

Falvai Rita – Takács Bernadett

ÚJ FEJEZET A LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK SZÁMÁRA

Az Elemi Rehabilitációs Módszertani Központ tevékenysége

Magyarországon a látássérült személyek számára nyújtott elemi rehabilitációs szolgáltatás biztosítása több mint 40 éves múltra tekint vissza. Az elemi rehabilitáció az önállóság visszaállításához szükséges alapvető készségek megtanítását jelenti, melynek gyakorlata az idők folyamán sok változáson ment keresztül. Egyrészt a bentlakásos tanfolyami rendszertől kezdve a látássérült személyek otthonában zajló tanításon át egészen az ambuláns szolgáltatásig bővült, másrészt a szolgáltatást igénybe vevők igényeinek és szükségleteinek megfelelően a szolgáltatási paletta is fokozatosan gazdagodott. Az elemi rehabilitációs szolgáltatások működését meghatározó, 2020-ban hatályba lépett kormányrendelet megszüntette a korábbi támogatási kiszolgáltatottságot, és egyúttal a szolgáltatásokat segítő, munkájukat szakmailag összehangoló módszertani központ létrehozását is lehetővé tette. A pályázati rendszert igénybe vevő, egyre nagyobb számú civil szolgáltató által biztosított elemi rehabilitáció a látássérült személyek számára lehetőséget nyújt az önálló és minél teljesebb életre.

2021. január 1-én a Nemzeti Szociálpolitikai Intézet keretein belül megalakult az elemi rehabilitációs szolgáltatásokat támogató módszertani központ, melyet a látássérült személyek számára biztosított elemi rehabilitációs szolgáltatásról szóló 490/2020. (XI. 11.) Kormányrendelet is rögzít. Óriási mérföldkőnek tekinthető ez a lépés, hiszen egyrészt a korábbi, évenkénti finanszírozási bizonytalanságot szüntette meg, másrészt a szolgáltatások szervezésének, működésük összehangolásának, személyi, tárgyi feltételeinek, a pályázatmenetnek és a szakmai felügyeletet ellátó módszertani központ működésének jogszabályban történő szabályozása valósulhatott meg.

Jelen cikkünkben áttekintjük a látássérült emberekhez, az elemi rehabilitációhoz kapcsolódó ismereteket, az elemi rehabilitációs szolgáltatás rövid történetét, a szolgáltatás új alapjainak kialakulását, és végül vázoljuk az Elemi Rehabilitációs Módszertani Központ (továbbiakban ERMK) megalakulását, céljait és feladatait.

Látássérült emberek

A Központi Statisztikai Hivatal által készített 2011. évi népszámlálás adatai alapján megközelítőleg 456 000 fogyatékos ember élt Magyarországon, ez a népesség 4,5%-a. Népszámláláskor a fogyatékossgal élők 18,7 százaléka, 85 764 fő látássérült ember volt hazánkban, akiknek 86%-a gyengénlátó vagy aliglátó, 10%-a vak, 4%-a pedig siketvak volt. A látássérült populáció 59,8%-a (51 277 fő) nő és 40,2%-a (34 469 fő) férfi.

Az életkori eloszlás tekintetében a 0–19 év közöttiek aránya 5,4%, a 20–59 év közöttieké 35,5%, a 60 év felettieké pedig

59,1%. 2011-ben a 15–59 éves korcsoportot nézve 32 389 ember élt látássérüléssel, a 60 év felettiek száma pedig 50 642 fő volt.

A látássérült személyekről szóló néhány kutatás és a népszámlálási adatok alapján a következők állapíthatók meg: a teljes lakossághoz képest átlagosan alacsonyabb az iskolai végzettségük, idősebb korúak, foglalkoztatottságuk jelentősen alacsonyabb, körükben magasabb a munkanélküliség, valamint magas köztük az inaktív aránya, és megélhetésükben nagy szerepe van a rendszeres pénzbeni ellátásoknak (Gergely – Török, 2015).

A munkaerőpiacról való kirekesztődés részben közvetlenül következik a látássérülésből vagy a megváltozott egészségi állapotból, részben pedig a látássérült fogyatékossgai csoport egyéb jellemzőiből: az alacsony iskolai végzettségű, kistelepülésen élő, idősebb népesség munkaerő-piaci részvétele fogyatékossgától függetlenül is alacsony. Az ugyanilyen mértékben fogyatékos vagy megváltozott munkaképességű munkavállalókat az európai uniós munkaerőpiac, átlagát tekintve, az itthoninál sokkal nagyobb arányban képes felvenni: 2011-es adatok szerint a fogyatékossgal élő munkaképes korúaknak (15–64) 47,3%-át, míg Magyarországon ez az arány ennek alig több mint a fele, 27,3% (Gergely – Török, 2015).

A látássérülés definíciójának változásai

A látássérülés meghatározása az elmúlt évtizedekben jelentős szemléletbeli változáson esett át. A WHO definíciója (1992) szerint „látássérültnek tekinthető az a személy, akinek jobbik szemén maximális korrekcióval mérhető látásélessége 30% (V:0,3) vagy ennél kevesebb, illetve látótérszűkülete nem több 20 foknál” (Kovács, 2000, 463).

