

Fogyatékos emberek társadalmi befogadása – a szociális ellátórendszer feladatai, lehetőségei

Tudástár Tanulói
tananyag

Készült az Új Magyarország Fejlesztési Terv

„A FIZIKAI ÉS INFO-KOMMUNIKÁCIÓS AKADÁLYMENTESÍTÉS
SZAKMAI HÁTTERÉNEK KIALAKÍTÁSA”
CÍMŰ TÁMOP 5.4.5 kiemelt projekt keretében

Szerkesztő:

Székelyné Kováts Eszter Szabó
Gabriella

Írta:

Bass László
Deákné Orosz Zsuzsa
Győri Enikő
Szauer Csilla

Lektorálta: dr. Nagyné Varga Ilona

Projektvezető: Szentkatolnay Miklós

Kiadja a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány

Felelős kiadó: Kovács Gábor

Székhely: 1139 Budapest, Pap Károly u. 4-6.

Tel.: (+36 1) 450-3230

Fax: (+36 1) 450-3235

Azonosító: Fogyatékos emberek társadalmi befogadása
– a szociális ellátórendszer feladatai, lehetőségei – Tudástár

ISBN: 978-615-5043-09-3

Arculat, design és grafik: Nova-Products Kft. Nyomás:
AduPrint Kiadó és Nyomda Kft.

A kiadvány ingyenes, kizárólag zárt körben, oktatási céllal használható.

A kiadvány kereskedelmi forgalomba nem hozható.

A felhasználás jövedelemszerzés vagy jövedelemfokozás célját nem szolgálhatja!

© Bass László, 2009

© Deákné Orosz Zsuzsanna, 2009

© Győri Enikő, 2009

© Szauer Csilla, 2009



© Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány

Tartalomjegyzék

1. A FOGYATÉKOS EMBEREK TÁRSADALMI HELYSZÍNE – BASS LÁSZLÓ

- 1.1 Demográfiai adatok – gyakorisági becslések, a fog...
- 1.2 Demográfiai adatok – gyakorisági becslések.....
- 1.3 Demográfiai adatok – képzettség, foglalkoztatot...

2. FOGYATÉKOSSÁG ÉS SZEGÉNYSÉG – BASS LÁSZLÓ

- 2.1 A szegénységtől a társadalmi kirekesztődésig – t...
- 2.2 Szegénységi kockázat a fogyatékos emberek csa...
- 2.3 Szegénység.....
- 2.4. A támogatások célzottsága.....
- 2.5. Hozzáférés a szolgáltatásokhoz.....

3. A SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK MEGSZERVEZÉSE IGÉNYBEVÉTELÉNEK PROBLÉMÁI – BASS LÁSZLÓ

- 3.1. A szociális ellátórendszer.....
- 3.2. Egyenlőtlen területi eloszlás.....
- 3.3 Az integráció lehetséges szintjei, komplex rehab...
- 3.3.1 A fogyatékos személyeket érintő társadalmi szemléle...**
- 3.3.2 A társadalmi kirekesztettség intézményes okai.....**
- 3.3.3 A fogyatékos személyek és családjuk életminőségéne...**

4. FOGYATÉKOS EMBER A CSALÁDBAN I. – GYRI – FOGYATÉKOS GYERMEK SZÜLETIK

- 4.1. Bevezetés
- 4.2 A szociális problémák eredete, emberi szükségle...
- 4.3. A család fogalma, funkciói

4.4. Eltérő családi háttér – eltérő életesélyek	
4.5. A család, mint rendszer	
4.6. Krízis, krízisintervenció.....	
4.7. Fogyatékos gyermek születik – ép családtag fogyatékoská vá	
4.8. Nevelési problémák, személyiségfejlődés.....	
4.9. Találkozás a közösségekkel, integrált nevelés, oktatás	
4.10. A szülők és a szakemberek kapcsolata	
4.11. A szülők munkavállalási lehetőségei	
4.12. A család külső erőforrásai	

5. FOGYATÉKOS EMBER A CSALÁDBAN II.– GYRI ENIK – A FOGYATÉKOS EMBER FELNTT ÉLETE.....

5.1. Bevezetés	
5.2. Felnőtként élni	
5.3. A felnőtt szerep kritériumai, szociális készségek	
5.4. A család szerepe	
5.5. A női és férfi szerepek.....	
5.6. Párvalasztás, szexualitás	
5.7. Gyermekvállalás	
5.8. Fogyatékos szülő, ép gyermek.....	
5.9. Oktatás	
5.10. Munkavállalási lehetőségek biztosítása	
5.11. A megfelelő lakóhely.....	
5.12. A személyes szociális és gyermekvédelmi ellátás lehetőségei	
5.13. Összegzés.....	
5.14. Egy példaértékű modellkísérlet a családok segítésére – Fec	

6. FOGYATÉKOS EMBER A BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYBEN -

6.1. Bevezetés	
6.2. Paradigmaváltás a fogyatékos emberekről való intézményi e	
6.3. A fogyatékos embereket ellátó bentlakásos intézmények ha	
6.4. Az átalakítás alapelvei.....	

6.5. A bentlakásos intézmények típusai.....	
6.6. Az intézményben élő fogyatékoscsoporth néhány	
6.7. Intézményi modernizációs törekvések	
6.8. A modernizációs törekvések egyik példája – Fővárosi Önkormányzat Értelmi Fogyatékosok	

7. KOMPLEX REHABILITÁCIÓ.....

7.1. A hazai rehabilitációs ellátórendszerek bemutat és súlyosság szerinti igényekhez illesztett intézményi módszertani kínálat, szakemberek teammunkája – Dr. Márkus Eszter	
7.2. Deákné Orosz Zsuzsa: Foglalkoztatási rehabilitáció	
7.3. Dr. Kovács Zsolt: A közösségi foglalkoztatáspolitikai	
7.3.1 A közösségi szintű foglalkoztatáspolitikai kialakulása	

8. ESÉLYEGYENLSÉG A GYAKORLATBAN– DEÁKNÉ OROSZ ZSUSZA – KOMPLEX AKADÁLYMENTESÍTÉS

9. TÁRSADALMI, KÖZÖSSÉGI SZINTŰ ÉRZÉKENYSÉG – A FOGYATÉKOS EMBEREK SZEREPÉNEK, HATÁSAI TÁRSADALMI SZEMLELVÁLTÁS, ELFOGADÁS A KOMMUNIKÁCIÓ ESZKÖZEIVEL – SZAUER

9.1. Bevezetés	
9.2. Nemzetközi trendek, dokumentumok.....	
9.3. Hazai dokumentumok, keretek	
9.4. Kommunikációs alapfogalmak és alkalmazható	
9.5. A fogyatékosügy és a kommunikációs terület eg	
9.6. Összegzés.....	

