módszerének kialakítása során arra kell törekedni, hogy „*csak a kivizsgált és a szükséges gyógykezelésen átesett*” igénylők kerüljenek szakértői vizsgálatra.

A károsodások, a fogyatékoság, a munkaképesség, s az egyéb képességek orvosszakértői véleményezése egyúttal fontos *egészségügyi minőségbiztosítási eszköznek* is tekinthető. A beteg funkcióinak, képességeinek alakulása, az önellátás képessége és a munkavégző-képesség, a társadalom életében való részvételre való alkalmasság legalább olyan fontos mutatója a gyógykezelés eredményességének, mint a panaszok, a betegség-

gek, bizonyos szövődmények kialakulása és fennállása.

A károsodásokat, a fogyatékoságot és a részvétel korlátozottságát vizsgáló orvosszakértő tehát közvetett formában értékeli az egészségügyi szolgáltatók tevékenységét. *Az orvosszakértői minősítés a jövőben az egészségügyi minőségbiztosítási rendszer egyik fontos alkotóeleme lehet.*

A véleményezés során az orvosszakértőnek értékelnie kell az *igénylő kivizsgálásának, gyógykezelésének megfelelőségét, teljességét, eredményességét.* Amennyiben a fentiekben hiányosságokat észlel, azok pótlása céljából visszautalhatja az igénylőt a korábbi egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy az általa megfelelőnek tartott szolgáltatóhoz irányíthatja, illetve saját maga is elvégezheti a szükségesnek látott tennivalókat.

Az *Irányelvek* fejezetei a különböző betegségek, betegségcsoportok esetében tartalmazzák az *alapvető diagnosztikai és terápiás elveket*, a kivizsgálás és a gyógykezelés legfontosabb módszereit, s azok alkalmazhatóságát, a *diagnosztikai és terápiás algoritmusokat*, melyek alapján a szakértő meg tudja ítélni, hogy az adott beteg vizsgálatai és kezelése során kimerítették-e a lehetőségeket, illetve azt, hogy azokkal fölöslegesen éltek-e.

A károsodások, a képességek megítélése, a tevékenység és a részvétel lehetőségeinek értékelése azonban lényegesen különbözik a hagyományos klinikai kivizsgálástól, amennyiben a károsodott vagy elveszett funkciók helyett a *meglévő, a fejleszthető képességek, a kompenzáció lehetőségeinek kimutatására* helyezi a fő hangsúlyt. Az *Irányelvek* egyes fejezeteiben ennek megfelelően nagy teret szenteltünk a *funkcionáliskapacitás-vizsgálóknak*, alkalmazásuk leírásának.

A fogyatékoság, a megváltozott munkaképesség társadalmi kezelésében a fejlett gazdasággal és szociális ellátórendszerrel rendelkező országokban az elmúlt 1–2 évtizedben a passzív, pénzbeli ellátások (különböző járadékok, segélyek) helyett egyre nagyobb hangsúlyt kap az *esélyegyenlőség és a társadalmi reintegráció* biztosítása. A megfelelő jogszabályi keretek mellett e célkitűzések megvalósítása *komplex rehabilitációs tevékenység*,

intézkedések útján történik. Az *Irányelvek* egyik alapvető célja a *rehabilitációs szemlélet* meghonosítása, megfelelő információ nyújtása a felhasználók széles köre számára az orvosi rehabilitáció módszereiről, lehetőségeiről általában és részleteiben és minden egyes szervrendszer, illetve funkciócsoport vonatkozásában.

A *Részletes rész* fejezeteiben bemutatjuk az adott szervre, szervrendszerre jellemző *foglalkozási ártalmakat*, azok kivédésének, illetve a károsodások megelőzésének lehetőségeit. A munkaképesség véleményezésének szerves része a *munkaalkalmasság*, a *foglalkozási alkalmasság felmérése*, mely különösen fontos a funkcióiban károsodott, az egészségkárosító hatásokra érzékenyebb, sérülékenyebb egyének esetében. A minősítést végzőknek, akik összevetik az egyén képességét a munka követelményeivel, ismerniük kell a munkakörök, a foglalkozások támasztotta követelményeket, a munkavégzés körülményeit általában és konkrétan is az adott igénylő vonatkozásában. Ehhez kívánnak segítséget nyújtani az egyes fejezetek *foglalkozás-egészségügyi részei*.