A fenti medikális megközelítés maig tetten érhető a hatályban lévő, a súlyos fogyatékossg minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékossgai támogatás folyósításának szabályairól szóló 141/2000. (VIII. 9.) Kormányrendelet 1. számú mellékletében:

„Látási fogyatékosnak azt a személyt kell tekinteni,

- a) akinek látóélessége megfelelő korrekcióval
 - aa) mindkét szemén 5/70,
 - ab) az egyik szemén 5/50, a másik szemén három méterről olvas ujjakat,
 - ac) az egyik szemén 5/40, a másik szemén fényérzékelés nincs, vagy a másik szeme hiányzik; rövidlátás esetén - a fenti látóélesség értékeitől függetlenül - csak az jogosult a fogyatékossgai támogatásra, akinek közeli látóélessége Csapody V., vagy annál rosszabb, vagy

- b) akinek látótere mindkét oldalon körkörösén húsz foknál szűkebb.”

Az 1998. évi XXVI. törvényben, mely a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (továbbiakban Fot.) szól, a 2021. január 1-ével hatályba lépett elemi rehabilitációs szolgáltatásról szóló passzusok már beemelik a kontrasztérzékelést és a kortikális látássérülést is a meghatározásba:

„(3) Az (1) bekezdés alkalmazása során látássérült az a személy, akinek a szem, illetve a központi idegrendszer látási funkcióit érintő betegsége vagy veleszületett fejlődési rendellenessége miatt

- a) a jobbik szemén maximális korrekcióval mért látásélessége (vízusa¹) 20/60 (0,33) vagy az alatti,
- b) a látótér 20 fok vagy az alatti, vagy
- c) kontrasztérzékelése súlyos fokban korlátozott, ideértve a kortikális látássérülést is, amely esetén a látótérben szektor-szerű kiesés van, illetve a vizuális információ feldolgozási folyamatainak sérülése miatt észlelési, felismerési zavar jelentkezik.”

Mindkét hatályos jogszabályról elmondható, hogy medikális megközelítésű, még akkor is, ha a Fot. a korábbiakhoz képest árnyalta a látássérülés definícióját.

A látássérült embereket három csoportba oszthatjuk a meglévő látásuk szerint: vak, aliglátó és gyengénlátó személyekre. Vak személyeknek nincs fényérzékelésük, tehát nem rendelkeznek semmilyen látásmaradvánnyal, vízusuk 0. Az aliglátó emberek érzékelik a fényt és foltokat, esetleg nagyobb tárgyakat látnak, viszont esetükben a vízus nem éri el a 0,1 értéket. A gyengénlátó személyeknek a vízusa pedig 0,1 és 0,3 között van.

A látási funkció vízus értéken alapuló megítélése ma már nem igazán mérvadó, ezért szakmailag ez a felosztás sok tekintetben problémás. Mivel azonban maguk a látássérült emberek is sok esetben használják ezeket az elnevezéseket, ezért mindenképp célszerű pontosan ismerni ezeket a kategóriákat (Dávid és mtsai, 2008).

A medikális megközelítéssel szemben a funkcionális szemlélet a látássérült személyek tényleges, mindennapi életében megjelenő problémáit tekinti a látássérülés kritériumának,

vagyis azt is figyelembe kell venni, hogy az érintett személy sérülése okoz-e problémát a mindennapokban, vagy sem.

„Funkcionális megközelítésben az a személy számít látássérültnek, aki szembetegség vagy a központi idegrendszer látásfunkciókat érintő betegsége miatt akadályozott az alábbi területek bármelyikén:

- Közlekedés-tájékozódás
- Mindennapi élet (önellátás, házimunka, ügyintézés, stb.)
- Információ és kommunikáció (számítógép, írás-olvasás, stb.)
- Pszicho-szociális működés (látássérülésből fakadó krízis, kapcsolatteremtési nehézségek, izoláció, szociális kompetenciában való hiányosságok, stb.)
- Tanulmányok végzése
- Pályaválasztás, munkavállalás
- Látás használata és/vagy látásjavító eszközök használata”²

A látássérülés leggyakoribb okai Magyarországon

Németh János professzor és munkatársai 1996 és 2000 között térképezték fel hazánkban a látássérülést kiváltó szembetegségeket. A vizsgálat négy megyére terjedt ki: Tolna, Győr-Moson-Sopron, Csongrád és Heves megye. A vizsgálat alapján (Németh, 2005) a fő vaksági okok Magyarországon a következők:

1. időskori macula degeneratio³: 22,7 %
2. diabéteszes retinopathia⁴: 15,6 %
3. myopia⁵: 13,9 %
4. glaucoma⁶: 12,6%
5. cataracta⁷: 7%
6. atrophía nevi optici⁸: 6,4%

1 „A szem felbontóképességét, azaz hogy mennyire kicsi részleteket képes még egymástól megkülönböztetni adott távolságból, vízus értékkel szokás jellemezni. Jele: V. Ép látás esetén V=1” (Kreatív Formák Alapítvány, 2008).

2 <https://www.efportal.hu/egeszsegugy/fogyatekossagi-tipusok/> Letöltve: 2021. 05. 29.

3 A macula degeneratio az éleslátásért felelős sárgafolt sorvadásos megbetegedése. Nem okoz teljes vakságot, a periférikus látást nem befolyásolja (Pajor, 2010).

4 A diabéteszes retinopathia a cukorbetegség szövődményeképpen a retina ereit károsítja. Az eredmény torz látás, a látótér károsodása és a látásélesség csökkenése. Idővel teljes vaksághoz vezet (Pajor, 2010).

5 A myopia rövidlátást jelent. „A súlyos fokú rövidlátásnak komoly szövődményei is lehetnek, például leválhat a retina” (Pajor, 2010).