1. A fogyatékos emberek társadalmi helyzetének elemzése Bass László

1.1. DEMOGRÁFIAI ADATOK – GYAKORISÁGI BECSLÉSEK, A FOGYATÉKOSSÁG FOGALMA

A fogyatékos emberek számának ismerete elengedhetetlenül szükséges minden velük kapcsolatos társadalmi beavatkozás tervezéséhez. Számos olyan adatgyűjtés, vagy nyilvántartás létezik Magyarországon is, amelynek alapján megmondhatjuk, hány vak, mozgáskorlátozott vagy értelmi fogyatékos ember él hazánkban. Ezekből a forrásokból azonban meglehetősen különböző adatokhoz juthatunk.

Nézzük például a látássérültekre vonatkozó adatokat! Bár e fogyatékosági típus fogalma első közelítésben egyértelműnek tűnik – például a sokkal kérdésesebb értelmi fogyatékosághoz vagy mozgássérüléshez képest –, a látássérültek száma a különböző közelítések szerint lehet 8 ezer de akár 450 ezer fő is!

1. táblázat: A látássérültek számára vonatkozó különböző adatok

	Látássérült összesen	Ebből: vak
Népszámlálás (2001)	83,040	9,443
Népszámlálás (1990)	69,115	7,785
Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (2008)	19,000	?
Látássérült, fogyatékosági támogatást kap (2007)	37,642	?
	Enyhe látáscsökkenés	Súlyos látáscsökkenés
Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003)	453,000	62,000

A népszámlálás mintegy 80 ezer látássérült embert regisztrált 2001-ben. Az adatfelvétel a kérdezetteket önbesorolásuk alapján minősítette látássérültnek (az itt választható kategóriák a következők voltak: gyengénlátó, egyik szemére nem lát, illetve vak). Az önbesorolás bizonytalanságát jól bizonyítja, hogy 1990 és 2001 között a látássérültek száma 20%-kal emelkedett (még szembeötlőbb, hogy a népszámlálásban megjelölhető „egyéb fogyatékoság” kategóriájában szereplők száma 1990-ben 25 ezer, 2001-ben 125 ezer fő volt).

Mivel az ember képességei meglehetősen széles skálán mozognak, nehéz meghúzni azt a határt, ahol a képességek gyengesége már szélsőségesen rossznak minősül. Akinek romlik a látása, az esetleg szemüveggel, kontaktlencsével korrigálhatja ezt a romlást. Hogy hány dioptriától kell gyengénlátónak tekintenünk valakit, azt a szemészek pontosan meg tudják határozni, de a kérdezett szubjektív módon ítéli magát látássérültnek. Ha valaki az „egyik szemére nem lát” – ez elsősorban a térlátás képességét befolyásolja – akkor látássérültnek minősül, de a színvakságot vagy a szintévesztőket nem sorolja ide a népszámlálás.

A Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége kevesebb mint húszezer tagot számlál – hiszen sok látássérült nem akar, vagy nem tud belépni a szervezetbe. Ugyanígy bizonytalan a fogyatékosági támogatáshoz való hozzáférés adatait alapul venni (ezt kevesebb, mint 40 ezer látássérült kapja), hiszen sokan nem ismerik ezt a lehetőséget, vagy előnyösebb számukra a vakok személyi járadékát igényelni, esetleg valamely okból elutasították kérelmüket.

A fogyatékoság fogalmának meghatározásában az elmúlt években jelentős szemléletbeli változásnak lehetünk tanúi. Az Egészségügyi Világszervezet 2001-ben fogadta el „A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása” (FNO) című kategóriarendszert, amely a fogyatékoságot „minden károsodás, tevékenységbeli akadályozottság vagy részvételi korlátozottság” gyűjtőfogalmaként határozza meg (FNO 2004. 3.).

Hogy jobban érthető legyen a funkcióképesség értelme, vizsgáljuk meg, hogy milyen módszerrel állapítják meg a látás zavarát az Országos Lakossági Egészségfelmérés során 2003-ban (OLEF 2003):

„Elég jól lát-e ahhoz, hogy az utca túloldaláról felismerje ismerőseit?

Igen (0), Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével (0), Nem (1) Elég

jól lát-e ahhoz, hogy kartávolságból felismerje ismerőseit?

Igen (0), Csak szemüveggel vagy kontaktlencsével (1) Nem (2)”

„Megtartott funkcióképességű volt az, akinek csak 0 pontos válasza volt. Mérsékelt funkciócsökkenést/fogyatékossgot állapítottunk meg, ha a legmagasabb pontszám 1 volt. Súlyos funkciócsökkenést/fogyatékossgot véleményeztünk, ha volt legalább egy darab 2 pontos válasz.” (Görög 2005. 569-570)

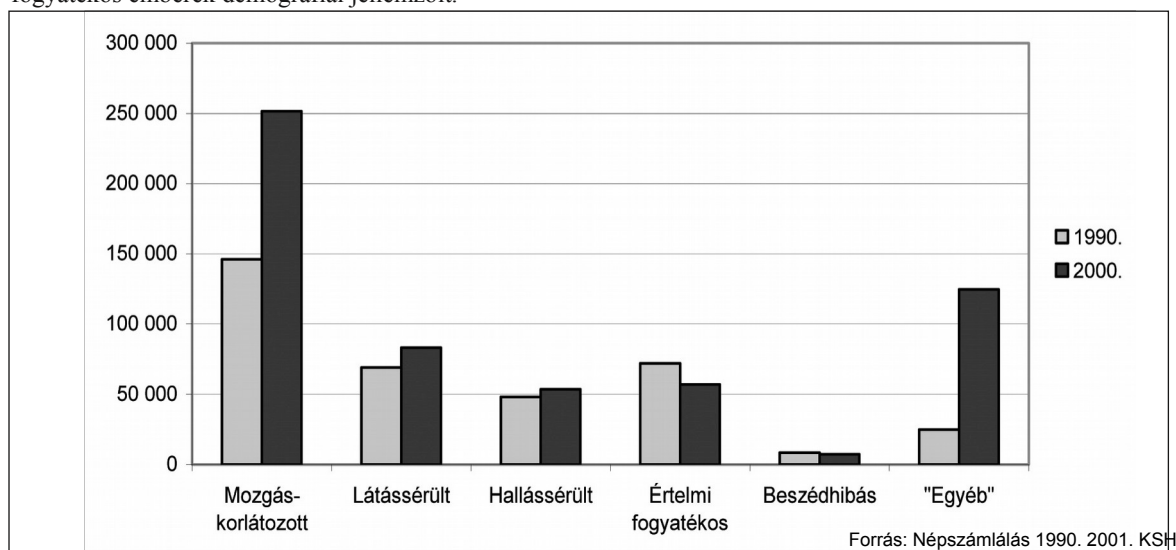
A fogyatékossg korszerű értelmezése szerint tehát nem a kóroktani, a „betegség” szempontú megközelítés áll a fogyatékossg fogalmának háttérében, hanem a következmény, az, hogy a képességek csökkenése mennyiben nehezíti meg az ember mindennapi életét. Ebben az évben – európai standardok szerinti módszerekkel – Magyarországon és elkészül a népesség egészségi állapotának – és ezen belül fogyatékossgainak felmérése (a kérdőív részletét ld. az 1. sz. mellékletben).