Az orvosi rehabilitációhoz, valamint a foglalkozás-egészségügyi ismeretekhez csatlakozik a *foglalkozási rehabilitáció*, melynek megvalósítása nélkül lehetetlen érdemi haladást elérni a fogyatékosok és a megváltozott munkaképességűek társadalmi helyzetének megváltoztatásában. A foglalkozási rehabilitáció a különböző irányú tevékenységek gazdag tárházát jelenti a munka-, a foglalkozási alkalmasság felmérésétől a foglalkoztatást ösztönző jogszabályokon, a munka adaptálásán át, egészen a védett munkahelyen történő foglalkoztatásig.

Az egyértelmű, precíz fogalom meghatározások szükségessége

Mivel az *Irányelvek* az orvos (házi orvosok, rehabilitációs és foglalkozás-egészségügyi orvosok, orvosszakértők, igazságügyi orvosszakértők, a különböző szakterületek orvosszakértői tevé-

kenységet végző szakemberei) és a nem orvos (hatósági feladatokat ellátó köztisztviselők, munkaügyi szakemberek, a szociális szféra dolgozói stb.) felhasználók széles köre számára készült, fontosnak tartottuk az *egyértelmű, precíz fogalom meghatározásokat*.

A könyv nyelvezete igyekszik kerülni az elvont, speciális orvosi terminológiát, ugyanakkor oly módon törekszik közérthető nyelven megfogalmazni a sajátos orvosi, olykor jogi vagy műszaki mondanivalót, hogy úgy fejezze ki az emberi szervezet, a személy, s annak különböző funkciói, tulajdonságai, valamint a szűkebb fizikai és társadalmi környezet bonyolult viszonyait, kölcsönhatásait, hogy ne vulgarizálja, ne egyszerűsítse le azokat.

Kommunikáció

Az *Irányelvek* egyik legfontosabb célja, hogy segítse az *együttműködést* a fogyatékosági és a rokkantsági ügyek intézésének orvos és nem orvos résztvevői között. Ennek alapfeltétele, hogy minden szereplő számára érthető, közös nyelvet alakítsunk ki. Az orvosoknak ismerniük kell a nem orvosi, jogi, munkaügyi, szociális terminológiát, s ami a legfontosabb: képesnek kell lenniük az orvostudomány nyelvén interpretálni a társadalom által felvetett különböző kérdésekre adott válaszokat.

Nem kevésbé fontos, hogy az orvosszakértők a többi résztvevő számára is *érthető módon* fejtsék ki az igénylők állapotára, s főként hasznosítható képességeikre, társadalmi integrációjuk irányára, tennivalóira vonatkozó megállapításaikat. A károsodások kritériumait, a rehabilitáció lehetséges irányait a nem orvos résztvevők számára is világosan, a kapcsolódó területeken alkalmazható módon kell kifejtetni. Kerülni kell a speciális szakmai kifejezéseket, az orvosszakértői véleménynek – lehetőség szerint – nemcsak az orvosok, hanem minden résztvevő számára érthető nyelven kell megfogalmazódnia. A diagnosztikai vizsgálatok eredményei természetesen a speciális orvosi terminológiával megfogalmazva érkeznek, az orvosszakértőnek azonban ki kell válasz-

tania az információk közül azokat, amelyeket megfelelő megfogalmazásban érdemesnek tart közölni az egyéb résztvevőkkel.

Kompetenzazavarok

Sajátos szerepe miatt az orvosszakértőt *frusztráció* érheti. Ez különösen gyakran fordul elő a gyógyítóellátásban hosszú ideje dolgozó, s az orvosszakértői munkába kerülő orvosokkal. A gyógyító orvos a betegtől és a kivizsgálást végző szolgáltatótól összegyűjti az információt, és maga dönt a beteg gyógykezeléséről. Az orvosszakértő azonban csak döntést előkészítő, megalapozó szereplője egy folyamatnak, s a döntést a hatóság, közigazgatási szakemberek hozzák meg. A *kompetenzazavarok* az eljárási rendek szabályozatlanságai, következetlenségei csak fokozzák. A jövőben olyan eljárási szabályok kialakítására kell törekedni, melyek alkalmazása során az orvos és a nem orvos résztvevők egyaránt megőrizhetik szakmai önállóságukat, identitásukat, s érvényesíthetik kompetenciájukat.