6 Glaucoma – zöldhályog: „Olyan betegségcsoport, melynél a retina kis véredényei megsérülnek az erős belső szemnyomás miatt” (Ponchillia, 2007). A perifériás látás fokozatosan csökken, ami teljes vaksághoz vezethet.

7 Cataracta: a szürkehályog a szemlencse leggyakoribb megbetegedése, amely elhomályosítja az egész látómezőt (Ponchillia, 2007).

8 Látóideg-sorvadás: az információt a szemből az agy felé továbbító látóideg sérülése (Pajor, 2010).

A felsorolt fő vaksági okok azt mutatják, hogy a leggyakoribb szembetegségek egyrészt az időskorhoz, másrészt a cukorbetegség szövődményeképpen kialakuló látásvesztéshez köthetők.



Forrás: Cylphoto/Stock

Elemi rehabilitáció

Az elemi rehabilitáció történetének rövid áttekintése

Az elemi rehabilitációs szolgáltatás kialakulását hosszú folyamat előzi meg. A felnőttkorban látássérültté vált emberek rehabilitációja az első világháború után vált jelentőssé, amikor a frontról nagy számban tértek vissza megvakult katonák. Az Egyesült Államokban született meg az első rehabilitációs törvény, ami akkor még csak a hadirokkantakra vonatkozott. Később még öt ilyen törvény született 1920–1960 között, amely már kiterjedt a civil személyekre is.

A második világháború után az Egyesült Államok veteránközpontjaiban és Anglia rehabilitációs intézményeiben kezdtek el kidolgozni a felnőttkorban látássérültté vált emberek rehabilitációjának elméletét.

Magyarországon elsőként dr. Göllész Viktor⁹ írt a felnőttkorban megvakultak elemi rehabilitációjáról 1979-ben. A cikkben megfogalmazta, hogy a felnőtt korokban megvakult emberek rehabilitációs igényei nagyban eltérnek a született látássérültek igényeitől, mely „sajátos feltételeket kíván” (Göllész, 1979, 19). Tanulmányában az akkori NDK-ban működő rehabilitációs intézmény modellje alapján mutatta be, hogy miként lehetne itthon mindezt megvalósítani.

A tanulmány hatására, 1980-ban a budapesti Vakok Állami Intézetében létrejött a Vakok Elemi Rehabilitációs Csoportja (továbbiakban VERCS), amely – négy évtizeden keresztül, 2020 novemberéig – jogi szabályozás nélkül működött.

A VERCS szolgáltatásformái az idők folyamán a látássérült emberek igényeire és szükségleteire adtak választ: a szolgálta-

tás először csak bentlakásos tanfolyami rendszerben zajlott, később az otthontanítás is megjelent. Egy 17 hetes képzési ciklusban egyidejűleg legfeljebb nyolc látássérült személy vehetett részt a tanfolyamokon, mely a következő tanítási formákat kínálta: tájékozódás-közlekedés tanítása hosszú fehér bot tréninggel, mindennapos tevékenységek tanítása, újratanítása, Braille-írás és -olvasás tanítása gépírásoktatással, életvitelt segítő eszközök használatának tanítása, szabadidős tevékenységek oktatása (Tolnayné Csattos, 2007).

Magyarországon több mint 23 évig az állami fenntartású VERCS volt az egyetlen elemi rehabilitációt szolgáló intézmény. A VERCS szakmai fejlődése – máig tisztázatlan okok miatt – megtorpant. Következésképpen a csoport munkatársainak közreműködésével 1992-ben megkezdte működését a Szempont Alapítvány, mely sokáig a VERCS tevékenységét egészítette ki a civil szféra eszközeivel. Az alapítvány 2003-ban függetlenedett a Vakok Állami Intézetétől, és kidolgozta az ambuláns szolgáltatás módszertanát, valamint kibővítette az elemi rehabilitációt a funkcionális látásvizsgálat és látásnevelés szolgáltatásával. Ezt követően egyre több civil szervezet jött létre: a fővárosi VGYKE¹⁰, az MVGYOSZ¹¹ győri csoportja, a hajdúdorogi „Fehérbot Alapítvány” stb. (Tolnayné Csattos, 2007).

Az elemi rehabilitáció meghatározása

Az elemi rehabilitáció elnevezéséről: „... azért elemi, mert a rehabilitációs folyamatnak csak azt a részét vállalja fel, amely az önállóság visszaállításához szükséges elemi-alapvető készségek megtanítását jelenti” (Prónay, 2002).

Az elemi rehabilitáció olyan technikák elsajátításában segít, melyek nélkül a látássérült emberek rehabilitációjának többi területe nem tud megvalósulni (Prónay, 2007). Kiterjed a tájékozódás és közlekedés, a mindennapos tevékenységek, tapintható írás és olvasás elsajátítására, valamint a korszerű informatikai ismeretek átadásával is foglalkozik. Mindemellett 2008 óta a funkcionális (használható) látással rendelkező személyek számára látásnevelést¹² biztosít.

A látástréning elsősorban a felnőttkorban látássérültté vált személyek szükségletei alapján alakult ki, de szükség esetén, a veleszületetten vagy fiatalon látássérültté vált személyek számára is segítséget nyújt (Tolnayné Csattos, 2007).

Kezdetben az elemi rehabilitáció kizárólag vak embereknek nyújtott segítséget. Ám, ahogyan korábban láttuk a népszámlálási adatokból (2011-ben a látássérült populáció 86%-a gyengénlátó vagy aliglátó volt), egyre növekedett a gyengénlátók száma, és ezzel párhuzamosan megjelent az igény a számukra nyújtott rehabilitációs szolgáltatásokra is.