Az adatok több nagyságrendnyi eltérése nem a mérések hibájából, hanem a megközelítés szempontjától függ. Nincs tehát egyetlen valódi adat, vagy másképp fogalmazva: minden adat igaz: Magyarországon ma 80 ezer ember tartja magát látássérültnek, 450 ezer főnek okoz enyhe (mérsékelt) 60 ezernek pedig súlyos nehézséget a látás zavara, 20 ezren tagjai az országos szervezetnek, és 40 ezren részesülnek látásproblémájuk miatt támogatásban.

„Az OLEF2003 adatai alapján megállapítható, hogy a 18 év feletti magyar lakosság körében minden 3. embernek van valamilyen fokú funkciócsökkenése, amely az esetek túlnyomó többségében hosszú távon – egy évnél régebb óta – fennállt. Ez az arány abszolút értelemben is, és összehasonlításban is aggasztóan magas. Egy hasonló brit felmérésben a csökkent funkcióképességű emberek aránya a népességben 18%-a volt.” (Görög 2005. 572.)

1.2 DEMOGRÁFIAI ADATOK – GYAKORISÁGI BECSLÉSEK

A korábbiakban bemutattuk, hogy a fogyatékossg fogalmának eltérő közelítései eltérő nagyságú (és összetételű) embercsoportokat sorolnak e kategóriába. A továbbiakban – alapvetően a népszámlálási adatok alapján tekintjük át a fogyatékos emberek demográfiai jellemzőit.



1. ábra: A fogyatékos emberek száma az 1990. és a 2001. évi népszámlálásban fogyatékossgai típusok szerint (fő)

Az utóbbi két évtizedben Magyarországon a népszámlálások a fogyatékos emberek arányát a népesség 3-5%-a körül mérték (344 ezer illetve 577 ezer fő). Közülük legtöbbször mozgáskorlátozottak, a látás- és hallássérültek, illetve az értelmi fogyatékos emberek száma egyaránt 50 ezer fő körül mozog.

A gyakorisági értékek (azaz a népességben belüli előfordulási arány) életkoronként jelentősen különbözik: a 15 évnél fiatalabbak között 2% alatti, 40 év felett már jelentősen magasabb (7,2%), és a 60 év feletti korosztályban már minden nyolcadik embert érint (12,4%). (2. táblázat)

8

1. A fogyatékos emberek társadalmi helyzetének elemzése – Bass László

2. táblázat: A fogyatékos emberek gyakorisága a megfelelő korú népességben fogyatékossgai típusok szerint (%)

	Mozgáskorlátozott	Látássérült	Értelmi fogyatékos	Hallássérült, beszédhibás	Egyéb	Összesen
--	-------------------	-------------	--------------------	---------------------------	-------	----------

1. A fogyatékos emberek társadalmi helyzetének elemzése – Bass László

0–14 év	0,28	0,21	0,62	0,21	0,39	1,70
15–39 év	0,58	0,37	0,67	0,24	0,48	2,36
40–59 év	3,27	0,76	0,47	0,49	2,21	7,21
60–X év	6,38	2,15	0,42	1,67	1,81	12,43

Forrás: Népszámlálás 2001. KS H

Az életkor emelkedésével a látás és a hallás, de különösképpen a mozgás funkcióképessége jelentősen romlik – ezzel szemben az értelmi fogyatékos emberek aránya éppen a fiatalok között magasabb. Az értelmi fogyatékos emberek esetében az állapot súlyosságával arányosan csökken a születéskor várható átlagos élettartam, emellett figyelembe kell vennünk, hogy az oktatás időtartama alatt az értelmi képességek eltérése miatt a gyermekek egyre nagyobb részét minősíti a társadalmi környezet fogyatékosnak: az általános iskolába járó gyerekeknek ma 7,4%-a részesül gyógypedagógiai oktatásban, e csoport mintegy fele (3%) enyhe értelmi fogyatékoság diagnózist kapott – ami ötszöröse az önbevalláson alapuló népszámlálási adatnak. (3. táblázat)

3. táblázat: Az értelmi fogyatékosnak minősített gyermekek gyakoriságának alakulása az oktatási-nevelési intézményekben (%)

	Óvoda		Általános iskola		Középfokú oktatás	
	gyp. okt.	ért. fogy. enyhe	gyp. okt.	enyhe ért. fogy.	gyp. okt.	enyhe ért. fogy.
1960/1961	?		1,2		?	
1970/1971	?		2,5		?	
1980/1981	0,1		3,0		?	
1990/1991	0,2		3,0		0,6	
2001/2002	1,2	0,2	4,9	3,4	1,4	1,0
2006/2007	1,6	0,3	7,4	3,0	2,6	1,4

Forrás: Oktatásstatisztikai Évkönyv 2006/2007, Nagy Gy.M. (2008), Halász – Lannert (2006)

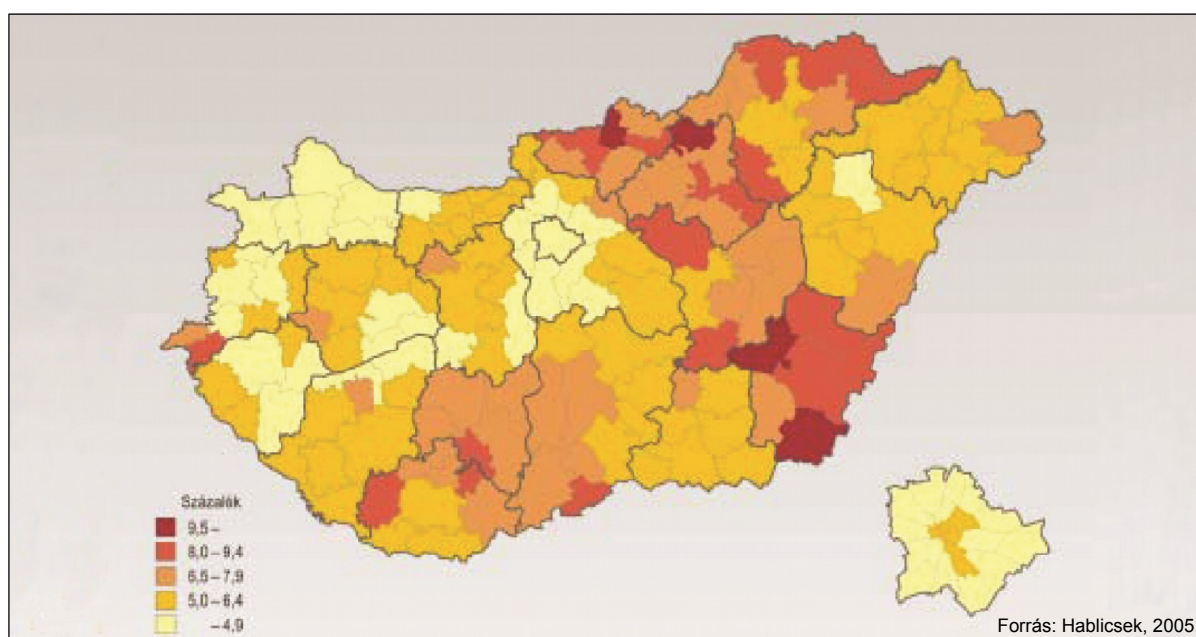
A fogyatékos emberek demográfiai jellemzői közül végezetül lakóhely szerinti megoszlásukat is tekintsük át a népszámlálási adatok alapján. A település nagysága (illetve jogállása) szerint jelentős különbségeket tapasztalhatunk: a fővárosban 4,6%, a megyei jogú városokban 5,0%, a többi városban 5,8% a községekben pedig 6,4% a fogyatékos emberek aránya az ott élő népességen belül. A fogyatékos emberek csaknem fele (40%-uk) községekben él, ami nagyon megnehezíti, hogy lakóhelyükön hozzájussanak az állapotuknak megfelelő szolgáltatásokhoz.

