

ANDRÁCZI-TÓTH VERONIKA – BÓDY ÉVA –
CSICSELY ÁGNES – NYITRAI IMRE

Az intézménytelenítés kapujában¹

A Pixelből² kép válhat?

A cikk bemutatja a hazai intézménytelenítés elindításának feltételeként értelmezhető elmúlt évtizedek eredményeit, mind a szociális szolgáltatás és ellátórendszer fejlődése, mind a szakmai és jogszabályi változások terén. Kitér az infrastrukturális fejlesztések és az uniós csatlakozás összefüggéseire, valamint ismerteti a vonatkozó uniós dokumentumok elfogadásának történetét. Ezek együttes áttekintéséből elemezhető és fogalmazható meg a jövő iránya. Magyarország törvényi szinten már 1998-ban kinyilvánította elkötelezettségét a fogyatékos személyeket ellátó, nagy létszámú intézmények átalakítása mellett. A törvényi előírást követően azonban mintegy tizenhárom évet kellett arra várni, hogy a kormányzati akaratban is tényleges paradigmaváltás következzen be, és elkezdjön a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló stratégia (továbbiakban: Stratégia). A cikk bemutatja, hogy 1993 óta, azaz a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény (továbbiakban: Szociális törvény) hatályba lépésétől hogyan változott a fogyatékosoknak nyújtott szociális szolgáltatások tartalma és minősége, milyen út vezetett ahhoz, hogy a kitagolás ethosza túllépje az elméleti keretet és kitörjön a tudományos és közéleti diskurzus viszonylag zárt világából.

Közhelyszámba vehető megállapítás, hogy mindenféle változás az érintettek számára igen nagy megrázkódtatással, stresszel jár. Minél többet

¹ A szerzők a cikkben szereplő adatokért köszönettel tartoznak Horváth Dánielnek.

² A pixel szó az angol *picture element* szavakból összeállított rövidítés. Jelentése képpont, amely egy elemi képpalkotó egység. Két dolog határozza meg. Egyfelől a helyzete (x,y koordináta), másfelől pedig az információ (szín) tartalma. A rácsba rendezett pixelek alkotják magát a pixelgrafikus (vagy más néven rasztergrafikus) képet. Mivel a pixelek nagyon kicsik és rengeteg van belőlük, ezért az emberi szem egységes felületként érzékeli őket.

TANULMÁNYOK

szeretnénk megváltoztatni egy teljes rendszer elemei közül, annál mélyebb a szorongás, függetlenül attól, hogy a hosszú távú változtatás minden eszköze és része (értelmezhető jövőkép, motiváltság, elkötelezett szereplők stb.) rendelkezésre áll-e, felkészült-e erre a változásra, a megújulásra.

Az intézménytelenítésnek pedig elsősorban *az ember a tárgya*: az érintett ellátott és mindazok, akik róla, az élete egyes elemeiről vagy egészéről – egyfajtaképpen – gondoskodnak. Minden változás kulcseleme a tanulás. Az első és legfontosabb kérdés tehát az, hogy a helyzet készen áll-e a változásra, a személy alkalmassá tehető-e a tanulásra, vagyis arra, hogy a környezeti és belső változások során a „régit” felcserélje az adott rendszer az „újra” (Csepeli, 2001).

Fontos tehát megállapítani, hogy – a változásmenedzsment terminológiáját használva – az intézménytelenítés elindítása és remélt megvalósítása nem az ún. elsőfokú (vagy morfosztatikus) változás kategóriájába esik, ahol a változás egy adott rendszer keretein belül zajlik le, hanem *határozottan az ún. másodfokú (vagy morfogenetikus) változás példája*, ahol a változás magának a rendszernek a megváltozását is jelenti.

Egy nagy, kialakult és több évtizedes hagyományokkal rendelkező ellátórendszer modernizációja általában akkor kerül előtérbe, ha az ellátottak társadalmi megítélésében alapvető változás következik be, és ha ezek az elméletek nemcsak a tudományos diskurzusokban, hanem a gyakorlatban, az ágazati jogszabályokban és a szakmai munkát támogató módszertani útmutatókban, ajánlásokban is megjelennek. A szakmai felismeréstől a jogszabályi előírások megjelenéséig akár több évtized is eltelhet, de az elmélet csak akkor válhat az ellátórendszer elemévé, ha megjelenik a képzés és továbbképzés rendszerében, a mindennapi szakmai munkában. Ezzel válik – a tanulás, a továbbadás útján – a változás megvalósíthatóvá.

Az ellátórendszer modernizációja tehát feltételezi mind a társadalmi attitűd változását, mind a tudományos diskurzus élénkülését, emellett a szakmai eszköztár adekvátságát, hatékonyságát.

A fogyatékos emberekről alkotott társadalmi megítélésnek fontos eleme az „épek” fogyatékosokról alkotott képe és a hozzájuk való viszonya, amely jelentős változáson ment át az elmúlt évtizedekben. Egyfelől jól példázza ezt a fogyatékos személyek elnevezésére használt szavak értékítélettelé alakulása. A „bolond” és a „hülye” kifejezések eredetileg az értelmi fogyatékosok semleges megjelölésére jöttek létre, mára mégis sértéssé váltak a köznyelvben (Bánfalvy, 2006). Az embereket gyakorta fogyatékoságukkal írják le, jelzőként használva azt, mintegy azt sugallva, hogy az egyén legfontosabb tulajdonsága a fogyatékosága. Másfelől, bár ez sokak számára ellenszenves, a fogyatékos személyek megnevezése változik a politikailag korrekt nyelv használatában is; hatalmas különbség van aközött, hogy valaki értelmi fogyatékos vagy tanulásban akadályozott. A változtatás mögött az a társadalmi és politikai szemléletmód áll, miszerint ne a fogyatékoságot tegyük meg az adott csoport legfontosabb kritériumává, megkülönböztetésük alapjává, hanem *tekintsük őket embereknek, akik történetesen fogyatékosok*. A modern, demokratikus társadalmakban a fogyatékoság meghatározása során a társadalom felelősége vált hangsúlyossá. Colin Barnes definíciója szerint a fogyatékoság

kezelése a társadalmi következmények része, annak kifejezése, ahogyan a társadalom az érzékelt károsodásra válaszol.³

A rendszerváltás utáni tudományos diskurzusban Magyarországon egyre erősödött a paternalisztikus gondozási szemléletet felváltó, az egyéni szükségletekre alapozó gondozás és a lakóotthoni ellátás iránti igény. A reformot kezdeményező civil szereplők és gyógypedagógusok a lakhatási szolgáltatások új elemeire, a nyugati országokban kialakult modellek adaptációjára helyezték a hangsúlyt. A tudományos publikációkban egyre több szó esett a fogyatékos személyek polgári, politikai és társadalmi integrációjáról, az egyéni fejlesztési terven alapuló, segítő gondozási modellről. A szakmai diskurzus a Szociális törvény 2001. évi módosításakor (2001. évi LXXIX. számú törvény) az intézménytelenítés vonatkozásában jobban fókuszált az ellátásszervezésre, az ellátottak érdekérvényesítésére és a szükségleteiknek megfelelő szolgáltatások biztosítására, arra, hogy az egyén a saját ellátása kapcsán önálló akarattal, beleszólással, partneri-mellérendelő viszony kialakítása mellett tudjon szociális szolgáltatáshoz jutni, abban részt venni. Ez a diskurzus alakult át és egyszerűsödött az épületi adottságok szintjére az elmúlt két évben.

Magyarországon e témában valódi, széleskörű szakmai és közéleti párbeszéd nem alakult ki.⁴ A tudományos diskurzus hiátusát azért fontos kihangsúlyozni, mert, ahogyan fentebb már említettük, a tudományos diskurzusnak kell indukálnia az ellátórendszer változását.⁵

2009-ig, a nagy létszámú intézmények kiváltását célzó Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program – Béntlakásos intézmények kiváltása (TIOP 3.4.1. kódszámú) program pályázati kiírásáig nem találunk az *Esély* című társadalom- és szociálpolitikai folyóiratban olyan cikket, amely kifejezetten az önálló életvitel támogatásáról, a nagy létszámú intézmények kiváltásáról szólna. A 2009-es pályázati kiírás társadalmi egyeztetése során ugyanakkor a civil érdekvédő és szakmai szervezetek által megfogalmazott kritika – amely szerint a tervezett fejlesztések a nagy létszámú intézmények rendszerét konzerválják – megakadályozta, hogy kiírják a pályázatot. Azért, hogy a fejlesztési forrásokat a fogyatékos személyek társadalmi integrációját elősegítő módon lehessen felhasználni, a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, mint irányító hatóság, a nagy létszámú intézmények kiváltására vonatkozó stratégia kialakítását kez-

³ Prof. Colin Barnes előadása. Seminar on Human Rights for Persons with Disabilities from a North and South perspective. Stockholm, 1998. www.independentliving.org

⁴ A hazai tudományos diskurzus vizsgálata során az *Esély* című folyóirat 1989–2011 között megjelent számait áttekintve a következőket tapasztaltuk. A fogyatékos személyeket és pszichiátriai betegeket érintő cikkek száma a huszonnégy év alatt összesen harminckilenc volt. A témában a legtöbb tanulmány 1991-ben és 2003-ban született. Míg a nemzetközi szakirodalomban a támogatott életvitel modellje már az 1990-es években megjelent, addig az *Esély* című társadalom- és szociálpolitikai folyóiratban összesen 4 tanulmány – melyből kettő 2009-ben, kettő pedig 2011-ben íródott – sürgeti a hagyományos, sok esetben a településektől elszigetelten, korszerűtlen épületekben működő intézmények kiváltását és az önálló életvitel támogatását.