Az orvosszakértői véleményezés korlátai

Számos olyan kérdés merülhet fel a kérdéskörhöz kapcsolódóan, melyre az orvostudomány jelenlegi állása mellett nem adható hiteles válasz. A nem orvos résztvevőknek tehát ismerniük kell az orvostudomány korlátait általában, s a hazai gyakorlat által biztosított lehetőségekhez viszonyítva egyaránt. Az orvosi információkat alkalmazó szakembereknek tudniuk kell, hogy az orvosszakértők milyen feltételek között, az objektivitás milyen fokára alapozva alkották meg véleményüket. A kommunikáció fontos feltétele tehát egymás igényeinek, lehetőségeinek, korlátainak ismerete. *A résztvevők közötti hatékony és eredményes kommunikáció* kialakítása e könyv egyik legfontosabb célja.

Az orvosok és a biztosítók érdekeinek ütközése az orvosszakértői tevékenység ellátása során

Az orvosok és a biztosítók érdekei különbözhetnek az orvosszakértői tevékenység során. Az egyik oldalon az orvos (a szakértői tevékenységet végző orvos is) abban érdekelt, hogy minél több vizsgálatot végezzen, minél több és újabb diagnosztikai és terápiás módszert alkalmazzon, melyekkel újabb és újabb, az eddiginél több károsodást, fogyatékoságot tár fel. A másik oldalon az orvosszakértőnek mint a biztosító szakemberének (azonosulva intézménye céljaival) az az érdeke, hogy a feltárt esetek halmazából kiszűrje azokat, amelyekben a társadalmi részvétel korlátozottsága ténylegesen olyan fokú, hogy jelentősen veszélyezteti az egyén egzisztenciális lehetőségeit, így az anyagi kompenzációra szorul.

E kettősség miatt az *orvosszakértői minősítés az egyéb orvosi tevékenységektől lényegileg tér el*: alkalmazza ugyan az orvostudomány legújabb eredményeit, eszközeit, célja azonban a betegségek következtében kialakuló károsodások kimutatása, azok értékelése, kedvező irányú befolyásolása, a megmaradt képességek feltárása, hasznosításuk ösztönzése, a társadalmi részvétel, a foglalkoztatás megtartása, helyreállítása, a biztosított jövedelemszerző tevékenységének megőrzése – mindez a biztosítási pénzforrások védelme érdekében is. *Az Irányelvek* ehhez a sajátos eszköz- és célrendszerrel bíró tevékenységhez kíván útmutatást, segédletet adni. Könyvünket egyúttal az egészségbiztosítási szakorvosok képzését szolgáló tananyag egyik legfontosabb eleméül szánjuk.

Az orvosszakértői munka presztízse

Az orvosszakértői tevékenység problémái nemcsak Magyarországon jelentkeznek; nem véletlenül nevezte *Stephen L. Demeter* az egyesült álla-

mokbeli „Irányelvek” szerzője az orvosszakértői munkát az orvosi szakma „szegény mostoha-gyermeke”-nek. Sajnos Magyarországon is alacsony az orvosszakértői munka presztízse.

A helyzet megváltoztatása érdekében minde- nek előtt meg kell fogalmazni e tevékenység je- lentőségét: a *pénzügyi források védelme* mellett hangsúlyozni kell a *humanitárius szempontokat* is; az orvosszakértői munka arra nyújt lehetőséget, hogy a rászorultak megkapják az egészségi álla- potuknak megfelelő rehabilitációs és kompenzá- ciós ellátásokat.

Az orvosszakértő a véleményével olyan *hatósági döntést* alapoz meg, melyhez az egészségi állapo- ton kívül számos egyéb, személyes és több kon- textuális tényező ismeretére, mérlegelésére van szükség. Minél inkább túllép pedig az orvos- szakértő a hagyományos klinikai szemléletmó- don, minél inkább képes a *személy-környezet köl- csönhatásban* vizsgálni az igénylőt, annál nagyobb jelentősége lesz az orvosszakértői vizsgálatnak a különböző egészségi alapon nyújtott, biztosítot- ti jogosultságok, jogosítványok megállapításá- ban.

A rehabilitációs jellegű ellátások részaránya- nak növekedése a szolgáltatások között szintén az orvosszakértő szerepének növekedését vonja maga után. A fogyatékoságok, a munkaképes- ség elbírálása során az elveszett, a hiányzó képes- ségek mellett egyre inkább sort kell keríteni a megmaradt, a fejleszhető képességek értékelésé- re, s azok *rehabilitáció* útján történő hasznosításá- ra. Az orvosszakértői vizsgálatnak értékelni kell a rehabilitáció megvalósulását, eredményességét. Az ismételt vizsgálatoknak, a felülvizsgálatoknak többek között ez az egyik alapvető célja.