A települési lejtő hatása – azaz hogy a rosszabb feltételekkel rendelkező települések felé haladva emelkedik a fogyatékos emberek előfordulási valószínűsége – a területi eltérésekben is megmutatkozik: az észak-magyarországi és a dél-dunántúli régióban számos kistérségben 8% feletti gyakorisági értékekkel is találkozhatunk, míg a gazdaságilag fejlettebb közép-magyarországi és nyugat-dunántúli régióban általában az 5% alatti értékek jellemzők. (2. ábra)

A lakóhelyi és területi különbségek egyrészt azért fontosak a számunkra, mert felvetik a fogyatékosok társadalmi meghatározottságának a kérdését: vajon a rosszabb társadalmi helyzet, az alacsonyabb iskolázottság, a foglalkoztatottság hiánya, a szegénység mennyiben növelik a fogyatékosok előfordulásának esélyét – és fordítva: a funkcióképesség zavarai mennyiben nehezítik meg a társadalmi beilleszkedést, akadályozzák az oktatási lehetőségekhez való hozzáférést, a munkavállalást, hogyan növelik a szegénység kockázatát.

1.3 DEMOGRÁFIAI ADATOK – KÉPZETTSÉG, FOGLALKOZTATOTTSÁG

Ma az egyén társadalmi helyzete elsősorban megszerzett legmagasabb iskolai végzettségétől függ. Alacsony iskolázottsággal nem lehet jó pozíciót szerezni a munkaerőpiacon, általában csökken az elhelyezkedés és főként a magas munkajövedelemhez jutás lehetősége, ami alapvetően meghatározza az egyén és családja anyagi helyzetét. Az iskolai végzettség megszerzéséhez sokféle – főként társadalmi – erőforrás szükséges, a szegénységben felnövő gyermekek esélye arra, hogy megfelelő iskolai végzettséget szerezzenek nagyon csekély.



2. ábra: A fogyatékos személyek aránya a népesség százalékában kistérségenként, 2001

A szegénység átörökítésének folyamatában tehát az iskola központi szerepet játszik. A társadalmi hátrányok mellett az egyén képességei és az intézményrendszer jellemzői is szerepet játszanak az iskolai sikerek teljesítmények alakulásában. (4. táblázat)

4. táblázat: A 15 éves és idősebb népesség fogyatékoság és a legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerinti megoszlása (%)

	Ált. isk. 0-7 oszt.	Ált. isk. 8 oszt.	Szakma	Érettségi	Diploma	Össz.
Mozgáskorlátozott	27	42	11	15	5	100
Látássérült	31	37	9	17	7	100
Hallássérült	37	38	9	12	5	100
Értelmi fogyatékos	60	33	3	3	0	100
Fogyatékos népesség együtt	29	40	11	15	5	100
Teljes népesség	8	32	19	28	13	100

Forrás: Népszámlálás 2001. KSH

A fogyatékos emberek iskolázottsága jelentősen alacsonyabb a népesség egészére jellemző szintnél. Bár láttuk, hogy a fogyatékos emberek között az idősebbek, a községekben élők aránya magasabb az országosan jellemzőnél, ezt a nagy különbséget ezek a tényezők nem magyarázzák meg. A közép- és felsőfokú végzettségek megszerzésére a fogyatékos embereknek fele akkor esélyük van, mint nem fogyatékos embertársaiknak – enélkül pedig gyakorlatilag lehetetlen ma Magyarországon munkát találni. (5. táblázat) 5. táblázat: A népesség fogyatékoság és gazdasági aktivitás szerint (%)

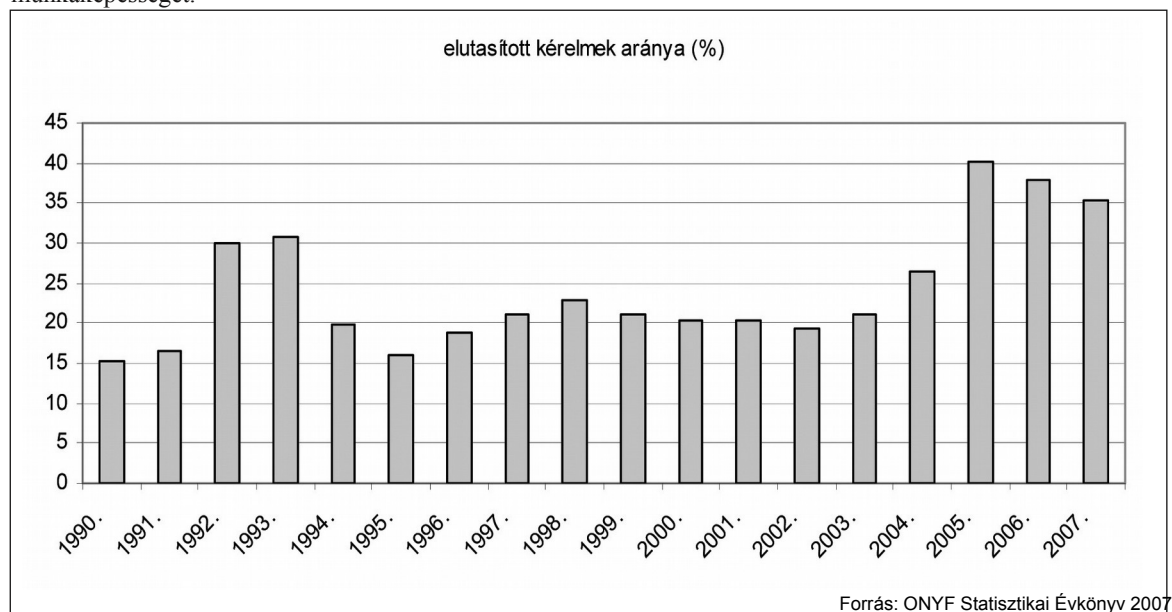
	Foglalkoztatott	Munkanélküli	Inaktív kereső	Eltartott	Összesen
Mozgáskorlátozott	7	2	86	6	100
Látássérült	13	3	72	12	100
Hallássérült	11	2	77	10	100
Értelmi fogyatékos	7	1	47	45	100
Fogyatékos népesség együtt	9	2	77	12	100
Nem fogyatékos népesség	38	4	30	28	100