⁵ 2004. évben a Szociális törvény nevesítette a külső gondozó, külső férőhely fogalmát az ellátási rendszer elemei között. Ez a két szolgáltatás a valóságban nem indult el, nem lett gyakorlat hazánkban. Ez jó példa arra, hogy ha nincs széleskörű szakmai diskurzus valamely szolgáltatás, szolgáltatási rendszer mögött, az nem tud adaptálódni.

TANULMÁNYOK

deményezte a Nemzeti Erőforrás Minisztérium jogelődjénél. A pályázat társadalmi vitája kapcsán ugyan megjelentek a különböző szakmapolitikai érdekellentétek, de széleskörű tudományos-szakmai diskurzusról a mai napig nem beszélhetünk.

Szociális szolgáltatások változása az intézménytelenítés tükrében

Magyarországon jelenleg a fogyatékos személyek számára nyújtott tartós bentlakást nyújtó szociális intézményi ellátásban 16 740⁶ férőhely az engedélyezett. Ápoló-gondozó intézményi ellátásban 14 967 engedélyezett férőhely van, aminek 7,3 százalékát teszi ki a lakóotthoni férőhelyek száma (1098 férőhely). A működő lakóotthonok többsége csak a férőhelyek számának tekintetében tér el a nagy létszámú intézményektől, nem úgy működnek a gyakorlatban, mint ahogy azt a jogalkotó a bevezetésükkor elképzelte. Az intézeti kultúra egyes elemei a lakóotthonokban is jelen vannak. Az intézeti kultúra jellemzői az elszemélytelenítés, a merev napirend, a tömbösített kezelés, a szociális távolságtartás és a paternalizmus. A méret csupán csak egy mutatószám, ami növelheti ezen determinációkat.⁷

A szociális szolgáltatások-ellátások működtetésében az elmúlt tizen-nyolc évben többszörösen vált szükségessé a szolgáltatási rendszer változása. A paternalisztikus gondoskodás attitűdjét a szolgáltatások fejlődése, az új szolgáltatások megjelenése, az igénybe vevők szükségleteinek változásai, a társadalmi-gazdasági életben bekövetkező fordulatok felülírták, s a bentlakást nyújtó szolgáltatási formák kizárólagosságát megszüntették. Az átalakulás nem egy koncepció jegyében zajlott, s emiatt a szolgáltatások tartalma, s hatékonysága igen változó formát, elérhetőséget mutat.

A Szociális törvény elfogadásakor a már korábban is létezett szolgáltatásokat nevesítette. 1993-ban a fogyatékos személyek számára 13 379 bentlakást nyújtó és 1110 nappali férőhely állt rendelkezésre. Jelenleg – a KSH 2010. évi adatai alapján – 16 740 bentlakást nyújtó férőhely (ebből 1300 rehabilitációs intézményi, 473 rehabilitációs célú lakóotthoni, 1098 ápoló-gondozó célú lakóotthoni és 13 869 ápoló-gondozó intézményi férőhely), és 6485 nappali férőhely áll rendelkezésre országos szinten.

⁶ KSH 2010. évi adatok.

⁷ Európai Bizottság Foglalkoztatási, Szociális és Esélyegyenlőségi Főigazgatósága: Az intézeti gondozásról a közösségi alapú gondozásra történő átállással foglalkozó AD Hoc Szakértői Csoport Jelentése.

1. táblázat *Fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek tartós bentlakásos ellátásának férőhelyszáma 1993–2010 között*

Év	Fogyatékos személyek bentlakásos ellátása			Pszichiátriai betegek bentlakásos ellátása		
	Tartós bentlakásos ellátás férőhely száma	Tartós bentlakásos ellátásból lakóotthon	Tartós bentlakásos ellátásból rehabilitációs intézmény férőhelyszáma	Tartós bentlakásos ellátás férőhely száma	Tartós bentlakásos ellátásból lakóotthon	Tartós bentlakásos ellátásból rehabilitációs intézmény férőhelyszáma
	1993	13379	–	–	8025	–
1994	14034	–	–	7885	–	–
1995	15220	–	–	7412	–	–
1996	15809	–	–	7444	–	–
1997	15509	–	–	7534	–	–
1998	16151	–	–	7117	–	–
1999	15736	–	–	7605	–	–
2000	15975	–	–	7939	–	–
2001	15731	–	–	7887	–	–
2002	16205	541	–	7963	82	–
2003	16303	788	–	7832	133	–
2004	16403	991	–	7987	123	–
2005	16521	1089	–	8004	169	–
2006	16646	1244	1809	8068	223	165
2007	16746	1360	1730	8117	257	95
2008	16752	1417	1730	8266	321	77
2009	16902	1553	1343	8647	345	65
2010	16740	1571	1300	8735	307	108

Forrás: KSH 2010. évi adat.

2. táblázat *Fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek nappali ellátásának férőhelyszáma 1993–2010 között*

Év	Fogyatékos személyek nappali ellátása		Pszichiátriai betegek nappali ellátása	
	ellátottak száma	férőhelyek száma	ellátottak száma	férőhelyek száma
1993	1035	1110		
1994	1052	1093		
1995	1248	1320		
1996	1401	1441		
1997	1530	1590		
1998	1730	1841		
1999	1839	1936	198	196

TANULMÁNYOK

Év	Fogyatékos személyek nappali ellátása		Pszichiátriai betegek nappali ellátása	
	ellátottak száma	férőhelyek száma	ellátottak száma	férőhelyek száma
2000	1899	2071	294	256
2001	2076	2266	429	364
2002	2299	2538	489	420
2003	2481	2684	488	411
2004	2498	2421	386	304
2005	2765	2710	634	
2006	3108	3298	691	577
2007	3986	4287	1086	820
2008	4490	4705	1312	1207
2009	5503	5729	1615	1557
2010	6116	6485	2131	1929

Forrás: KSH 2010. évi adat.

A jogszabály a bentlakást biztosító ellátások területén gyakorlatilag az 1950-es években kialakult állapotot rögzítette, mely a felnőtt fogyatékos személyek ellátását intézményi keretek között, mintegy az ellátási lánc „végállapotában” jelenítette meg. A hagyományos intézményi ellátás-szervezés egyrészt az idősellátásra, másrészt a korábban egészségügyi ellátórendszer krónikus ellátásához tartozó fogyatékos embereket és pszichiátriai betegeket ellátó intézményekre építette a szabályrendszerét. Az egészségügyi ellátás keretei között a krónikus intézmények vagy munkaterápiás ellátást, vagy hagyományos ápoló-gondozói ellátást működtettek. A kórházi struktúrától ezen intézmények a szabadidős programok, s az intézményi elhelyezés szintjén különböztek. Az egészségügyi ellátás szervezeti és napi működési keretei viszont változatlanok maradtak sok éven át. A kórházi struktúrához való illeszkedés egyfajta determinációt jelenített meg mind az intézmények épületi adottságai, mind az ellátás-szervezés, mind az attitűdök vonatkozásában. Ezen determinációk akkor is fennálltak, ha a terápiás közösség attitűdje jellemző volt a hazai ellátórendszerben.

Az izolált és merev ellátórendszernek leginkább a megengedő gondozási modell felelt meg. „A megengedő gondozási-nevelési modell általában egyetértett a fogyatékos ember egyes életszakaszokban teljes, más életszakaszokban részleges izolációjával, egyetértett a különböző fogyatékosági kategóriákba tartozók eltérő szintű ellátásával, egyetértett azzal, hogy a fogyatékosok közösségeit kollektív jogosítványok illessék, ugyanakkor alig biztosított az egyén számára jogokat, sok esetben végső célnak tekintette a harmonikus intézményi életforma kialakítását.” (Stollár, 2004:11.)

A jelenleg működő intézmények egy része – a fejlesztések ellenére – még mindig a megengedő gondozási-nevelési modell híve, elsősorban

azért, mert ez a modell viszonylag „kényelmes”⁸ munkavégzést tesz lehetővé, szinte minden kérdésben a személyzet dönt – megenged vagy nem enged meg valamit. A kötelező szakmai létszám meghatározásakor szemben állnak egymással a szakmai-ellátotti érdekek és a fenntartó gazdasági kényszerek okán kialakult érdekei.