A látássérülés kifejezés használatának elterjedése a bővített elemi rehabilitációs szolgáltatásokra is reflektál: ez a kategória mindenkit felölel, akinek valamiféle látássérülése van.

⁹ Dr. Göllész Viktor az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar jogelődjének volt tanszékvezető tanára, főigazgatója, a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének volt főtítkára.

¹⁰ Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete

¹¹ Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége

¹² A látásnevelés vagy „funkcionális látástréning célja, hogy a kliensek optimális körülmények között gyakorolhassák a látást, és segítségével hatékonyabban tudják a látottakat értelmezni, feldolgozni” (Tolnayné Csattos – Joszt, 2012, 413.) Ez speciális technikák, valamint speciális optikai segédeszközök megfelelő használatának megtanításával történik.

A mezsgye-helyzet kifejezést a gyengénlátók és az aliglátók identitásproblémájának kifejezésére szokták használni. Ők a vak és látó emberek között helyezkednek el, ezért gyakran érezhetik azt, hogy sehová sem tartoznak. Hiszen nem látók, de nem is vakok, így sokszor élük meg azt, hogy helyzetük nehezebb, mint a vak társaiké, annak ellenére, hogy látásmaradványuknak köszönhetően kevésbé szorulnak a környezetük segítségére. „Mégis gyakran fordul elő, hogy több a konfliktusuk a társadalomban, mivel az emberek nem tudják, hogy mire képesek és mire nem” (Dávid és mtsai, 2008, 22). Sokszor olyan elvárásokat támasztanak velük szemben, amihez megmaradt látásuk nem elegendő, máskor pedig karonfogva akarják vezetni őket, mintha semmit sem látnának.

Felnőtt korú látássérült személyek elemi rehabilitációja

Az elemi rehabilitáció területei:

- *Tájékozódás és közlekedés:* célja, hogy a látássérült ember megtanulja a közlekedés és tájékozódás technikáit belső és külső környezetben, jellemzően a hosszú fehér bot használatával.
- *Mindennapos tevékenységek:* célja, hogy a látássérült ember a mindennapokban előforduló háztartási és önellátási tevékenységeket elláthassa kompenzáló módszerek, technikák elsajátításával és adaptált eszközök alkalmazásával (beszélő mérleg, lázmérő és vérnyomásmérő, tapintható tűbefűző, gyógyszeradagoló, beszélő vagy Braille-óra stb.).
- *Tapintható írás-olvasás:* az egyén megtanulhatja a különböző tapintható írások (Braille, Moon) rendszerét, melyek többek között alkalmasak a hétköznapi tárgyak megjelölésére is.
- *Informatika:* a személy megtanulhatja a számítógépen való írást, valamint a különböző nagyító- és beszélőprogramok használatát, ami visszaadja a számítógép használatának örömeit.
- *Látástréning:* a látástréning célja, hogy a látássérült személyek optimális körülmények között gyakorolhassák a látást, és a tanult segítségével hatékonyabban tudják a látottakat értelmezni, feldolgozni. Ez speciális technikák, valamint speciális optikai segédeszközök megfelelő használatának megtanításával történik.

Az elemi rehabilitáció elsősorban a felnőttkorban látássérültté vált személyek szükségletei alapján alakult ki, de a veleszületetten vagy fiatalon látássérültté vált személyek számára is segítséget nyújt. Az elemi rehabilitáció történhet bentlakásos és bejáró rendszerben (ambuláns), valamint otthontanítás formájában.

Ami még kiegészíti az elemi rehabilitációt

A mai rehabilitációs paradigma a különféle szolgáltatásokat időben hézagmentes, fogaskerékszerűen egymásba illő, váltakozó súlypontú részfolyamatokként fogja fel, és igyekszik megvalósítani annak érdekében, hogy az éppen szükséges segítség késedelem nélkül, jól összehangoltan érkezzon

(Könczei, 2009). Ennek értelmében a különböző szakterületek között nincsen sorrend, mert mindegyik egyformán fontos, és az érintettek aktív közreműködésére épül annak érdekében, hogy a fogyatékos ember elégedett és lehetőleg teljes értékű tagja lehessen a társadalomnak (Falvai – Kovács, 2010).

A sikeres rehabilitáció értékeléssel, képességfelméréssel indul, nem különálló, egymástól elhatárolódó szakaszokból áll, hiszen az egyes szakaszok átfedést mutathatnak, és az eljárás során a súlypontok is váltakozhatnak. Olyan jól összehangolt és megtervezett tevékenységről van tehát szó, mely végzése során a szakemberek demokratikus együttműködése elengedhetetlen (Falvai – Kovács, 2010).

A fentiekre alapozva a szociális segítségnyújtás és a mentálhigiénés támogatás a minél hatékonyabb integráció érdekében kiegészíti az elemi rehabilitációs tevékenységet, hiszen a látásvesztés olyan komplex bio-pszicho-szociális történet, melyet az egész életre szóló testi, lelki, egzisztenciális veszteség élménye jellemez: a teljes személyiségre, az életvezetés minden területére kiható, hosszú távú következményekkel járó krízishelyzetről beszélhetünk (Csákvári, 2008).