Forrás: Népszámlálás 2001. KSH

1. A fogyatékos emberek társadalmi helyzetének elemzése – Bass László

A népszámlálás adataiból megismerhetjük a fogyatékos emberek munkavállalásának szélsőségesen alacsony arányait is. Magyarországon igen alacsony a foglalkoztatottság mértéke – de a fogyatékos emberek körében még ettől az alacsony foglalkoztatási rátától is messze elmaradó arányokat találunk. Miközben az Unió tagállamaiban a fogyatékos emberek 40-50%-a foglalkoztatott, addig Magyarországon (az ún. „aktív korú” – 15-64 éves – népességén belül) a látás- és halláskárosultak 25%-ának van állása, a mozgássérült emberek 12%-a dolgozik, az értelmi fogyatékos embereknek pedig csupán 10%-a foglalkoztatott.

Munkalehetőségek és képzettség híján Magyarországon a fogyatékos emberek túlnyomó többsége inaktív kereső, azaz valamilyen nyugdíjszerű ellátásban részesül. A népszámlálás adatai szerint az ilyen jellegű ellátásban részesülő személyeknek kb. egyharmada volt fogyatékos ember, a többség valamely betegség következtében veszítette el munkaképességét.



3. ábra: Elutasító határozatok aránya a megváltozott munkaképességűek ellátásai iránti kérelmek között (%)

Mivel az inaktív keresők száma általában igen magas hazánkban az utóbbi években egyre erőteljesebben jelenik meg a szigorítás igénye. Bár arra vonatkozóan nem rendelkezünk adattal, hogy az elutasítások milyen arányban érintik a fogyatékos embereket, mindenképpen figyelemreméltó, hogy az értelmes munka lehetőségének hiánya egyre inkább a jövedelem elvesztésének veszélyével is növeli a fogyatékos emberek társadalmi kirekesztődésének esélyeit.

1. sz. melléklet: EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS 2009. Kérdőív-részlet, a korlátozottság felmérésére (tervezet)

24. Hord Ön szemüveget vagy kontaktlencsét?

1 - igen 2 - nem 3 - vak vagy egyáltalán nem lát

25. Látja-e a nyomtatott szöveget az újságban?

1 - igen, tisztán 2 - kisebb nehézséggel 3 - nagy nehézséggel 4 - egyáltalán nem

26. Látja-e mások arcát kb. 4 méteres távolságból, pl. az utca másik oldalán?

1 - igen, tisztán 2 - kisebb nehézséggel 3 - nagy nehézséggel 4 - egyáltalán nem

27. Használ-e Ön hallókészüléket?

1 - igen 2 - nem 3 - teljesen siket

28. Hallja-e amit mások mondanak, ha több emberrel beszélget?

1 - igen, tisztán 2 - kisebb nehézséggel 3 - nagy nehézséggel 4 - egyáltalán nem

29. Tud-e Ön 500 métert (fél kilométert) gyalogolni sík területen bot, más segédeszköz vagy személyes segítség nélkül?

1 - igen, nehézség nélkül 2 - kisebb nehézséggel 3 - nagy nehézséggel 4 - egyáltalán nem

11

30. Le vagy fel tud-e menni egy emeletet lépcsőn bot, más segédeszköz vagy személyes segítség nélkül? 1 - igen, nehézség nélkül 2 - kisebb nehézséggel 3 - nagy nehézséggel 4 - egyáltalán nem

31. Le tud-e hajolni vagy térdelni segédeszköz vagy személyes segítség nélkül?

1 - igen, nehézség nélkül	2 - kisebb nehézséggel	3 - nagy nehézséggel	4 - egyáltalán nem
32. Tud-e a kezében vinni egy 5 kilós bevásárlókosarat legalább 10 méteren keresztül segédeszköz vagy személyes segítség nélkül?			
1 - igen, nehézség nélkül	2 - kisebb nehézséggel	3 - nagy nehézséggel	4 - egyáltalán nem
33. Meg tud-e fogni és tud-e használni az ujjával kis tárgyakat, pl. egy tollat segédeszköz nélkül?			
1 - igen, nehézség nélkül	2 - kisebb nehézséggel	3 - nagy nehézséggel	4 - egyáltalán nem
34. Bele tud-e harapni és meg tud-e rágni keményebb ételeket, pl. egy almát segédeszköz, pl. műfogsor, protézis nélkül?			
1 - igen, nehézség nélkül	2 - kisebb nehézséggel	3 - nagy nehézséggel	4 - egyáltalán nem

2.

Fogyatékos és szegénység

Bass László

2.1. A SZEGÉNYISÉGTŐL A TÁRSADALMI KIREKESZTÉSIG – FOGALMAK ÉS MÉRÉS

A szegénység szó értelme a hétköznapi nyelvhasználatban nem igényel külön magyarázatot: szegény az, akinek kevés pénze van. Ez a hétköznapi magyarázat azonban meglehetősen felszínes, nem magyarázza meg, mi az a „kevés” és nem veszi figyelembe, hogy a „pénz” mellett másfajta erőforrások is szükségesek az ember létfenntartásához.

Vizsgáljuk meg először ezt az utóbbi momentumot. Hogy mennyi pénzünk van, arra a hétköznapi értelemben is nehéz lenne választ adnunk: van – amennyiben van – valamennyi havi jövedelmünk, ráadásul nem is feltétlenül minden hónapban ugyanakkor összeg. Ezzel a pénzzel csak abban az értelemben rendelkezünk, amennyiben van valamilyen rendszeres jövedelemforrásunk, mondjuk állandó munkánk. Ha például havi 100 ezer forint a fizetésünk, akkor ez nem jelent mást, minthogy van valamilyen, a munkaerőpiacon eladható tudásunk, amit sikerült is értékesítenünk a munkaerőpiacon, és amit havi rendszerességgel megvásárolnak tőlünk. Ebben az esetben a „van pénzünk” kifejezés tehát tudást, képzettséget, foglalkoztatottságot jelent, nem közvetlenül anyagi javakat. A jövedelem mellett rendelkezhetünk más módon is „pénzzel”, lehet lakásunk, autónk, lehetnek ékszereink, értékes használati tárgyaink: számítógépünk, házi mozink, vitorlásunk. A vagyontárgyaink sem azonosak a pénzzel, mégis részei az anyagi helyzetünknek. Hogy a jövedelmünket tárgyak vásárlására költjük, vagy utazásra, alkoholt vásárolunk belőle vagy könyveket, esetleg gyógyszerre és orvosra költjük az életmódunktól, fogyasztási preferenciáinktól, és szükségleteink jellegétől függ. Ugyanaz a 100 ezer forint jövedelem jelenthet számunkra gazdagságot, ha a szüleink biztosítják a lakhatásunkat, az élelmünket, és ezt a pénzt szabadon költhetjük el, és jelenthet szegénységet, ha minden hónap elsején ki kell fizetnünk albérleti díjként.