Az Állami Számvevőszék 1997. júliusi jelentése a tartós szociális ellátást nyújtó intézmények helyzetének és finanszírozásának tapasztalatairól – a fentieket megerősítve – már az 1993-1997 közötti időszak tekintetében is hangsúlyozza, hogy az önkormányzati „nagyintézményes” struktúra általában nem kedvez az egyénre szabott bánásmód kialakításának. A jelentés ugyanakkor megállapítja, hogy ennek ellensúlyozására az intézményekben a lakókat kisebb (5–10-fős) egységekbe szervezik, informális csoportokat hoznak létre, közösségi programokat szerveznek, szocioterápiás csoportok működnek.

Az Állami Számvevőszék jelentése alapján az ágazatirányítás a *szakmafejlesztésre* helyezi a hangsúlyt.

A tartós bentlakást nyújtó intézmények helyzetét tovább nehezítette, hogy kénytelenek voltak kezelni az ún. egészségügyi reform hatását, melynek következtében a megszüntetett krónikus fekvőbeteg ellátást végző osztályok miatt a *kórházi ellátásból kiszorultak többsége szociális intézménybe került*. Az egészségügyi feladatok kezelésére az addig eltérő gondozási struktúra nehezen tudott választ adni. Ez a nehézség az egész ellátás területén végigvonul, még napjainkban is. Az ellátásban lévő személyek életminőségük, szociális helyzetük, szociális kompetenciájuk, egészségi állapotuk alapján igen heterogén képet mutatnak.

A szolgáltatásfejlesztés kapcsán ez az igen heterogén problémával rendelkező és differenciált szolgáltatásokkal támogatott célcsoport jelenik meg rendszerszemlélet szempontjából, viszont a szakmai diskurzusban egyértelműen kisebb, homogénebb célcsoportok vonatkozásában vannak le következtetéseket és ellátási utakat a szakértők.

Az intézménytelenítés törvényes alapját végül a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: Fot.) 2010. március 30-ától hatályos 17. és 29. § (5) bekezdése jelentette:

„A fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási forma megválasztásához. [...] A fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig át kell alakítani oly módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen, továbbá az arra rászoruló súlyos fogyatékos személyek számára humanizált, modernizált intézményi ellátást kell biztosítani.”

⁸ A „kényelmes” fogalmát itt úgy használjuk, hogy alacsony szakmai létszám mellett a szolgáltatásnyújtás determinálódhat a paternalisztikus gondozási formára, ahol ugyan igen sok feladat hárul a szakemberekre, viszont ennek függvényében a másik személyre (ellátott, hozzátartozó, team-tag) nem lehet meghatározó figyelemmel lenni, így a döntés súlya nagy, viszont egyszemélyű.

TANULMÁNYOK

A szakmapolitikai irány kettős célt jelenített meg. Egyfelől előírja a lakóotthoni struktúra kialakítását, ugyanakkor fenntartja a hagyományos intézmények legitimitását, ezen esetben a humanizált ellátást tekintve vezérelvnek, melynek keretében megvalósul az ellátott igényeire, szükségleteire, képességeire alapozott ellátás.

A Fot. további jelentősége, hogy előírásának szellemében került sor a lakóotthoni szolgáltatás nevesítésére a Szociális törvényben 1999-ben.⁹ A lakóotthonokon kívül a törvény további új szolgáltatásokkal bővült, így a fogyatékosok nappali intézménye mellett ekkor nevesítették a pszichiátriai betegek nappali intézményét is.

A pszichiátriai betegek nappali intézményén, valamint a fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek lakóotthonán keresztül olyan szolgáltatásokat határoztak meg, amelyek egyértelműen a közösségi alapú szociális szolgáltatások közé tartoznak, és céljuk többek között az intézményi ellátás kiváltása, elkerülése. Az új szolgáltatások kiépítésének határidejeként külön időpontokat állapít meg a törvény. Míg a pszichiátriai betegek nappali ellátása esetén 1999. december 31-e a határidő, addig a lakóotthonok esetében ez az időpont 2009. december 31.

A törvény az új szolgáltatások nevesítése mellett a fogyatékos személyek ellátásában kiemelkedő jelentőségű elemeket fogalmazott meg. A törvény szövegéből kikerült a „nem képezhető fogyatékos személy”. A joganyag új szabályozási irányokat jelölt meg, például a fogyatékos személyek állapotának felülvizsgálatára vonatkozó rendelkezésekben, amelyek lehetővé teszik, hogy folyamatosan figyelemmel lehessen kísérni az intézményben élők állapotát, illetve annak változását.

Felállították azt a bizottságot, amely a fogyatékos személy önálló életvitelre való képességét vizsgálta. A bizottsági munka törvénybe iktatása pozitív előrelépést jelentett az igénybe vevők állapota szerinti szolgáltatásnyújtás meghatározásában, viszont a valós működés az elvárások ellenére nem tekinthető és értékelhető ilyen pozitívan. A bizottság által végzett vizsgálatok az érintett fogyatékos személyek nagyobb részének esetében az önálló életvitelre való alkalmatlanságot állapították meg, ezzel alátámasztották a nagyobb létszámú intézmények humanizálására, modernizálására irányuló törekvéseket. Az állapotfelméréshez és döntéshozatalhoz rendelt szolgáltatások adhatták volna az intézményrendszer változásának alapját. Ez a törekvés továbbra is az egyik legfontosabb cél, ugyanakkor e mellett tisztázni kell, hogy mi adta az elvárás és a valóság közötti különbséget.

A jogszabályokban fentebb felvázolt követelmények azt a szemléletváltozást tükrözik, amely az elmúlt években a fogyatékoság megítélésének terén érvényre jutott. A fejlesztési irányok összhangban vannak olyan fontos elvekkel, mint a normalizáció elve, az integráció elve és az autonómia-igény. Továbbá szoros összefüggésben állnak fontos szakmai irányokkal, mint:

– a differenciált gondozás megteremtése, amely magában foglalja az egyén tartós ápolása és gondozása esetében a biztonságos ellátásszervezést is,

⁹ 1999. évi LXXIII. törvény.

- az alap- és nappali ellátás erősítése, a lakókörnyezethez közeli gondozás biztosítása,
- az ellátás minőségének javítása,
- az ellátásban részesülők jobbiztonságának, érdekvédelmének elősegítése.

A fogyatékos személyek részére biztosított szolgáltatások fejlesztésének irányait is újra összegezték.

Az egyik ilyen a rehabilitációs intézményekben, ápoló-gondozó otthonokban folyó ellátás szakmai tartalmának átalakítása, a lakóotthoni ellátás feltételeinek megteremtése. Ez nemcsak a lakóotthon létrehozásának kötelezettségét határozza meg, hanem rögzíti, hogy a fennmaradó intézményi ellátásoknak is magasabb színvonalúvá, az igényekhez alkalmazkodóvá kell válniuk.

A fejlesztések letették a voksot az alapszolgáltatások szolgáltatásfejlesztése mellett, és kimondták, hogy a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez igazodóan létre kell hozni a *támogató szolgáltatásokat*, melyek révén megvalósulhat a fogyatékos személyek esélyegyenlősége, önállósága. *A célok egyeznek a jelen céljaival: az alapszolgáltatások és nappali ellátási formák differenciálása, a lakókörnyezetből való kiemelés megakadályozása, a megszokott környezetbeli életvitel fenntartásának segítése.*

A Szociális törvénynek a 2001. évi LXXIX. törvénnyel, majd a 2003. évi IV. törvénnyel történő módosítása alapjaiban változtatták meg a szolgáltatási struktúrát. Mindkét módosítás az alapszolgáltatások fejlesztését irányozta elő, és biztosította a szolgáltatásokat a saját lakókörnyezetben. A hagyományos alapszolgáltatási formák (étkeztetés, házi segítségnyújtás, családsegítés) kiegészültek speciális feladatokkal, mint a jelzőrendszeres gondozás, támogató szolgálat a fogyatékos személyek körében, közösségi gondozás a pszichiátriai és szenvedélybetegek körében, utcai szociális munka a hajléktalanok esetében. A 2003. január 1-jével kötelező új ellátási formák megvalósítását a törvény valamennyi településen 2007. december 31-ig írja elő.

Az új szolgáltatások létrejöttének és törvényi nevesítésének célja az ellátást igénylő személy minél további segítése az otthonában, illetve az egyén és szűkebb környezetének támogatása. Mindez arra a felismerésre vezethető vissza, hogy mind szakmai, mind pénzügyi-gazdasági szempontból *sokkal hatékonyabb a saját otthonban, családban kapott támogatás*. A közösségi ellátásban és támogató szolgálatban a különböző szociális segítségnyújtáson túl (étkeztetés, segéllyel kapcsolatos ügyintézés), a megkereső programok, az életviteli készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, az ellátott egészségügyi ellátással való kapcsolatának követése, kapcsolattartás más szolgáltatási intézménnyel (munkaügyi központ), reintegráció, illetve a környezetben való megtartás, a pszicho-szociális tanácsadás, gyógypedagógiai fejlesztés jelenik meg.

A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátás mind feladatában (szoros együttműködést kíván az egészségügyi ellátással), mind módszerében eltér a hagyományos ellátási formák alkalmazásától. A szolgáltatás célcsoportjába pedig nemcsak a problémával küzdő személy, hanem közvetlen *családja* is beletartozik.