A mentálhigiénés segítségnyújtás feladata a lelki egészség elősegítése és megőrzése, illetve azon ismeretek és intézkedések felhasználása, melyek arra irányulnak, hogy megelőzzék a lelki zavarokat, és javítsák a személy pszichológiai beilleszkedését a társadalomba, illetve képességeit a harmonikus szociális kapcsolatok kialakítására. A mentálhigiénés rehabilitáció segítségével a látássérült személy – nehézségek, zavarok, terhelések, sőt olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség közepette is – megtalálja helyét a társadalomban, és megfelelően tudja kezelni azokat a nehézségeket és változásokat, melyeknek ki van téve.

A szociális rehabilitáció a látássérült személy társadalmi reintegrációját jelenti. A szociális rehabilitációban megjelenő tevékenységek két irányba hatnak: egyrészt magára a látássérült személyre, másrészt pedig a közvetlen és a tágabb környezetre. Az egyén szempontjából a szociális rehabilitáció feladatai közé tartozik a sérülés típusától és az akadályozottság mértékétől függően a szociális kompetenciák, készségek, képességek erősítése, valamint a társadalmi pozíció javítása és szinten tartása. A szociális esetmunka arra törekszik, hogy a pozitív változás a látássérült személy aktivitására épüljön, miközben egyre jobban képessé válik megbirkózni problémáival. A végső cél a személy önállóságának, megfelelő működésének és körülményeinek helyreállítása.

Az NSZI elemi rehabilitációs szolgáltatásfejlesztésének előzményei

2007-ben a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány (továbbiakban FSZK) még pályázatóként támogatta a civil fenntartású elemi rehabilitációs központok kialakulását a TÁMOP 5.4.7-08/2009 projekt idejéig, így lehetősége volt arra, hogy aktívan részt vegyen a központok kialakításában. 2010-ben, a TÁMOP projekt lezárta után ugyancsak az FSZK bonyolította le az EMMI felkérésére az első és második LSER kódjelű pályázatot, amely a civil elemi rehabilitációs szolgáltatók munkáját támogatta.

2012 és 2016 között az EMMI megbízásából a Vakok Állami Intézete végezte az *Elemi rehabilitációs szolgáltatások biztosítása látássérült személyek számára* című pályázati program

lebonyolítását. Ugyancsak ebben az időszakban az Intézet TÁMOP-5.4.7-12/1 kódszámú, *Látássérült személyek elemi rehabilitációs szolgáltatásainak továbbfejlesztése a Vakok Állami Intézetében* elnevezésű projektje keretében megalakult Országos Módszertani Központ támogatta az elemi rehabilitációs szolgáltatásokat. Kialakításának célja volt, hogy segítse a különböző szervezetek által működtetett elemi rehabilitációs szolgáltatások egységessé válását, a szervezetek együttműködését, az elemi rehabilitáció módszertani fejlesztését, a szolgáltatásban és a látássérült emberek ellátásában érintett szakemberek továbbképzését, szakmai fejlődését és a különböző célcsoportok tájékozódását. Az előzőekben felsoroltak lehetővé tették, hogy a módszertani támogatás az LSER pályázat sikeres megvalósulásához hozzájárulhasson. A TÁMOP projekt részeként, az elemi rehabilitációs szolgáltatáshoz való hozzáférés javítása érdekében az Intézet a fővárosi székhelyén túlmenően további 12 megyében elemi rehabilitációs szolgáltatást hozott létre, mára a megyei szolgáltatás is a pályázati úton történő rendszerbe csatlakozott bele az Intézet alapítványán keresztül (Fény a Sötétben Alapítvány).

2017-től kezdődően az EMMI ismét az FSZK-t, majd a Nemzeti Fogyatékosügyei és Szociálpolitikai Központot (továbbiakban NFSZK) kérte fel, hogy évente bonyolítsa le az LSER pályázati konstrukciót. Ez utóbbi támogatás illeszkedett a már készülő jogszabályi keretekhez és a szolgáltatói igényekhez. A pályázatban abban is segített, hogy az NFSZK ráláthatott a szolgáltatók működésére, a megvalósítás során felmerülő problémákra, és így folyamatos párbeszédet folytathatott a szolgáltatókkal a minél sikeresebb megoldás érdekében.

A szociális területen is változások mennek végbe: az intézményi férőhely kiváltási folyamatnak köszönhetően a fogyatékos személyek igénye, szükséglete is megjelenik, ezért a kiváltási folyamatot támogató szolgáltatókat, valamint minden, az önálló életvitelt elősegítő szolgáltatót – így az elemi rehabilitációs központokat is – támogatni, erősíteni kell.

Ebben az időszakban az elemi rehabilitációs szolgáltatás területén három fő problémát is azonosítani lehetett: nincs jogszabályi keret, amely a szolgáltatás alapját képezheti, a szolgáltatás alulfinanszírozott és szakemberhiánnyal küzd.

Új alapok az elemi rehabilitációs szolgáltatásban és módszertani támogatásban

2021. január 1-jétől megalakult a Nemzeti Szociálpolitikai Intézet (továbbiakban NSZI), melynek feladatait a 610/2020. (XII. 18.) Korm. rendelet rögzíti. Ennek alapján az új intézmény feladatai röviden a következők: a fogyatékos emberek jogaihoz, esélyegyenlőségük biztosításához kapcsolódó szakmai és információs tevékenységek biztosítása, megváltozott munkaképességű személyekkel kapcsolatos feladatok ellátása, továbbá a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatókkal, intézményekkel és hálózatokkal kapcsolatos módszertani feladatok elvégzése, valamint a szociális ágazat képzési, koordinációs és vizsgaközpontjának működtetése.