A szegénység fogalmának pontosabb meghatározását kapjuk, ha a jelenséget nem egy dimenzióban, az anyagi helyzet szűkösségeként fogjuk fel, hanem figyelünk az erőforrások sokféleségére. Ennek a több szempontú közelítésnek a fontosságát már a század elején megfogalmazták a társadalomtudósok, és a szegénység helyett egyre inkább a depriváció (illetve a hazai terminológiában a halmozottan hátrányos helyzet) fogalmát használták. „az életszínvonalak nem egy, hanem több olyan rendszer működésétől függenek, amelyek forrásokat osztanak el egyének, családok, munkacsoportok és közösségek között. Amikor pusztán a pénzjövedelmekre összpontosítanak, akkor megfelelnek azokról a – hagyományos és modern társadalmakban egyaránt kialakított

– finom módozatokról, ahogyan ezek előnyöket nyújtanak és újraelosztanak”. (Townsend, 1979, idézi Ferge 1991)

A hátrányok halmozódása, a jövedelemhiány, a rossz lakáshelyzet, az alacsony iskolázottság, a munkanélküliség egymással összefüggő, egymás hatásait erősítő rendszer, amely egyre inkább a szegénységben élők marginalizálódásával, peremre kerülésével jár együtt. Robert Casteltársadalmi kiilleszkedésnek nevezi azt a folyamatot, amelynek során az ember a munkaerőpiacról kiszorulva, anyagi lehetőségeinek beszűkülésével együtt egyre inkább elveszíti társadalmi kapcsolatait, amelynek következtében a szegénységben élők egyfajta társadalmon kívüli társadalmi osztállyá válnak.

Az elmúlt években a szegénység, illetve a depriváció fogalma helyett egyre inkább a társadalmi kirekesztődést használják a tudományos és a politikai terminológiában. „A szegénység fogalma az anyagi források szűkösségéhez vagy elégtelenségéhez kapcsolódik. A társadalmi életből való kizárás messze túlmutat azonban a fogyasztói társadalomban való részvételen. Magába foglalja a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális életben való részvétel nem megfelelő szintjét, egyenlőtlenségeit vagy teljes hiányát. Az exklúzió a társadalmi elszigetelődéstől a társadalomból való teljes kitaszítottságig terjedhet.” (az Európa Parlament 1998. évi (1355) ajánlása).

A „kevés pénz” hétköznapi definíciójából az egyik elemet vizsgálva tehát eljutottunk a depriváció, majd a társadalmi kirekesztődés fogalmáig. De nem kevésbé bonyolult a „kevés” értelmezése. A laikus szómagyarázatban a kevés arra utal, hogy nem elegendő az ember szükségleteinek fedezésére. De melyek is ezek a szükségletek?

Az embernek elsőként is életben kell maradnia, táplálkoznia kell, védekeznie kell az időjárás viszontagságai ellen, el kell kerülnie a betegségeket. Ezeket a szükségleteket valamilyen abszolút értelemben vett minimumnak gondolhatjuk el, ami történeti kortól, és földrajzi helytől függetlenül szükséges az ember létfenntartásához. A lét-

minimumgondolata a szegénység egyfajta abszolút meghatározását volt hivatott szolgálni. Az azonban nyilvánvaló, hogy ilyen abszolút értelemben vett minimum nem létezik. Az éhhalált el lehet kerülni „kenyéren és

vizen” is, a megfagyástól megvédhet egy papundekiláda is. Már a fiziológia szükségletek sem azonosak az egyes társadalmakban (hogyan is vethetnénk össze a középkori létfenntartás minimumát a maival, vagy egy trópusi sziget körülményeit egy európai nagyvárossal) – a létfenntartás azonban a társadalmilag szükséges emberi reprodukció

minimumát jelenti. Ma Magyarországon ilyen minimális szükségletnek tekinthetjük a vezetékes vízellátást, a villanyt, a gyermek iskoláztatását, a karácsony vagy a születésnap megünneplését, a világ eseményeinek minimális követését (pl. televízió).

A létminimumkiszámítása¹ során tehát egy olyan fogyasztói kosarat állítanak össze, amelybe az adott társadalomban szokásos és minimálisan elvárt javak kerülnek, és a kosár tartalmát „beárázva” kapjuk meg azt az összeget, amelynél kevesebb pénzből élő családokat, személyeket szegénynek tekinthetünk.

A fogyasztói kosár összeállításakor tehát egyre több szempontot vesznek figyelembe, így lehetséges az, hogy Ma Magyarországon egy két felnőttből és két gyermekből álló család esetében a létminimum értéke kb. 200 ezer forint havonta. Ez alatt a létminimum alatt él a magyar népesség körülbelül egyharmada.

Az abszolút szegénység helyett egyre inkább elterjedt a szegénység relatívmegközelítése. Az anyagi helyzetnek nincs egy jól meghatározható, általánosan érvényes szegénységi küszöbértéke, az ember mindig annak a társadalomnak a tagjaihoz képest lesz szegény vagy gazdag, amelyikben él. A viszonyítási alap tehát a társadalom átlag jövedelme (pontosabban a medián jövedelem²), a szegénységi küszöb pedig ennek a jövedelem szintnek a 60%-a.

1. táblázat: A szegénységben élők aránya a teljes népességben és a különböző gyermekes háztartásokban (mediánjövedelem 60%-a alatti jövedelemből élők)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Szegénységi arány a népességben (%)	11	11	10	12	13	16	12
Szegénységi arány a gyermekes háztartásokban, %							
Egy felnőtt gyermek(ek)kel	28	17	17	16	27	39	29
Két felnőtt, 1 gyermekkel	10	8	8	8	15	14	12
Két felnőtt, 2 gyermekkel	12	11	7	10	15	18	14
Két felnőtt, 3 és több gyermekkel	27	23	18	23	26	34	27
Forrás: KSH, A társadalmi haladás mutatószámrendszere http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/thm/tablak.html							

A relatív szegénység aránya már alkalmas nemzetközi összehasonlításra is. Magyarországon a szegénység mértéke eszerint európai összehasonlításban átlagosnak tekinthető. „A szegénység e jelzőszámait nemzetközi összehasonlításban is vizsgálva, láthatjuk, hogy Magyarország a jövedelmek eloszlását tekintve legkevésbé egyenlőtlen skandináv és a közepesen egyenlőtlen kontinentális európai országok (Hollandia, Ausztria, Franciaország, Belgium) között helyezkedik el, akár a hivatalosan publikált KSH-adatokat, akár a TÁRKI Háztartás Monitor alapján számítottakat vesszük figyelembe.” (Gábor-Szívós 2006.)