A fejlődés látványos: 2005-ben a támogató szolgáltatásban részesülők

TANULMÁNYOK

száma 10 531 fő volt, míg közösségi ellátás pszichiátriai betegek közül 1136 fő részére volt elérhető. 2010-re ez a szám támogató szolgálat esetében 18 008 fő, a pszichiátriai betegeknek adott közösségi ellátás esetében 5321 fő.

3. táblázat *Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére és támogató szolgáltatás ellátottainak száma 2005 és 2010 között*

Év	Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére ellátottak száma	Támogató szolgáltatás ellátottak száma
2005	1136	10531
2006	3226	17450
2007	4582	18590
2008	5455	19350
2009	4969	17841
2010	5321	18008

2003-ban a törvényben nevesített szolgáltatások között már többséget alkotnak azok az új, korszerű, egymásra épülő szolgáltatások, amelyek alkalmasak arra, hogy fokozatosan felváltsák a rendszerváltás előttről örökölt, korszerűtlen struktúrákat.

A Fot. rendelkezései 2010 márciusában módosultak, a 17. § (1)–(5) bekezdéseinek 2011. január 1-jétől hatályos szövege alapján:

- a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó, 50 főnél nagyobb férőhelyszámú szociális intézményi férőhelyet ki kell váltani,
- 2013. december 31-éig a legalább 1500 fő fogyatékos és pszichiátriai beteg személynek ellátást nyújtó intézményi férőhely kiváltásához az európai uniós társfinanszírozással megvalósuló fejlesztési programok nyújtanak támogatást,
- az addig nem kiváltott, intézményi férőhelyek kiváltására a kormány által meghatározott rendben kerül sor.

A Szociális törvény módosítása szerint 2011. január 1-jétől már nincs mód a férőhelyek olyan bővítésére, amely a „régis struktúra” további megerősödését jelentené; új férőhely már csak lakóotthoni formában hozható létre.

Összességében elmondható, hogy a 90-es évek végén a szociális szolgáltatások az ápolás-gondozás kérdéskörére helyezték a hangsúlyt. A gondoskodás pedig többségében intézményi keretek között, azon belül is bentlakást nyújtó intézményi keretek között zajlott. A teljes ellátást nyújtó intézményben azonban – a jelen szolgáltatási struktúrában – az ellátott részéről nem szükséges a polgári jogi értelemben vett, az élet minden területére kiterjedő cselekvőképesség, mivel az intézmény a személyi autonómia körébe tartozó funkciók szinte teljes körét átveszi: üzemszerűen gondoskodik a lakhatásról, a komfortról, az étkezésről, egészségről, szórakozásról, munkáról és pihenésről.

Az intézmény mint szolgáltató (szervezéstechnikai okból) az ellátott

„cselekvőképességét” (leegyszerűsítve) mindössze három szinten értékeli:

1. a fizikai önellátásra való képesség vonatkozásában:
 - képes-e önállóan mozogni,
 - étkezni,
 - toalettet használni,
2. képes-e megfelelően kezelni a költőpénzét,
3. milyen a közösséghez való alkalmazkodási képessége.

Ezen szempontok alapján az intézmény, mint rendszer, az ellátásra való alkalmasságot képes volt tökéletesen szelektálni:

1. a segítségigény függvényében megállapította az ápolási szükségletet, s ennek megfelelően ápol, gondoz,
2. ha szükséges volt, beosztotta a „költőpénzt”,
3. alkalmazkodási képesség hiányában hatékony eszközzel azonban kevésbé rendelkezett.

Az 1–2. kérdés esetében tapasztalt egyéni deficitet a rendszer jól tolerálja, és amennyiben eszközei azt lehetővé teszik, akár a teljes körű ápolást is kiválóan ellátja, az ellátott alkalmasnak minősítését tehát ez a két kérdés nem befolyásolja.

Az alkalmazkodási képesség mint az autonómia (cselekvőképesség) egyik jellemzője azonban az intézmény számára a legkevésbé kezelhető, végső soron a jól alkalmazkodók érdekében (a rendszer fenntartása céljából) alkalmatlanná minősít, áthelyezésre, jogviszony megszüntetésére törekszik.

Az ellátórendszerre vonatkozó következtetéseket a 2006-2007. évi, az Országos Pszichiátriai Betegek Módszertani Intézménye által végzett felülvizsgálati tanulmányban az alábbiak szerint összegezték:

Az ágazatról összességében általában megállapítható, hogy az intézményi profil nem tiszta, nem tükrözi az ellátottak diagnózis és ellátási szükséglet szerinti összetételét. Tipikus, hogy az ellátott nem a szükségleteinek megfelelő intézménybe, intézménytípusba kerül be, illetve ilyenben kap ellátást, hanem az intézmény a saját profilja, szolgáltatásai által megengedett viszonylagos rugalmassággal igyekszik – nagyjából egységes színvonalon – kiszolgálni, ellátni őt, a valóságos állapotától függetlenül.

A szolgáltatási struktúra az elmúlt közel 18 évben kibővült, módszertanilag megalapozott, alapvetően alkalmas a célcsoport támogatására. A szolgáltatások azonban – a köztük lévő kapcsolat, együttműködés hiánya miatt – nem tudtak rendszerré válni. Ha a szolgáltatásokat egy kirakó egyes darabjainak tekintjük, akkor jelenleg nem áll össze a teljes kép.

Módszertani fejlesztések a szolgáltatást nyújtók számára

Az elmúlt évek szakmai fejlesztései, az ellátást igénybe vevők szükségleteinek és elvárásainak változásai igénylik, hogy a szociális intézményekben folytatott rehabilitációs, ápolási-gondozási tevékenység igazodjon egy magasabb szintű, korszerű szakmai követelményhez.

TANULMÁNYOK

Különösen fontos a változás azoknál a rögzült, napi rutinnal végzett tevékenységeknél, amelyek során az ellátásban részesülő ember kiszolgáltatott, ahol a személyzet dönti el, hogy ki mit tehet, megenged-e valamit vagy nem, attól függően, hogy saját vagy a közösségre kényszerített értékei azt hogyan szolgálják.

Kiemelt céllá vált a veszélyeztető magatartást mutató felhasználók adekvát ellátása, ami mindkét szereplő számára (ellátott–ellátó) különleges helyzetet teremt.

A szakmai munka további lépése az olyan tréningek kidolgozása és átadása volt a szakemberek számára, amelyek – motivációik felépítésére és attitűdjeik változtatására is szolgáló – gyakorlati képességeket tudnak fejleszteni a dolgozóknál.

2003-ban kezdték el kialakítani a pszichiátriai betegségekkel és fogyatékkal kapcsolatos ismereteket nyújtó képzési modult. A képzés a szociális, egészségügyi és pedagógiai alapképzettséggel rendelkező érettségizett személyeket célozza meg. A program eredményeképp indultak meg a *fogyatékkal élők gondozója* és a *pszichiátriai gondozó* OKJ képzések.

A rehabilitáció erősítése az ellátás terén kiemelt feladat. E nélkül az ellátás infrastrukturális fejlesztése akár hiábavalóvá is válhat.

A rehabilitációs foglalkoztatási tevékenységek modellezése, valamint finanszírozása a 2006. évtől indult el.

Fejlesztési programok és módszertani útmutatók készültek az intézmények modernizációjához, olyan eljárások, eszközök, programok, módszerek adaptálása céljából, amelyek hatékonyan hozzájárulhatnak az eddigi munkavégzés szakszerű, intenzív növeléséhez. A cél a rehabilitációs időszak csökkentése, a társadalmi reintegráció elérése. Ebbe tartozott a lakóotthoni programok módszertani kiadványa és a terápiás eszközök alkalmazásáról szóló szakmai ajánlás.

A fejlesztések minden esetben vagy a területen dolgozó szakemberek elakadásának elkerülését szolgálták, vagy egy adott szolgáltatási igényre próbáltak választ találni a meglévő rendszeren belül.

A fejlesztések eredményeképpen ugyan kialakultak adott szolgáltatások, de azok az ellátásszervezés terén nem tudtak eredményt elérni. Így a *szolgáltatástervezési koncepciók egyike sem hozott olyan szabályt, hogy a felhasználók családon belüli ellátására, illetve a család közösségén belüli ellátási formára alapozva fejlesszék intézményi rendszerüket.*

A helyi és megyei fejlesztések a hagyományos intézményi ellátásban gondolkodtak minden modernizáció kapcsán, és azon túllépni külső, kormányzati közvetlen irányítás nélkül nem tudtak, függetlenül az adott időszak jogszabályi direktíváitól.

A fenntartói érdekek háttérében erős foglalkoztatási (adott területen megjelenő munkaerő-lehetőség) és vagyongazdálkodási, beruházási szempontok állnak, amelyek sok esetben hagyományos ellátásszervezésre alapuló fejlesztést jelentettek meg.

A Szociális törvény – jelenleg érvényben lévő – kötelező feladatellátási telepítései az innováció, az ellátásszervezés eltérő megoldási lehetőségei ellen hatnak. Az innováció viszont a változások egyik motorja – elsorvadása a megújulás ellen hat.