Az orvosszakértői tevékenység szakmai alap- jaként, a közeljövőben induló egészségbiztosítá- si szakértői szakorvosképzéssel együtt ez a könyv is hozzájárulhat ahhoz, hogy az orvosszakértés elfoglalhassa méltó helyét az orvosi szakterületek között.

Kérdéscsomagok, protokollok

A kommunikáció elősegítése érdekében az egyes jogszabályok (rokkantsági nyugdíj, rehabi- litációs támogatási rendszer, fogyatékosági tá- mogatás stb.) alkalmazásához kötődően speciális kérdéscsomagokat tartalmazó kérdőíveket (pro- tokollokat) kell kialakítani, melyek egyúttal irányt szabnak a válaszadásnak, és megszabják annak mélységét is.

A munkaképesség minősítésének korábbi szabályairól

Az első átfogó hazai leírást *Csépai Károly* egyete- mi magántanár, az OTI igazgatója adta a mun- kaképesség minősítésének szabályairól „*Az or- vosszakértői véleményadás irányelvei*” c., 1937-ben megjelent könyvében. *Csépai Károly* – aki a ha- zai társadalombiztosítási orvosszakértői szakma kiemelkedő alakjának, egyik megteremtőjének tekinthető – kulcsfontosságúnak ítélte az orvos munkáját a társadalombiztosítás működésében:

„Az egész társadalombiztosítás az orvosszakér- tői tudományra épül fel. Ha az orvosszakértők megfelelően teljesítik feladatukat, a társadalom- biztosítás elérheti nemes célját, ha ellenben műkö- désük nem megfelelő, úgy ez alapján rendíti meg az egész szervezetet, mert megrendíti a rend- szer igazságosságába vetett hitet, és a szociális ki- egyenlítődés és megbecsülés helyett a társadalmi ellentétek fokozását idézi elő”

– írta, s aláhúzta: ahhoz, hogy az orvosszakértő meg tudja oldani nehéz feladatát, *jelleme és kép- zettsége* el kell hogy érje a megfelelő mértéket.

Az orvosszakértő *függetlensége, pártatlansága, feddhetetlen jelleme és jó képzettsége* ma is feltétele hasznos tevékenységének – ez *Csépai Károly* életművének ma is érvényes útmutatása.

A funkcionális és a rehabilitációs prioritásokra épül Kovács János egyetemi magántanár „A keresőképesség-csökkenés százalékos értékelése a baleseti kötelező biztosításban” c. munkája (1942).

„Igen fontosnak tartjuk a funkcionális (működető) kezelés alapelveit is, melynek eredményessége azonban nem egyedül a sérülés súlyosságától és a gyógyulás alatt jelentkező szövődeményektől, hanem több más mellékkörülménytől, így elsősorban a sérült gyógyulási vágyától, a gyógykezeléssel kapcsolatos kisebb kellemetlenségekkel szemben tanúsított érzékenységtől is függ. A funkcionális kezelés alatt általában a sérült gyógykezelésének olyan irányítását értjük, melynek következményeképpen a gyógykezelés befejezte után a testrészek, végtagok, ízületek és a fizikai munkában szerepet vivő szövetek (izmok, szalagrendszer stb.) működése a körülményeknek megfelelően a legnagyobb mértékben helyreáll”

Fontosnak tarja a gyors gyógyulást, illetve a korai rehabilitációt,

„nehogy ... a végtagok működésében szereplő szövetek elsorvadjanak, az ízületek mozgásának normális foka beszűküljön, a sérült a munkától elszakjon, és beleélje magát abba, hogy beteg, rokkant, s nem kell már többé dolgoznia.”

Nem elsősorban az anatómiai viszonyok helyreállítására, hanem a funkció helyreállítására kell törekedni. Ezzel szemben az egészségkárosodott személyek indokolatlanul hosszú ideig részesülnek a beteg passzivitását fenntartó kezelésben.