Az elemi rehabilitációs szolgáltatással összefüggő módszertani feladatokat az NSZI Pályázati Igazgatóságán belül megalakult Elemi Rehabilitációs Módszertani Központ (továbbiakban ERMK) látja el, melynek működését a már régóta várt 490/2020. (XI. 11.) Korm. rendelet a látássérült személyek számára biztosított elemi rehabilitációs szolgáltatásról című

jogszabály tartalmazza. (A *fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról* szóló 1998. évi XXVI. törvény 21/A., 21/B. §-a is meghatározza és szabályozza a látássérült személyek számára biztosított elemi rehabilitációs szolgáltatást.)

A látássérült személyek ellátása új nézőponttal bővült, mely kliensközpontú szolgáltatást, egységes szolgáltatási rendszert, hosszú távú működést, folytonosságot, szakmai fejlődést, infrastrukturális fejlesztést, állami vagy civil működés helyett – közös feltételekkel – egy rendszert biztosít.

Az új pályázati rendszerben a fenntartó három évre nyer jogosultságot évenkénti finanszírozással térítésmentes elemi rehabilitációs szolgáltatás nyújtására, amennyiben a szakmai feltételek teljesülnek, területegyezőség esetén a szakmai minőség a döntő. Régiós ellátás biztosítása a cél, egy-egy régiós központtal és megyei szolgáltatópontokkal.

A régiós központok heti negyven órás munkaidőben kötelesek foglalkoztatni egy-egy fő szakmai vezetőt, klienskoordinátort és két fő szolgáltatást nyújtó szakembert. A szolgáltatópontokban a fenntartó köteles legalább két fő szolgáltatást nyújtó szakembert biztosítani, ezenfelül szociális munkást és pszichológust alkalmazni.

A fentiek alapján az egyes szolgáltatások interdiszciplináris teamje a rehabilitációs munkában aktívan részt vevő, következő tagokból áll:

- szakmai vezető,
- klienskoordinátor,
- modulok szerinti szolgáltató szakember a következők közül: elemi rehabilitációs szakember, tiflopedagógus és/vagy az NSZI által indított, elemi rehabilitációs szolgáltatáshoz kapcsolódó, moduláris képzésen részt vett szakember,
- informatikatanár,
- szociális munkás,
- pszichológus.

Az ERMK céljai és feladatai

Az ERMK alapvető céljai a hazai elemi rehabilitációs szolgáltatás biztosítása érdekében:

- az egyes ellátási területeken működő állami és civil elemi rehabilitációs szolgáltatók munkájának összehangolása, hálózatba szervezése, egységes, magas szakmai színvonal biztosítása;
- folyamatos, kölcsönös párbeszéd folytatása az illetékes szakértővel, és az elemi rehabilitációs szolgáltatás komplex rendszerbe való beillesztésének elősegítése;
- a szakmai folyamatok változásaira való reagálás, a szakemberek továbbképzésének megszervezése, a szakmai munka, módszertan folyamatos megújításának elősegítése és minőségbiztosítási eljárások kidolgozása.

Az ERMK *feladatai* az alábbiak:

1. Módszertani felügyelet, szakmai kontroll

Az ERMK kiemelt feladata a jogszabályok szerinti előírások betartatása a szolgáltatókkal, az ezt támogató irányelvek, standardok készítése, illetve a megfelelő színvonalú szakmai munka, valamint a személyi és tárgyi feltételek ellenőrzése. Az egységes módszertan kialakítása az egyes szolgáltatások ellenőrzését és összevetését is elősegíti. Az ERMK a szolgáltatókat véleményük figyelembevételével szakmai ajánlásokkal, a dokumentációt és az ellenőrzést is elősegítő adatlapok kidolgozásával támogatja.

2. Nyilvántartás

Az ERMK feladata online nyilvántartás üzemeltetése, melynek adatait az egyes szolgáltatók biztosítják. Ebben a nyilvántartásban rögzíthetők az igénybe vett szolgáltatási órák, amely adatokból mind a finanszírozás, mind pedig a látássérült személy útja nyomon követhető. Az ERMK az adatszolgáltatást statisztikai célból kutatásokhoz, illetve a szolgáltatásfejlesztéshez is fel tudja használni.

Az elemi rehabilitációs szolgáltatás finanszírozása és a szolgáltatás igénybevételének ellenőrzése céljából a nyilvántartásban az alábbi adatokat kell rögzíteni¹³:

- az igénybe vevő személyazonosító adatait, lakcímét,
- az elemi rehabilitációs szolgáltatást megalapozó körülményt,
- az elemi rehabilitációs szolgáltatást nyújtó megnevezését és elérhetőségeit,
- az elemi rehabilitációs szolgáltatás típusát, helyét, időpontját és időtartamát.

3. Elemi rehabilitációs szakmai kollégium

A szakmai kollégium az ERMK javaslattevő, véleményező és tanácsadó testülete. Feladatai:

- a) a szakmai kollégium elé terjesztett koncepciók, stratégiák véleményezése,
- b) módszertani ajánlások és egyéb szakmai anyagok véleményezése,
- c) állásfoglalás a szakmafejlesztési irányelveket érintően,
- d) javaslattétel a szakmai szttenderdek, protokollok és más, szakmafejlesztési eszközök kidolgozására és bevezetésére,
- e) szükség esetén javaslattétel az ügyrend módosítására.

A szakmai kollégium legfeljebb 9 tagból állhat, és tagjait az NSZI főigazgatója három évre bízta meg. A tagok a látássérüléshez kapcsolódó oktatás, szolgáltatás és az érdekképviselő területéről kerülnek be a szakmai kollégiumba.