Napjainkra a szociális szakemberek tevékenységében a rehabilitációs

attitűd megerősödött, és a társadalmi reintegráció is egyre fontosabbá vált. Látható az is, hogy a hatékony szaktudás, a tapasztalatok és az eszközök sokszor rendelkezésre állnak, ezzel szemben viszont mégis ott maradt az a gondolat, hogy a szociális szolgáltatások jelentik a „végállomást”.

Ahhoz, hogy a tudományos gondolatoktól eljussunk az ellátórendszerben dolgozó szakemberek adekvát és hatékony szakértelmének alkalmazásáig, *tudás átadására és készségek fejlesztésére van szükség.*

Ehhez járulnak hozzá a reményeink szerint a TÁMOP 5.4.4. „Szociális képzések fejlesztése, szakemberek képzése, továbbképzése és készségfejlesztése, valamint a helyi fejlesztési kapacitások megerősítése” és a TÁMOP 5.4.5. „A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai hátterének kialakítása” uniós programok.

A szolgáltatási rendszer valódi átalakításához tovább kell lépni a diszkurzuson, és – a hagyományos paternalisztikus gondoskodással szemben – minden szakember számára alapértékké kell tenni a *közösségi értékekre alapozó, az ellátást igénybe vevők önálló döntésére és életvitelének támogatására fókuszáló szolgáltatásnyújtást.*

Infrastrukturális fejlesztések

1998-tól a területért felelős tárca jelentős összegeket fordított – évenként, pályázati úton – a lakóotthonok létesítéséhez szükséges beruházásokra, valamint a már működő lakóotthonok feltételeinek javítására. 2000-tól ez kibővült a szakmai felkészítésre és a családban élő személyek szolgáltatásfejlesztésére (támogató szolgálatok) fordított pénzekkel is. Az 1998 és 2001 közötti pályázati támogatások a Belügyminisztérium ún. „címzett támogatásaival” együtt 84 lakóotthon kialakítását tették lehetővé felnőtt értelmi fogyatékosok számára. (A szociális tárcának 2006-ig voltak forrásai a lakóotthonok fejlesztésére és a közösségi-támogató szolgáltatások elterjesztésére.)

Az államosított, műemlék-jellegű épületekben működő, tartós bentlakást nyújtó szociális intézmények rekonstrukciójának programja (Kastély-program 2001–2009) az Állami Számvevőszék fentebb már bemutatott 1997. júliusi jelentésének összegző megállapításain alapult, amely szerint:

- a Szociális törvény szakmai előírásainak teljesülése érdekében a meglévő intézményhálózatok korszerűsítéséhez és bővítéséhez megfelelő források (cél- és címzett támogatás, szakmai programok) biztosítása szükséges,
- a gondozás megfelelő színvonalának garantálása érdekében elengedhetetlen a tartós gondozást biztosító intézmények működéséhez nyújtott normatív hozzájárulás mértékének felülvizsgálata, továbbá az intézményhálózat területén a korszerűbb és megváltozott szükségletekhez jobban igazodó ellátórendszer feltételeinek biztosítása.

A kormány 2001. február 12-én hozott határozata értelmében a megyei, fővárosi, megyei jogú városok, valamint az akkori szociális tárca, az SzCsM fenntartásában működő szociális intézmények körében

TANULMÁNYOK

a 2001–2009 időtartamra vonatkozóan 2001-ben elkezdődött a rekonstrukciós program végrehajtása. A program keretében elsősorban az intézményben halaszthatatlanul elvégzendő feladatokat támogatták. A beruházások egyrészt az épületek életveszélyes jellegének megszüntetésére, a feltétlenül szükséges állagmegóvási munkálatok elvégzésére, az elavult, korszerűtlen műszaki létesítmények és technológiák felújítására irányultak. Másrészt a szakmai munka folytatásához elengedhetetlenül szükséges tárgyi feltételek megteremtését, valamint a működési engedélyekhez szükséges jogszabályban előírt köteleességek teljesülését – elsősorban az akadálymentes közlekedés kialakítását – szolgálták.

A program első három éves üteme lezajlott, majd *2004-ben forráshiány miatt a fejlesztési folyamat megállt.*

A helyi önkormányzatok címzett és céltámogatási rendszeréről szóló, 1992. évi LXXXIX. törvény, illetve a törvény végrehajtását szolgáló 9/1998. (I. 30.) Korm. rendelet alapján a helyi önkormányzatok évente címzett támogatási (kiemelt fejlesztési) igénybejelentést tehetnek. Természetesen szociális intézmények felújítására is pályázhattak az érintettek.

A címzett támogatások nyújtotta lehetőségek keretében kellett gondoskodni az idősek és fogyatékosok ápolását, gondozását nyújtó intézmények, valamint a pszichiátriai betegek, illetve a fogyatékosok rehabilitációs intézményeinek olyan mértékű férőhelybővítéséről, hogy az önkormányzatok eleget tudjanak tenni az ellátási kötelezettségüknek. 2006-ban a program befejeződött.

A program keretében elvégzett feladatok: elsősorban a korszerűtlen, leromlott műszaki állapotú szociális intézmények rekonstrukciója, az alapvető működtetési, műszaki feltételek megteremtése (megbízható és korszerű hőenergia-ellátás, HACCP előírásoknak megfelelő konyhaüzem, szünetmentes áramellátás kiépítése stb.), a szükséges infrastrukturális hálózat kiépítése, az intézmény tárgyi feltételeinek korszerűsítése. További lehetőség volt a gazdaságosan nem felújítható és nem működtethető intézmény, illetve intézményi egységek kiváltása, új létesítmény beruházásával. Szakmai cél volt az elhelyezés komfortosságának növelése mellett a rehabilitációs szolgáltatások, a korszerű gondozás feltételeinek megteremtése és az ellátás hatékonyságának növelése.

2008-ban a Regionális Operatív Programok keretén belül szociális alapszolgáltatások és gyermekjóléti alapellátások infrastrukturális fejlesztése uniós programból folytatódott.

2008 tavaszán írták ki a bentlakásos intézmények korszerűsítéséről szóló TIOP 3.4.2., valamint a közép-magyarországi régió vonatkozásában a KMOP 4.1.1. pályázatot. A fejlesztések célja „a szociális és gyermekvédelmi intézményrendszer korszerűsítése és a nyújtott szolgáltatások minőségének javítása az igénybe vevők méltó életkörülményeinek megteremtése érdekében”. A pályázati felhívás az intézmények méretét illetően az alábbiakat határozta meg:

„Szociális intézmények esetében maximum 150 férőhelyes intézmény fejlesztésére lehet pályázni.

Fogyatékos embereket ellátó intézmények esetében a pályázat keretében fejleszteni kívánt intézmény maximum 50 férőhelyes lehet.” A kiírás a korszerűsítésben érintett intézményekkel szemben ragaszkodott a következő elvárásokhoz:

- csak belterületen megvalósuló beruházás támogatható
- az érintett település lakosság száma minimum 2000 fő
- 1 km-en belül tömegközlekedési lehetőség található.”

E pályázat tehát nagyobb létszámú fogyatékosokat ellátó intézményeknek már nem nyújtott támogatást.

Az uniós programok által támogatott infrastrukturális fejlesztések területén – a társadalmi párbeszéd eszközének hatékony működtetése okán – nagyobb hangsúllyal tudtak a szakmai érdekcsoportok részt vállalni. Az önkormányzatoknak és civil szervezeteknek kiírt címzett beruházások esetében a fenntartói érdekek tudtak érvényesülni, függetlenül attól, hogy a pályázat szakmai tartalmi elemei és a hatályos jogszabályi környezet szakmai szabályai milyen attitűdöt jelenítettek meg.

Az ágazatirányítás elsősorban az új szolgáltatások megjelenítésében és tartalmának, valamint az eszköztár fejlesztésének kérdéskörében tudott hatékonyan megjeleníteni, és ezeket a jogi szabályozás területén is deklarálta. Az önkormányzati kötelező feladatellátásból adódóan a fenntartók vagyongazdálkodási és ellátás-szervezési kérdéseiben érdekérvényesítés szempontjából erőtlen maradt az ágazatirányítás.

Az infrastrukturális fejlesztések sok esetben a célcsoport férőhely számának változását hozták, ami nem kizárólag az intézményi ellátásokat igénybevevők számától függött, hanem a Szociális törvény azon alapelveinek a gyakorlatban való megvalósulásától, mely szerint *az igénybevevő diagnózisa, egészségi állapota, szociális szükséglete jelöli ki az ellátási forma biztosítását.*¹⁰

A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociá-

¹⁰ 66. § (1) Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapszolgáltatások keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni.

68. § (1) Az idősek otthonában a 68/A. § (3) bekezdésében meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézetű kezelést nem igénylő, a rá irányadó öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy látható el.

(2) Az idősek otthonában a 18. életévét betöltött, betegsége vagy fogyatékosága miatt önmagáról gondoskodni nem képes, a 68/A. § (3) bekezdése szerinti gondozási szükséglettel rendelkező személy is ellátható, ha ellátása más típusú, ápolást-gondozást nyújtó intézményben nem biztosítható.