A szegénység nem minden társadalmi csoportot súlyt azonos mértékben. Miközben a teljes népességre vonatkozóan hazánk nem tér el az uniós átlagtól, addig a gyermekek szegénysége az egyik legmagasabb az európai országok között. A romák szegénységi kockázata is jóval magasabb az országos átlagnál, és kutatási eredmények szerint a fogyatékos emberek és családjaik szegénységi kockázata is igen magas.

2.2 SZEGÉNYSÉGI KOCKÁZAT A FOGYATÉKOS EMBEREK CSALÁDJÁBAN

A szülők foglalkoztatottságának változása az elmúlt 5 évben³

A foglalkoztatottak aránya Magyarországon az elmúlt években alig változott, 2001-2005 között a nők esetében a 20-59 éves korosztályban a foglalkoztatottak aránya 56-ról 59% emelkedett. A szegénységben élő családok esetében ez idő alatt romlás volt megfigyelhető: míg 2001-ben a népesség legszegényebb 30%-ában az aktív korú nők 32%-a, addig 2005-re már csak 25%-a dolgozott (Bass és mtsai., 2007).

¹ A létminimum-számításokat tovább bonyolítja, hogy másféle szükségletekkel rendelkezik egy felnőtt és egy gyermek, egy egyszemélyes háztartás fogyasztási szerkezet eltér egy kétgyermekes családtól, a gyermekét egyedül nevelő szülő „kosarába” is másféle javak kerülnek, mint egy három generációs családbéba. A jövedelmeket tehát egy főre – illetve újabban egy fogyasztási egységre számítják ki. Ez utóbbi számítási módnál a háztartás bevételeit nem az ott élő személyek számával osztják el (egy főre jutó jövedelem), hanem a háztartás fogyasztási egységeinek számával – ahol a háztartásfő általában 1 egész embernek a többi felnőtt és a gyerekek pedig 0,7 vagy 0,5 főnek számítanak. A hazai – és az európai gyakorlatban is több ilyen ún. ekvivalencia-skálát használnak.

² A medián jövedelem az a középtérték, amelyik alatti és feletti (egy fogyasztási egységre jutó) jövedelemből élők ugyanannyian vannak.

2. Fogyatékoság és szegénység – Bass László

14

A súlyosan, halmozottan fogyatékos személyeket nevelő, gondozó anyák esetében a foglalkoztatottság még a szegény népességben tapasztalható aránynál is jelentősen alacsonyabb, és ez gyakorlatilag nem is változott a vizsgált időszakban. (2. táblázat)

2. táblázat: Az anyák gazdasági aktivitása (%)

	Gyermekes családok ³ 2005*	Súlyos-halmozott fogyatékosok	
		2003	2007
Foglalkoztatott	46	13	18
Munkanélküli	5	3	1
Ápolási díjjal otthon	–	22	48
Inaktív kereső	43	53	28
Eltartott	6	9	5
Összesen	100	100	100
* Forrás: Mikrocenzus KSH (2005)			

Ami azonban jelentős változást mutat, az az ápolási díjhoz való hozzáférés emelkedése. 2003 és 2007 között a súlyosan halmozottan fogyatékos gyermeket nevelő nők között megduplázódott az ápolási díj igénybevétele⁴. Ez nem az azóta született gyermekek családját érinti, az 5 év alatti gyermekek esetében az anyák inkább a GYES lehetőségével élnek.

Az ápolási díj igénybe vételének emelkedése egyrészt az informálódás lehetőségeinek javulásával lehet kapcsolatban, de még inkább az ápolási díj törvényi szabályozásának változásával (2005 szeptemberétől a „fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személy gondozása, ápolása” jogán az ápolási díj összege megemelkedett a nyugdíjminimum 130%-ára).

Bár az ápolási díj összege még így sem éri el a munkával szereshető jövedelem szintjét, a családok számára komoly bevételi forrást jelent – átlagos havi jövedelmüknek ez körülbelül a negyed része.

Azoknak a családoknak a legnehezebb a helyzete, ahol senkinek sincs munkajövedelme⁵. Ebből a szempontból a helyzete nem változott a vizsgált időszakban. A „foglalkoztatott nélküli” családok aránya 2003-ban 29%, 2007-ben 27% volt (Magyarországon a gyermekecs családok 10%-ában nincs aktív kereső⁶).

A fogyatékos gyermeket nevelő családok esetében a munkába állás lehetőségének biztosítása nem csupán a család anyagi helyzetének ellehetetlenülését gátolná meg, hanem igen fontos szerepe volna a család társadalmi integrációjának erősítésében is. E családok magas gyermekszáma azt is implicálja, hogy a nem fogyatékos testvérek is olyan családban nőnek fel, ahol senki sem dolgozik, ami negatívan befolyásolja az ő szocializációjukat is.

A fogyatékos emberek munkába állásának lehetőségei Magyarországon szégyenletesen rosszak – a súlyosan halmozottan fogyatékos felnőttek esetében gyakorlatilag nem is beszélhetünk foglalkoztatási lehetőségekről. Ha valami változott e téren 2003 óta, akkor az a „semmi” további romlása: öt éve még 4%-uk végzett valamilyen munkát, mára senki sem dolgozik közülük (a 2007-es vizsgálatból retrospektíve is látszik, hogy a vizsgált személyeknek 2%-a korábban dolgozott).

Ma, amikor a politikai erőterben és a közvéleményben egyre erősödnek a segélyek feltételekhez kötésére irányuló törekvések, amikor a „segélyért munka” gondolata váltja fel a társadalmi szolidaritás eszméjét, amikor munkateszték bevezetését fontolgatják, akkor fontos felhívunk a figyelmet arra, hogy az adminisztratív megoldások nem teszik könnyebbé a társadalom peremére szorultak boldogulását, nem adnak módot az ép értelmű vagy fogyatékos gyermek napközbeni elhelyezésére, de a munkalehetőségtől megfosztott emberek tisztességes munkába állására sem.

2.3 SZEGÉNYSÉG

A fogyatékos emberek helyzetének egyik központi problémája a szegénység. Az öt évvel ezelőtti vizsgálati adatok azt mutatták, hogy a súlyosan, halmozottan fogyatékos személyeket nevelő családok háromnegyede élt a létminimum, 25%-uk pedig nyugdíjminimum érték alatti jövedelemből.

3 A 2.3. fejezet a súlyosan halmozottan fogyatékos emberek körében készült vizsgálat eredményeit tartalmazza. A szöveg megjelent a kutatás zárótanulmányában: Bass L.(2008): Mi változott 5 év alatt? In: Bass L. (szerk.): Amit tudunk és amit nem – az értelmi fogyatékos emberek helyzete Magyarországon Kézenfogva Alapítvány Budapest, 2008. p. 179-190

4 2006-ban országosan 5580 fő vette igénybe alanyi jogon a magasabb összegű ápolási díjat, ez a kb. 12 ezer súlyos értelmi fogyatékos személy 50%-a (a korábbi években csak összesített adatok állnak rendelkezésre).