Szorgalmazza, hogy részleges anatómiai vagy funkcionális gyógyulás esetén is valamely járadék folyósítása mellett az egészségkárosodott személyt munkába állítsuk. Ezzel tulajdonképpen a rehabilitációs jellegű táppénz, a rehabilitációs járadékellátás, az átképzési támogatás irányába mutat utat – ezen intézmények kialakítása jelenleg is megoldást jelenthetne a foglalkoztatási rehabilitáció eredményesebbé tételében. A megoldás lényege: a keresőtevékenység mellett nyújt járadékellátást. Jól jár az egészségkárosodott, jól jár a munkáltató, mert visszakapja a munkában járatos, tapasztalt munkavállalóját. Jól jár a társadalom, mivel lényegesen lerövidül a

tartós munkaképesség-változás időtartama, s csökken a kizárólag passzív ellátásban részesülők száma. A jelenlegi, a keresetkorlátozásra épülő rokkantsági ellátórendszernek korszerűsítése során érdemes visszanyúlni ehhez a megoldáshoz.

A mai korszerű felfogásnak megfelelően fogalmazza meg Kovács János az egészségügyi ellátás, az orvosi és a foglalkoztatási rehabilitáció összehangolásának szükségességét:

„A munkaterápia elvégzésére szükség van erre a célra külön berendezett olyan műhelyre, mely minden szakmának megfelelő számmal fel van szerelve. Ebben a műhelyben a baleseti sérültek az utókezelés egész tartama alatt orvosi ellenőrzés mellett naponta több órát dolgozhatnak. ... Még ideálisabb volna ... lehetősége annak, hogy a baleseti sérülteket más foglalkozási ágakra is lehessen átképezni.”

Ezek a megoldások jelenleg kiválóan működnek a fejlett szociális, egészségügyi és munkaügyi ellátórendszerekkel rendelkező országokban (Németország, Svédország, Franciaország stb.).

A rehabilitáció pszichológiai elemeinek fontosságára utal a könyv, amikor arról ír, hogy milyen káros következményei vannak, ha

„a kezelőorvos indokolatlanul tesz olyan kijelentést, melyből a sérült arra következtethet, hogy állapota olyan súlyos, hogy a gyógykezelés után többé munkát nem végezhet.”

A beteg ennek eredményeképpen elveszíti akaraterejét, munkakedvét, önbizalmát, és

„még a legjobb munkás sem hajlandó többé dolgozni.”

A II. világháború előtti időszakban megjelent, a munkaképesség véleményezésével kapcsolatos munkák is azt mutatják, hogy a hazai társadalombiztosítás fejlettsége, a társadalombiztosításban dolgozó orvosok szemlélete, felkészültsége az akkori világ élvonalába tartozott. A bennük megfogalmazott elvek ma is korszerűek. A jelenlegi élenjáró nemzetközi gyakorlat mellett

ezek az elvek, tapasztalatok ma is a korszerű hazai orvosszakértői tudomány és tevékenység pillérei lehetnek.

A későbbiekben a munkaképesség véleményezéséről *Rózsahegyi István* az általa szerkesztett „*A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei*” c. kézikönyvben (1960) a jelenlegi felfogásnak is megfelelő elveket fogalmazott meg:

- az orvosnak nem csupán a beteget kell gyógyítani, hanem segítenie kell annak az eldöntésében, hogy eredeti munkakörében dolgozhat-e anélkül, hogy a munkavégzés egészségének károsodását okozná;
- az orvosnak ismernie kell a beteg munkakörének feladatait és a munkavégzés körülményeit ahhoz, hogy megítélhesse, a véleményezett egyén teljesítőképessége megfelel-e a munkakör támasztotta követelményeknek;
- a munkaképesség orvosi elbírálása során figyelemmel kell lenni az adott munkában fennálló foglalkozási tényezőkre, vagyis a szakmai munkaképességet kell véleményezni;
- a munkaalkalmasságot nem általában, hanem csak konkrét módon, egy adott munkavállaló meghatározott munkaviszonylatában lehet megítélni. Ezért szükséges, hogy a munkaalkalmasságot elbíráló orvos ismerje a munkahelyeket és a munka követelményeit;
- a munkaképesség elbírálásának alapja a foglalkoztatás lehetőségeinek az igénylő egészségi állapota szerinti megítélése;
- a rokkantság nem kizárólag orvosi, hanem egyszersmind szociális meghatározottságú fogalom is;
- a rokkant munkába állítása nemcsak az elvesztett funkcióktól függ, hanem főképp attól, hogy a hiányzó funkciókat milyen módon és milyen fokban képes a károsodott személy kompenzálni;
- nem az a meghatározó, hogy a károsult mit veszített el, hanem az, hogy mi maradt meg: nem a szerv károsodása, hanem a ká-

rosodás után megmaradt teljesítőképesség a döntő;

- csupán a betegség fennállása miatt nem nyilvánítható az olyan személy rokkantnak, aki saját foglalkozásában munkaképes;
- a munkaképességnek kizárólag biológiai szempontok szerinti elbírálása, amely a munkatényezőket nem veszi figyelembe, a megállapított járadékot a betegségért járó „fájdalomdíj”, fizetéskiegészítéssé változtatja.