(3) Ha az (1) és (2) bekezdésben említett személy pszichiátriai vagy szenvedélybetegségben szenved, ellátásáról más intézmény keretében kell elkülönítetten gondoskodni.

85/C. § (5) A megyei, fővárosi önkormányzat a megye, főváros területén ellátandó, intézményi keretek között gondozható, de speciális egyéni ellátást igénylő személyek részére – így különösen akik súlyos pszichés vagy disszociális tüneteket, magatartászavart mutatnak – külön-külön egyes ellátotti csoportok szerint – ide nem értve az időskorúakat – speciális intézményt alakít ki, amely az egyes ellátotti csoportok vonatkozásában legfeljebb húsz fő elhelyezését biztosítja.

94/E. § (1) A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményi ellátást igénybe vevő ellátottnak joga van szociális helyzetére, egészségi és mentális állapotára tekintettel a szociális intézmény által biztosított teljes körű ellátásra, valamint egyéni szükségletei, speciális helyzete vagy állapota alapján az egyéni ellátás, szolgáltatás igénybevitelére. Az alapszolgáltatásban részesülő számára az igénybe vett ellátáshoz kapcsolódó, az e törvényben meghatározott általános vagy speciális jogokat is biztosítani kell (lásd szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv.).

TANULMÁNYOK

lis intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiája éppen ezért helyezi középpontjába azon Testületet (Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület), amelyet a teljes megvalósítási cél és folyamat érdekében hoztak létre. A Testület tagjai különböző érdekcsoportokhoz tartoznak, avégett, hogy az érdekkülönbségek a megvalósítás talaján ne változtassák meg az eredeti célt.

A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiája

Az elmúlt 10-15 év szakmafejlesztése elérkezett ahhoz, hogy a fogyatékos személyek hagyományos szociális intézményi ellátásával szemben koncepcionális ellátásfejlesztést valósítson meg, és az eddigi szolgáltatás területén megjelenő fejlesztéseket összekapcsolja, közös alapelv érvényesítésével rajzoljon ki új képet.

„Pixelből kép”

A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiája egységes koncepcióba rendezi az eddigi fejlesztési elemeket, a szakmai diskurzust kívánja a gyakorlatba átültetni.

A Stratégia célja, hogy kijelölje a hosszú távú irányokat az intézmények és a fogyatékos személyek számára nyújtott szolgáltatási rendszer teljes átalakítására, a lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, széles szolgáltatási kínálattal rendelkező, az öngondoskodásra való képességre épülő és az azt fejlesztő szolgáltatási rendszer irányában való elmozdulására.

A Fot. felhatalmazás alapján ellátotti oldalról a Stratégia közvetlen célcsoportjába azok a fogyatékos személyek tartoznak, akik jelenleg nagy létszámú intézmény által nyújtott ellátásban részesülnek. A célcsoport alanyai azon fogyatékos személyek is, akik szenvedélybetegséggel, pszichiátriai zavarral küzdenek. A Stratégia nem terjed ki a kizárólag pszichiátriai beteg ellátottak intézményi férőhely kiváltására. Közvetett célcsoportként számol azonban a jelenleg saját otthonukban élő fogyatékos személyekkel.

Ezen a ponton szükséges kitékinteni a különböző célcsoport definíciókra, és arra, hogy kinek milyen szolgáltatás ad életvitelében támogatást.

A fogyatékoság definíciója és tipológiája koronként és társadalmanként eltérő. Az, hogy egy adott társadalomban kit tekintenek fogyatékosnak, a jelenségen kívül szorosan összefügg azokkal a csoportokkal, amelyek magát a fogalmat konstruálják. A definíciók differenciáltsága jól tükrözi a különböző érdekcsoportok erőviszonyait, érdekeit és igényeit.

Arra a kérdésre, hogy ki számít ma fogyatékosnak Magyarországon, azért nem lehet egyértelműen válaszolni, mert ahány szempontból vizsgáljuk a fogyatékosokat, annyi – egymástól eltérő – definíció lehetséges.

Alapvetően három megközelítés különböztethető meg: az orvosi,

szociális és az emberi jogokon alapuló modell. A fogyatékoság *orvosi modellje* „alapvetően abból áll, hogy felismer egy kondíciót, amely eltér a normálistól, diagnosztizál, és egy szolgáltatás keretében kezelést, segítséget nyújt. Ez még kiegészül egy rehabilitációs szemlélettel, amely minél közelebb szeretné vinni a beteget a normálhoz, minél inkább szeretné visszaállítani eredeti (normális) kondícióját”. (Lisznyai, 2010) A WHO által 1980-ban publikált „Képességcsökkenések, Fogyatékoságok és Hátrányok Nemzetközi Besorolása” (ICIDH) a fogyatékoságot orvosi szempontból közelítette meg. A besorolás három fogalmat határozott meg: képességcsökkenés (funkcionális/strukturális testi rendellenesség), fogyatékoság (képességcsökkenés által okozott személyes tevékenységi és viselkedési problémák) és hátrány (a fogyatékoságból fakadó társadalmi hátrányok). Míg a *károsodás, funkciózavar és- csökkenés* (impariment) egészségügyi állapotot, orvosi rendellenességet takarnak, addig a *fogyatékoság* (disability) fogalma már magában hordozza az emberi tevékenységek bármely területén jelentkező képességcsökkenést, a *hátrány* (handicap) pedig nem más, mint a fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány. A modellt túlmedikalizáltsága miatt számtalan kritika érte. A WHO 2001-ben elmozdult a betegség következményeinek osztályozásától az egészség elemeinek osztályozása felé a „Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzeti osztályozása” (FNO) című dokumentumában. Az FNO legfontosabb üzenete, hogy az emberi tevékenységek korlátozottságának, a társadalmi életben való részvétel akadályozottságának az egészségi állapot mellett – azzal azonos hangsúllyal – környezeti és személyes tényezők is okai lehetnek. Ebben a szemléletben az egészségügyi károsodásnak csak annyiban van szerepe a fogyatékoság megállapításában, amennyiben azok a társadalmi részvétel szempontjából hátrányt jelentenek.¹¹ „A *szociális modell* elválasztja egymástól a fogyatékoságot, mint társadalmi jelenséget és az egyéni személyes tragédiát; sőt, mintegy függetlennek definiálja a személyes, fizikai kondíciót és a fogyatékoságot, mint szociális státuszt”. (Lisznyai, 2010) Az *emberi jogokon alapuló modell* többek között hangsúlyozza az önmeghatározás, az önrendelkezés – semmitőlünk, nélkülünk elv – és az érdekképviselet fontosságát, valamint szankciókat követel minden olyan helyzetben, amikor a fogyatékos személyek társadalmi kirekesztése megnyilvánul.

Jogi megközelítés szempontjából kiemelkedő jelentőségű „A Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz tartozó Fakultatív Jegyzőkönyv” – melyet hazánk a 2007. évi XCII. törvénnyel ratifikált. A dokumentum a következőképpen határozza meg a fogyatékoság fogalmát: „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 másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását” (1. cikk).

A definíció az FNO szemléleten is túllép. Ebben a meghatározásban az orvosi megközelítésen túl megjelenik a „számos egyéb akadály” kifejezése, amely lehetővé teszi akár a munkahelyi, környezet okozta hátrányok idesorolását is. A másik, kiemelkedő elem a „másokkal egyenlő sze-

¹¹ Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzeti osztályozása. World Health Organization, 2003.

TANULMÁNYOK

repvállalás". E szerint mindaddig fogyatékosnak tekinthető egy személy, amíg nincs lehetősége a másokkal egyenlő társadalmi részvételre. Ugyanakkor a definíció nélküli azon csoport meghatározását, akikhez viszonyítva megállapítható a társadalmi részvétel esetleges deficitje, akikhez viszonyítva kellene legalizálni a fogyatékosok helyzetét; hiszen léteznek olyan társadalmi csoportok, akik éppen úgy nem részesülnek megfelelően a társadalmi javakból, mint a fogyatékos emberek. (Halmos, 2007:95–102.)

Célhoz rendelt intézkedések, avagy az ellátásokhoz adekvát célcsoport definíciók megteremtése

A hazai szakpolitikák különböző intézkedési területein is eltérő definíciók és fogyatékoság-felmérési modellek működnek. Találhatunk olyan megfogalmazásokat, amelyek egyértelműen meghatározzák, hogy ki fogyatékos. Ugyanakkor a szabályozások egy része nem a fogyatékoság definícióját, hanem az intézkedések célját jelölik. Mindig az adott szakpolitikától függ, hogy melyik felmérés és definíció lesz releváns, és ennek eredményeképpen a szakpolitikák között nem teremthető meg a kategóriák összhangja. Egy személy, aki egy foglalkoztatási intézkedés szempontjából fogyatékosnak minősül, nem feltétlenül lesz fogyatékos az önálló életvitelt támogató intézkedések tekintetében.