4. Hálózat szervezése az elemi rehabilitációs szolgáltatásokból

Az elemi rehabilitációs központok hálózatba szervezése és működtetése olyan szakmai fórum kialakulását eredményezi, melynek keretei között meg lehet vitatni a szakmai tapasztalatokat, a felmerülő kérdésekre, problémákra válaszolhatunk, és meg tudjuk határozni a közös együttműködés alapjait.

Az ERMK célul tűzi ki az elemi rehabilitációs szolgáltatások országos hálózattá történő szervezését az alábbi módon:

- az elemi rehabilitációs szolgáltatások hálózati találkozóinak rendszeres megrendezése,
- a szervezetek közti szakmai párbeszéd és információcsere kibontakozásának elősegítése,
- az elkészült szakmai anyagok véleményeztetése,
- a szakmai együttműködés során létrejövő javaslatok összegyűjtése és feldolgozása.

A szakmai hálózat működtetése elősegíti a szolgáltatások fejlesztését, valamint a minőségirányítás jegyében a közösen feldolgozott szakmai anyagok és irányelvek egységesebb szolgáltatásnyújtást eredményeznek.

5. Képzés, továbbképzés szervezése

Az ERMK az NSZI Képzési Igazgatóságával együttműködve folyamatosan tud képzéseket biztosítani a szakemberek számára. A képzések kidolgozása során a szakmai kollégium által meghatározott képzési irányokat is figyelembe vesszük.

A későbbiekben az alábbi továbbképzések és szakmai fórumok indítását tervezzük:

- Vezetői szupervízió
- Esetmegbeszélés vagy szupervízió a munkatársak számára
- Jó gyakorlatok bemutatása – műhelymunka
- Agyi eredetű látássérült személyek elemi rehabilitációja
- Halmozottan sérült látássérült személyek elemi rehabilitációja
- Siketvak személyek elemi rehabilitációja
- Szerzett látássérült gyermekek elemi rehabilitációja

¹³ Fot. 21/B. §-ában foglaltak alapján

- Infokommunikációs továbbképzések
- Vakvezető kutyával közlekedő látássérült személyek elemi rehabilitációja
- Optikai és egyéb segédeszközök használata, az újítások szakmai nyomon követése

6. Tanácsadás, információnyújtás

Az ERMK tanácsadása több területre is kiterjed, az alábbi módon:

- az elemi rehabilitációs szolgáltatás népszerűsítése,
- a szolgáltatást igénybe vevők felkutatása,
- információnyújtás az elemi rehabilitációs szolgáltatók részére (pályázatás, finanszírozás, szakmai anyagok, képzések stb. területén),
- tájékoztatás a szolgáltatást igénybe vevők részére,
- a komplex rehabilitáció egyes szakterületeinek képviselői számára információnyújtás, érzékenyítő programok kidolgozása,
- a döntéshozók tájékoztatása az elemi rehabilitáció aktuális kérdéseiről,
- a komplex rehabilitáció részterületeinek harmonizálása, a kliensút támogatása a folyamatban, az egyes szolgáltatók elérésének segítése (egészségügy – elemi rehabilitáció – foglalkozási rehabilitáció).

7. Módszertani fejlesztések megvalósítása

A módszertani fejlesztések részét képezi a rehabilitációhoz kapcsolódó szakmai kiadványok – különös tekintettel a kiemelt célcsoportokra: siketvak, halmozottan, illetve kortikálisan sérült személyek elemi rehabilitációjára, vakvezető kutyával való közlekedésre –, a rendszeres időközönként megjelenő hírlevelek és a szociális ellátórendszerbe való beépülést elősegítő tájékoztatók készítése.

A szolgáltatásfejlesztéshez időszakosan szükséges a látássérült célcsoport, valamint a szolgáltatók monitorozása is. Az ERMK erre építve dolgozza ki a megfelelő képzési csomagokat, illetve a szükséges módszertani anyagokat.

Az ERMK feladata a hazai és külföldi szakirodalmak felkutatása, feldolgozása és megosztása a szakemberekkel a hálózati munka keretében.

A minőségirányítási eljárások kidolgozása segít abban, hogy az elemi rehabilitációs szolgáltatások számára megfogalmazott elvárások és azok teljesítése szükséges feltételként

jeljen meg a kívánt eredmények elérése érdekében. A szolgáltatást támogató irányelvek, standardok és utasítások megalkotása az elemi rehabilitációs tevékenység minőségét fejleszti; ezek elkészítését az ún. szakértői munkacsoportokkal egyeztetve határozzuk meg.

A szakmai tapasztalatokat, jó gyakorlatokat és a korszerű elemi rehabilitációhoz kapcsolódó eljárásokat szakmai konferenciákon, workshopokon vitathatjuk meg a szolgáltatókkal és az érdeklődő szakemberekkel.

Hosszú távú terveink része kutatás megvalósítása, különböző, a célcsoportra és a szolgáltatásra vonatkozó információk összegyűjtése, felhasználása a szolgáltatás javítása érdekében, illetve külső megbízott bevonásával az érintett populáció mélyebb megismerése céljából felmérés elvégzése.