Hasonló szellemben fogalmazódott az 1972-ben megjelent, *Irás Jenő* által szerkesztett „*Szemelvények a munkaképesség-csökkenés elbírálásához*” c. munka. A szerző leírja az orvosszakértői vizsgálatok módszertanát, az anamnézisyűjtéstől kezdve a kiegészítő vizsgálatok értékeléséig. Aláhúzza az objektivitás fontosságát:

„... a szakvéleménynek olyannak kell lennie, mint egy rendkívül élesen rajzoló objektívvel végzett fényképnek”.

Fontosnak tartja a megmaradt funkciók meghatározását, melyek

„nemcsak az egyén, de az egész társadalom szempontjából ... döntő fontosságúak. Ez képezi az alapját az intézményes rehabilitációnak”.

A szakvélemény kialakítása során nagy jelentőséget tulajdonít a kommunikációnak, az egyértelmű fogalmazásnak:

„A szakvélemények stílusának meghatározásánál tekintetbe kell vennünk, hogy ezek nem kizárólag egészségügyi szakemberek részére íródnak, hanem – legnagyobb részt – laikusok, ügyviteli szervek használják fel rokkantsági nyugdíj, baleseti járadék stb. eljárások alapdokumentumául. Fentiekből értelemszerűen következik, hogy a szakvéleményből következtetett diagnózis, valamint az azt követő vélemény közérthető nyelven, egyszerű és világosan érthető mondatokból legyen meg szerkesztve.

A vizsgálandó személy szociális beágyazottságára hívja fel a figyelmet, s ugyanakkor mély

humanitásról tesz tanulságot, amikor arra szólít fel:

„ne csak a 'beteg' lássuk és vizsgáljuk, hanem a betegen keresztül vegyük észre az embert is, az ő összes adottságával együtt.”

A munkaképesség véleményezése a gyakorlatban azonban nem a fenti, ma is korszerűnek mondható elvek szerint valósul meg. A munkaképesség elbírálása során ma sem veszik figyelembe a véleményezettek munkájának követelményeit, körülményeit, s a minősítés a betegségekre, a tünetekre alapozva, az elveszett képességek kimutatására épül.

Ezt a szemléletet fogalmazták meg az 1989-ben kiadott, a „*Munkaképesség orvosszakértői vizsgálata, értékelése és véleményezése*” c. irányelvek:

„A teljes munkaképtelenség azt jelenti, hogy az ilyen rokkant szokásos munkafeltételek közt (rendszeresen, teljes munkaidőben, az átlagos munkakörülmények mellett, az átlagnak megfelelő teljesítménnyel) egészségének romlása nélkül semmilyen munkát nem képes végezni, ill. munkát vállalni. ...az orvosszakértő akkor állapítja meg a III. csoportú rokkantságot, ha a beteg munkaké-

pességét egészségromlása, ill. testi vagy szellemi fogyatkozása oly mértékben korlátozza, hogy emiatt általánosan a szokásos munkafeltételek közt az átlagnak megfelelő teljesítménnyel egészségének romlása nélkül tartósan nem képes munkát végezni, ill. vállalni.”

A munkaképesség megállapítása tehát az átlagos, általános – tehát lényegében meghatározhatatlan – munkafeltételeknek megfelelően történik.

Ezzel szemben a „*Szakmai irányelvek a keresőképtelenség orvosi elbírálásához*” c. útmutató (1989) felhívja a figyelmet, hogy a keresőképtelenség eldöntésekor azt a foglalkozást kell figyelembe venni, amelyet a dolgozó akkor folytatott, amikor megbetegedett. Azt a követelményt pedig, hogy

„nemcsak a beteg állapotát kell az orvosnak ismernie..., hanem a beteg munkakörének az egészségre ható tényezőit is”,

a keresőképtelenség házi orvos általi elbírálása csak korlátozottan tudja érvényesíteni, mivel a házi orvosoknak csak egy része rendelkezik alapos ismeretekkel a foglalkozások széles körének követelményeiről.