A Szociális törvény és a végrehajtási rendeletek is eltérő fogyatékosággal kapcsolatos meghatározásokat használnak a szociális szolgáltatások igénybevételénél. A fogalomhasználat szűkítése – tágítása az adott szolgáltatás tartalmától és célrendszerétől függ.

Fogyatékoság versus pszichiátriai betegség

A pszichiátriai betegek esetében fontos kérdés, hogy mit jelent a fogyatékoság. Fogyatékos személy-e önmagában az, aki kezelésben részesül a kevert szorongásos kórkép diagnózisa alapján? Ha a WHO 2001. évi definíciót nézzük, akkor az alábbi megállapítást kell alapul vennünk: az egészségügyi károsodásoknak csak annyiban van szerepük a fogyatékoság megállapításában, amennyiben azok a társadalmi részvétel szempontjából hátrányt jelentenek.

Ebből következően akkor használhatjuk a pszichiátriai betegek esetében a fogyatékoság definíciót, ha egy adott személy esetében megállapítjuk, hogy állapota a társadalmi részvétel szempontjából hátrányos. Ehhez megfelelő felmérési rendszer alkalmazása kell (FNO) és a rendszert el kell helyezni a támogatások, ellátások, szolgáltatások hálózatában.

Kimondható-e a fentiek alapján egy az egyben a pszichiátriai betegekre, hogy fogyatékos személyek?

A szükséglet alapú ellátásban a szolgáltatásnyújtás tartalma, módszere adja az alapot, a hatékony eszköztárat. A szolgáltatásnyújtás sokszínűsége mellett a módszer kiválasztása mindig adott célcsoportra alkalmazandó, így a különböző rehabilitációs, gyógypedagógiai, viselkedés-,

kognitív terápiás eszközök közül a megfelelőt szükséges kiválasztani. Az adott szakmaterület jellemzőjét, „hogyanját” a célcsoport-szükséglet-cél-eszköz egymásra épülése határozza meg. *Ugyanazzal az eszközzel – például a gyógypedagógia eszközével – nem lehet különböző célcsoportnak adekvát szolgáltatást nyújtani.*

A vegyes profilú intézmények esetében gyakran látszik az a hiba, hogy az ellátásnyújtás nem tud több célcsoportra fókuszálni.

A szolgáltatások szervezése célcsoport-specifikus. A célcsoport-specifikusság oka az adott személy teljes szociális szükségletére adandó hatékony válasz „hogyanja”.

A Stratégia *célcsoportját* tehát a Fot.-tal összhangban *kizárólag a hazai értelemben vett fogyatékos személyek alkotják.*

A Stratégia időtávja 30 év. Az első három év átalakításának megvalósítása a Stratégia alapján a TIOP 3.4.1. pályázat keretében történik meg. Az első három év feladatait kormányhatározat tartalmazza. Az Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület 2014 első félévében dolgozza majd ki az intézményi átalakítás Hároméves Cselekvési Tervét. A Hároméves Cselekvési Terv a Stratégia alapelvei és céljai mentén felülvizsgálja az elért eredményeket, áttekinti a tapasztalatokat és teljes körű felmérést készít a még nem kiváltott intézményekről és ellátottakról. Ezek, valamint a rendelkezésre álló források tükrében fogja kialakítani a kiváltás programjának következő évekre vonatkozó ütemét.

A Stratégia célja kisebb létszámú, lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, széles szolgáltatási kínálattal rendelkező, az öngondoskodásra való képességre épülő és az azt fejlesztő szolgáltatási rendszer jöjjön létre. A célok az alábbi rendszerben határozhatók meg:

- Csak annyi segítséget kell nyújtani, amennyire az egyénnek szüksége van, és az legyen magas szakmai színvonalú, elméletileg is megalapozott.
- A támogatások és szolgáltatások kialakításának és átalakításának nem szabad megfosztania a fogyatékos embereket mindattól, amit önállóan is tudnak érni, amit önállóan is képesek megvalósítani.
- A fogyatékos emberek új otthonait a településbe integráltan helyezték el.
- A fogyatékosággal élő ember otthonát lehetőleg a megszokott környezetéhez hasonló környezetben kell kialakítani.
- A fogyatékosággal élő embernek a lakás, lakókörnyezet kialakításában, berendezésében részt kell vennie.
- A fogyatékosággal élő ember akaratának megfelelően biztosítani kell, hogy együtt lakhasson barátjával, házastársával, élettársával.
- Adekvát munkahelyeket kell biztosítani, szükség szerint a Támogatott Foglalkoztatás keretein belül. Emellett biztosítani kell, hogy az érintettek olyan tevékenységekhez jussanak hozzá, amelyek értelmes elfoglaltságot jelentenek.
- A közszolgáltatások eléréséhez minden embernek – így a fogyatékosággal élőknek is – egyenlő esélyt kell biztosítani. Ezért a szociális ellátás mellett az egészségügy, a közoktatás és a foglalkoztatás területén is szükséges a leendő igénybevételre felkészülni.
- Meg kell teremteni az önkéntes segítőkből álló rendszer kereteit.

TANULMÁNYOK

A Stratégia nívuma, hogy az eddigi, bentlakásos intézmény által nyújtott komplex szolgáltatás az önálló életvitelt segítő szolgáltatásokra, valamint a lakhatási szolgáltatásra bomlik szét. A normalizáció elve mentén megvalósul az életterek, azaz a lakhatás és a napközbeni tevékenységek (pl. oktatás, gondozás, szabadidős tevékenységek, társas kapcsolatok, fejlesztés, rehabilitáció) szétválasztásán alapuló, személyre szabott és szükségletekre épülő ellátás.

Az eddigi intézményi ellátás keretében élő fogyatékos személy és a saját családjában élő fogyatékos személy részére nyújtott szociális szolgáltatások egységessé válnak, ezzel biztosítva minden fogyatékos személy számára a társadalmi integrációt. Az átalakítás során az is előfordulhat, hogy az eddigi igénybe vevők a felmért szükséglet intenzitási igényük alapján és a napközbeni szolgáltatások elérhetősége miatt, saját családjukhoz tudnak visszaköltözni.

Az átalakítás eredményeként az ellátottak szükségleteikhez, képességeikhez, készségeikhez igazodó segítő szolgáltatások mellett önálló életvitelt folytathatnak, a településbe integráltak. Lehetővé válik, hogy az ellátottak a helyi lakossággal azonos életkörülmények és életfeltételek között éljenek. A Stratégia az egyéni szükségletekre épülő, szociális szolgáltatással együtt nyújtott lakhatási szolgáltatásnak három formáját támogatja:

1. lakás: a társadalmi- és lakókörnyezetbe integráltan elhelyezkedő, maximum 6 fő részére lakhatást nyújtó önálló lakás, amely nem képezi az ellátott tulajdonát,

2. lakóotthon: a társadalmi- és lakókörnyezetbe integráltan elhelyezkedő, maximum 12 fő részére lakhatást nyújtó ház, nagyobb lakás,

3. lakócentrum: integrált lakókörnyezetben elhelyezkedő, maximum 50 fő ellátására alkalmas lakóépület/épületek együttese. Ebben az esetben is biztosítani kell az alapelvet, miszerint a lakhatás és a napközbeni tartózkodás terei szétválnak.

A támogatott lakhatás a támogatás szükséglet intenzitásának a felmérésén alapul és annak változása során módosul – a felméréssel egy időben szükséges elkezdni az igénybevevők felkészítését, amelyre vonatkozóan intézkedési tervet kell meghatározni.

A Stratégia egyik alapelve az integráció, amely nemcsak a fizikai infrastruktúra, azaz a fogyatékos személyek számára nyújtott lakhatási szolgáltatások biztosítását jelenti, integrált lakókörnyezetben, hanem maguknak a fogyatékos személyeknek a befogadását is, az adott közösségbe, valamint részvételüket a mindennapi folyamatokban (pl. oktatás, szociális és gyermekvédelmi ellátás, foglalkoztatás, sport, kultúra).

A végrehajtással kapcsolatos intézkedések koordinálását az újonnan létrehozott Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület végzi, amelynek munkájában a fogyatékosokkal élő emberek, az őket képviselő érdekképviselői szervezetek, a szociális háttérintézmények, a szociális és gyógypedagógiai felsőoktatási intézmények, valamint a szolgáltatásokat fenntartók vesznek részt. Az intézményfenntartók részére a kiváltással kapcsolatos kérdésekben szakmai segítségnyújtást az uniós forrásból létrehozni kívánt mentorhálózat nyújt majd. A megváltozott szolgáltatási struktúra igényli a jelenleg a területen dolgozó szakembe-

rek kompetenciájának fejlesztését. Nagyon fontos a Stratégia megvalósításának sikere szempontjából a szakemberek, az ellátottak, a gondnokok, valamint a fenntartók és a környezet felkészítése a változásra.

A változtatás beágyazottsága

E tanulmány bevezetőjében kifejtettük, hogy a bemutatott változások nem a rendszer egyes elemeinek, hanem a teljes struktúrának a gyökeres átalakítását célozzák. Ez a változás azonban – a teljes, szociálpolitikai ellátórendszer tekintve – egy nagyobb átalakítás hangsúlyos elemének tekinthető.