Végezetül

Egy 2015-ben megvalósult kutatás¹⁴ – mely a látássérült személyek életminőségének vizsgálatát tűzte ki célul – kvantitatív és kvalitatív adatai alapján érkezett visszajelzések is a látássérült emberek elemi rehabilitációjának fontosságát emelik ki. Az elemi rehabilitációra vonatkozó kérdésekre adott válaszok közel 90%-a arról tanúskodik, hogy a válaszadók teljes mértékben elégedettek voltak a kapott szolgáltatással, és több mint 80%-uk a segítségigényük csökkenését is megtapasztalta. Mindazon készségek és gyakorlati ismeretek, melyeket elsajátítottak az elemi rehabilitáció során, a teljesebb és önállóbb életvitel megvalósításához segítette hozzá a látássérült embereket. „Haszna messze túlmutat a mindennapi élet egyszerűbbé és hatékonyabbá tételén: az emberi méltóság megéléséhez, a teljes körű, aktív társadalmi részvétel lehetőségéhez vezetheti vissza a látássérült személyt” (Gergely – Török, 2015, 159).

A 2015-ös kutatás rávilágított arra is, hogy a szolgáltatás elérhetősége sok nehézségbe ütközik. „Az elérhetőség javítása lehet a továbblépés egyik kulcsa ahhoz, hogy a látássérült személyek legelesettebb, leghátrányosabb helyzetű és ebből adódóan segítségre leginkább rászoruló csoportjai is megkapják a lehetőséget az önálló, teljes emberi életre (Gergely – Török, 2015, 160).

Napjainkban már sok civil szolgáltató nyújt elemi rehabilitációs szolgáltatást is, számukra az új jogszabályi keret átlátható és kiszámítható szolgáltatási lehetőséget biztosít. A szervezetek a következők: Buda-környéki Látássérültek Közhasznú Egyesülete, Észak-Magyarországi Látássérült-rehabilitációs Központ, Fehér Bot Alapítvány, Fény a Sötétben Alapítvány, Ki-Látás Közhasznú Alapítvány, Kreatív Formák Alapítvány, Siketvakok Országos Egyesülete, Totem Alkotó Műhely, Vakok és Gyengénlátók Heves Megyei Egyesülete, Vakok és Gyengénlátók Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Egyesülete és a Vakok és Gyengénlátók Veszprém Megyei Egyesülete.

A 2021. január 1-ével életbe lépett jogszabály lehetővé teszi, hogy minél több elemi rehabilitációs szolgáltatás jöjjön létre az ország területén. Reményeink szerint az ERMK módszertani tevékenysége valamennyi régebbi és újonnan csatlakozni vágyó szervezetnek megfelelő támogatást tud majd nyújtani.

14 TÁMOP-5.4.7-12/1-2012-0001 *Perspektívák — Látássérült személyek elemi rehabilitációs szolgáltatásainak továbbfejlesztése a Vakok Állami Intézetében* elnevezésű projekt keretében megvalósult kutatás.

Felhasznált irodalom

- Dávid Andrea – Dr. Gadó Márta – Csákvári Judit (2008): *Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.
 - Falvai Rita – Dr. Kovács Éva (2010): *Az FNO alkalmazása a látássérült személyek rehabilitációjában*. Vakok Állami Intézete, Budapest.
 - Földiné Angyalossy Zsuzsanna – Gadó Márta – Prónay Beáta (2012): *Látássérült (látásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
 - Gergely Andrea – Török Emőke (2015): *Látássérült személyek életminőségének vizsgálata*. Kutatási zárójelentés. Vakok Állami Intézete, Budapest.
 - Göllesz Viktor (1979): Felnőttkorban megvakultak elemi rehabilitációjáról. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 1–2. sz. Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, Budapest, 19–24.
 - Kovács Krisztina (2000): Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 461–503.
 - Könczei György – Kullmann Lajos (szerk) (2009): A (komplex) rehabilitáció alapjai. In: *Bevezetés a komplex rehabilitációba*. ELTE BGGYF, Budapest.
 - Pajor Emese (2010): *Látássérülés – bevezető ismeretek*. ELTE BGGYK, Budapest.
 - Ponchillia, P. – Ponchillia, S. (2007): *Látássérült személyek elemi rehabilitációja III: A vak és látássérült személyek rehabilitációs tanításának alapjai*. (ford.) Lázár V. – Nagy K. – Palúr K. – Varga G. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest.
 - Prónay Beáta (2007): Látássérülés és rehabilitáció. In: Prónay Beáta – Szabó Anna (szerk.) *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 4: Rehabilitációs tanítás, a rehabilitáció alternatívái, további módszerek*. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest, 5–39.
 - Takács Bernadett (2014): *Látássérültek komplex rehabilitációja vizsgálata a Vakok Állami Intézetében*. Záródolgozat. Szociális munka mesterképzés. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet.
 - Tolnayné Csattos Márta (2007): Az elemi rehabilitáció magyarországi története. In: Prónay Beáta – Szabó Anna (szerk.): *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 4: Rehabilitációs tanítás, a rehabilitáció alternatívái, további módszerek*. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest, 40–45.
 - Tolnayné Csattos Márta – Joszt László (2012) Látássérült személyek elemi és foglalkozási rehabilitációjáról. In: Somlai Judit – Kovács Tibor (szerk.) *Neuro-ophthalmológia NOSZA Alapítvány*, Budapest, 411–417.
-
- Jogszabályok**
- 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól 1. számú mellékletében
 - 490/2020. (XI. 11.) Korm. rendelet a látássérült személyek számára biztosított elemi rehabilitációs szolgáltatásról
 - 610/2020. (XII. 18.) Korm. rendelet a Nemzeti Szociálpolitikai Intézettről
 - A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény
-
- Egyéb hivatkozás**
- 2011. évi népszámlálás. 11. Fogyatékossgal élők. (2014) Budapest https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_11_2011.pdf