Ezt a nagyobb változást a 2011 nyarán a kormány elé kerülő, ún. *Nemzeti Szociálpolitikai Konceptió* (továbbiakban: Konceptió) összefüggései jelentik.¹²

Nagyon fontos azonban, hogy a Stratégia által kitűzött, nagy átalakításokat jelentő változási folyamatot milyen menedzselési stratégiával vezeti be a szakmai, ágazati irányítás. A változtatás-implementálási stratégiák egyik leggyakrabban idézett osztályozása Zaltmann és Duncan nevéhez fűződik.¹³

Ennek alapján a Stratégia bevezetésének egyik kézenfekvő lehetősége lenne a „facilitatív” (megkönnyítő, előmozdító) módszer elfogadása kedvezmények, jutalmak kilátásba helyezésével, amely az érintettek kedvére való feltételek megteremtésével teszi könnyebbé a változtatást. Ez részben az ellátásban dolgozókat segítő eszköz lehet. Mindenképpen szükséges azonban az ún. „átnevelő stratégia” alkalmazása is, hiszen ez az emberek értékrendjét, gondolkodásmódját, viselkedését – vagyis a szervezeti kultúra alapvető elemeit – igyekszik megváltoztatni a tervezett változtatás sikere érdekében. A kialakult rutin „visszatanulása” („unlearning”), a meglévő, tapasztalatokba ágyazott beidegződésektől való megszabadulás azonban a mi területünkön is „keserves” folyamat.

Az egyik legfontosabb feladat megtalálni tehát a „meggyőzés eszközeinek” legjobb módszereit.¹⁴

Ahogy azonban a „facilitálás” és az „átnevelés” az ún. meggyőzésnél is hatásosabb eszköz, úgy elmondható, hogy a „hatalmi stratégia” képviselője a legkevésbé kívánatos. A kormányzat és a szakmai, ágazati vezetés szempontjából sem cél kihasználni a változtatás kezdeményezői „magasabb beosztását”, a befolyásolandó személyek esetleges függő helyzetét, a változási kényszert utasításba adni, és az esetleges ellenállókál szemben kényszert alkalmazni.

¹² A helyzet sajátossága, hogy az Európai Unió fejlesztési források elvesztésének „réme” okán a Stratégiát hamarabb fogadták el, mint a tágabb kereteket meghatározó Konceptiót. Szerencsére azonban a Konceptió elkészítésében a Stratégia alkotói is részt vettek, így bátran kijelenthető, hogy mind értékrendszerében, mind elvi és gyakorlati célkitűzéseiben a Stratégia teljes mértékben a Konceptióra épül.

¹³ Idézi – többek között – dr. Pataki Béla „Változásmenedzsmet”, oktatási segédlet, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, 2004.

¹⁴ Ennek keretein belül érvekkel, ésszerű indokolással, a tények korrekt bemutatásával igyekszik az alkalmazó elfogadtatni a változtatás helyességét, hasznosságát, próbálja megváltoztatni az érintettek véleményét a kívánt irányban.

Cél azonban elnyerni a befolyásolásra adott kedvező reakciót, hiszen a legjobb eredmény, a *beépítés*, azaz egy érték vagy viselkedés internalizálása a befolyásolásra való kedvező reagálás legtartósabb, legmélyebben gyökerező módja. A szakmai munkától kezdve a szakmai képzésekig minden területen megnyilvánuló beépítést reményeink szerint a hitelesség váltja majd ki. Az a fajta hitelesség, amely az elméletek és a gyakorlat összekapcsolására törekvésből, és következetesen képviselt értékek tiszteletére épül, kerülve a minősítéseket és az érintettek fölösleges „zaklatását”.

Összegzés

A magyar terminológiában használt kiváltás, kitagolás kifejezések félrevezetőek, hiszen egy *rendkívül komplex és összetett folyamat* egyetlen elemére, a nagy létszámú intézmények megszüntetésére fókuszálnak. Az intézménytelenítés a támogatott és támogató közötti viszonyrendszer képlete, amelyet erősít vagy gyengít az infrastrukturális keret. Önmagában csak az infrastrukturális keretről, mint kiemelt szempontról csupán akkor lehet beszélni, ha ezen infrastrukturális keretek szélsőségesek. A cél – rendszerszerűen és általánosan elfogadottan – maguknak a fogyasztóknak a befogadása az adott közösségbe, részvételük megteremtése a mindennapi folyamatokban (pl. oktatás, szociális és gyermekvédelmi ellátás, foglalkoztatás, sport, kultúra). Az *ellátórendszer átalakítása a jelenlegi, merevebb struktúra helyett az egyéni szükségleteket, igényeket helyezi a középpontba, és az azok kielégítésére célzottan képes szolgáltatásokra épülő rugalmas rendszert vezet be*. A normalizáció elve mentén megvalósul az életterek, azaz a lakhatás és a napközbeni tevékenységek (pl. oktatás, gondozás, szabadidős tevékenységek, társas kapcsolatok, fejlesztés, rehabilitáció) szétválasztásán alapuló, személyre szabott és szükségletekre épülő ellátást.

Magyarországon a közösségi alapú ellátásszervezés a 2000-es évek óta megjelent, az ehhez tartozó tudás és eszköztár is megtalálható. Erre szükséges alapozni a további lépéseket koncentráltan, egyéb elemekkel bővítve, a célcsoport érdekeit és szükségleteit támogatva.

A modern reformtörekvéseket a „közösségi ellátás” terminusa fejezi ki. Bár a fogalom tartalma időközben változott, egyes országokban eltérő módon értelmezik, az alapvető célkitűzéseket illetően *szakmai egyetértés alakult ki*. A jövő iránya a közösségi megközelítés. Az új szemléletmód a modern társadalmak értékorientációjának vonalába mutat: felértékelődik az egyén és a személyhez kötött értékek.

Az elmúlt 10–15 évben olyan vegyes kép alakult ki a hazai szociális szolgáltatásokról, ahol egymás mellett jelent meg a kiváló szakmai tudás és eszköztár, valamint a korlátozó intézkedések hálós ággyal, vagy a zsúfolt intézményi ellátás mellett működő közösségi szolgáltatások közé tartozó támogató szolgálat. Ebből mára eltűnt a hálós ág, csökkent a zsúfoltság, a művészet-, színház terápia és a felhasználók hatékonyabb érdekérvényesítése révén erősödött a befogadó társadalmi kép, megalkotódtak az adekvát alapszolgáltatások.

Hazánkban a fenti folyamatok, a szolgáltatási struktúra megváltoztatásához kiemelten fontos a nemzetközi gyakorlatokat elemezni. A hazai

környezet tartalma (célcsoport, szolgáltatási tartalom) miatt viszont a külföldi gyakorlatok teljes mérvű adaptálása, hazai gyakorlatba való átültetése nem reális cél. Az adaptációs folyamatok éppen ezért vizsgálják a kiindulási pontokat, és ezekre alapozzák az új szolgáltatástartalmi-, szervezési elemeket, egy adott ország ellátási rendszerében.

A Stratégia olyan időszakban jelenik meg és írja át az eddigi ellátórendszer struktúráját, amikor az az eddigi szakmai fejlesztésekkel képes befogadni és adaptálni, megvalósítani a célját. A különböző érdekek a Testület munkájával képesek közös irányt mutatni, amely által remény van az ellátórendszer hatékony átalakítására.

„A Pixel képpé válik.”

Irodalom

- Állami Számvevőszék, 1997. 363 A tartós szociális ellátást nyújtó intézmények helyzetének és finanszírozásának vizsgálati tapasztalatai.(Online) Budapest Available at: HYPERLINK „<http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/54D2C2C4C8478190C1256CB10045378B?OpenDocument>”
- Bánfalvy Csaba 2006: Gyógypedagógiai szociológia. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Prof. Barnes, Colin 1998: Seminar on Human Rights for Persons with Disabilities from a North and South perspective. Stockholm.
- Csepeli György 2001: A szervezkedő ember. A szervezeti élet szociálpszichológiája. Osiris, Budapest.
- Európai Bizottság Foglalkoztatási, Szociális és Esélyegyenlőségi Főigazgatósága 2009: Az intézeti gondozásról a közösségi alapú gondozásra történő átállással foglalkozó AD Hoc Szakértői Csoport Jelentése.
- Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzeti osztályozása. World Health Organization, 2003.
- Halmos Szilvia 2007: Esélyteremtés vagy önkény? A fogyatékoság fogalma a magyar és német jogban. Fundamentum. 4. 95–102.
- Kálmán Zsófia – Könczei György 2002: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris, Budapest.
- Lisznyai Sándor 2010: Mi az intervenciónk alapja? A fogyatékoság modelljei. In: Juhász Márta (szerk.) A foglalkozási rehabilitáció támogatása pszichológiai eszközökkel. Typotex Kft.
- Dr. Stollár János: Új szakmai törekvések, új ellátási formák. In: Dr. Stollár János (szerk.): A fogyatékos embereket segítő-ellátó szociális intézmények modernizációs programja. Periferia Seria Könyvek. Budapest, 2004. 11 old.