5 Az ilyen családokat a statisztikai nomenklatúra „foglalkoztatott nélküli”-nek nevezi.

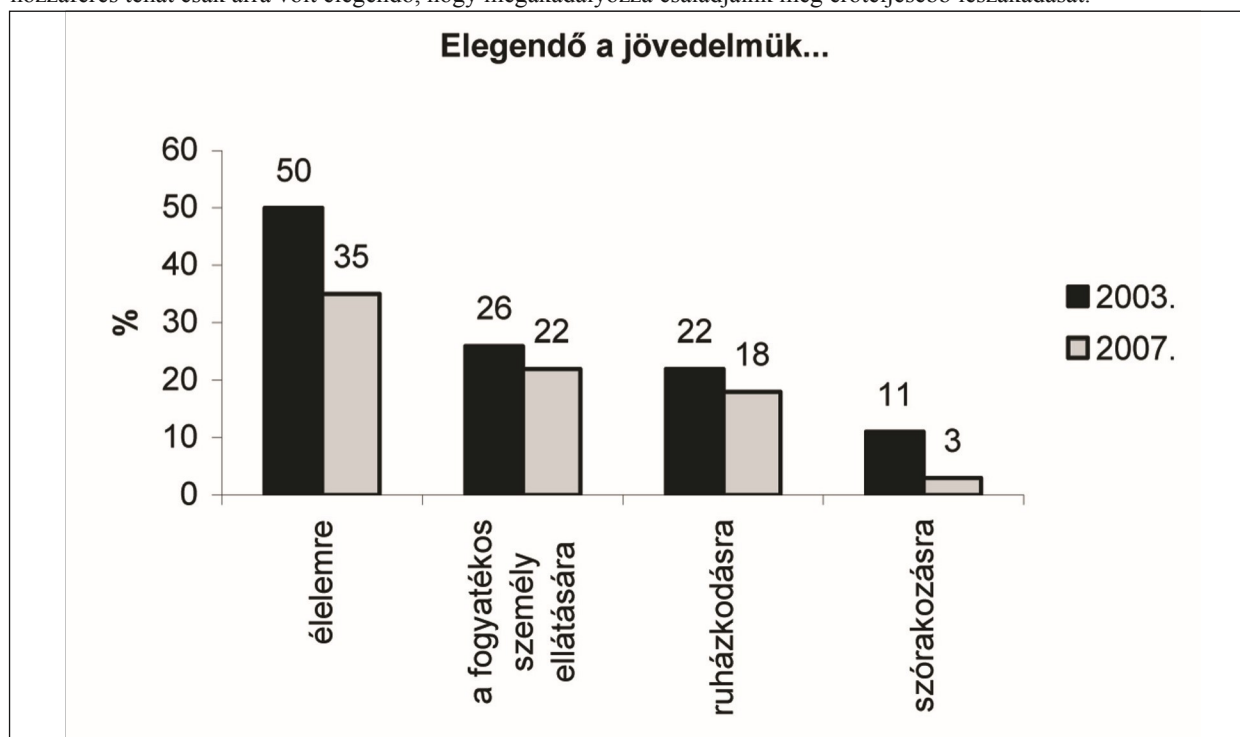
6 Forrás: KSH Háztartási költségvetési felvétel 2004

3. táblázat: Szegény családok aránya a teljes népességben és a fogyatékos személyek családjai között (%)

	Összes háztartás*		Súlyosan halmozottan fogyatékosok családjai	
	2003	2007	2003	2007
Létférfi alatti		72	75***	
Nyugdíjminimum alatti		25	22	
Medián 60%-a alatt**	13,5	12,6	16	18
* Forrás: TÁRKI Monitor (Szívós – Tóth, 2008). ** Ekvivalens jövedelem, OECD2 skálával számolva *** A 2006-os létférfi értékéből interpolálva				

A relatív szegénységnek az Európai Unióban is használatos mutatója (amely az egy fogyasztási egységre jutó, ún. ekvivalens jövedelemmel számol) esetében is igen magas az értelmi fogyatékos személyek háztartásainak szegénységi rátája: 22%-uk a medián jövedelem 60%-ánál alacsonyabb jövedelemből él. 2003-2007 között ez a mutató a teljes népességben 14%, a gyermekes családok között 19% körül mozgott (Szívós-Tóth, 2008).

A fogyatékos személyek családjainak anyagi helyzete tehát gyakorlatilag változatlan maradt az elmúlt öt évben. A szegénységi ráta stagnálása általában jellemző volt Magyarországra ebben az időszakban. A foglalkoztatás továbbra is alacsony szintje mellett a szociális transzferekhez (családi pótlék, ápolási díj, fogyatékosági támogatás) való jobb hozzáférés tehát csak arra volt elegendő, hogy megakadályozza családjaik még erőteljesebb leszakadását.



1. ábra: Alapszükségletek kielégítettségének változása a súlyosan halmozottan fogyatékos emberek családjában (%)

Az anyagi helyzet változatlansága mellett a családok élete – legalábbis szubjektíve – romlott. A családok alapvető szükségleteinek kielégítése – saját megítélésük szerint – egyre nehezebbé vált. Ha a bevételek és a fogyatékos gyermek gondozásához szükséges speciális kiadások alakulását vizsgáljuk, akkor összességében az látható, hogy a családi költségvetés mindkét tétele kb. 25%-kal emelkedett a vizsgált időszakban. (4. táblázat)

A családi kassza áttekintése arra utal, hogy az emberek átstrukturálták kiadásait: egyre többen költenek a fogyatékos gyermek egészségügyi és nevelési alapszükségleteire (kivétel ez alól a gyógyszerek költsége, amihez érdemes volna áttekinteni egyszer a támogatott termékek listájának változásait a fogyatékos emberek szemszögéből), egyre kevesebbet nyaralásra és szállításra. Spórolni a gyermek szállításán és nyaraltatásán lehet: e két tétel egyre kevesebb család kiadásai között szerepel, és akik költenek rá, azok nominálértékben is kevesebbet fordítanak ezekre a „luxus” szükségletekre. Sajnos ennek következtében éppen a fogyatékos emberek társadalmi kirekesztődésének mértéke fog növekedni.

2. Fogyatékoság és szegénység – Bass László

16

4. táblázat: A családok speciális kiadásainak változása (Ft/év)

	Mennyit költöttek (Ft/év)			Hány %-uk költött		Növekedés/ csökkenés
	2003.	2007.		2003.	2007.	
Gyógyszerköltség	24,800	40,400		45	69	+ 24
Orvosköltség	53,800	31,700		28	42	+ 14
Foglalkozásköltség	109,000	95,400		12	19	+ 7
Pelenkaköltség	38,000	62,400		20	25	
Felügyeletköltség	108,000	75,100		6	7	
Élelmiszerköltség	72,400	61,900		14	15	
Segédeszközköltség	58,200	22,800		14	14	
Nyarlásköltség	76,900	83,700		13	6	– 7
Szállításköltség	89,100	58,400		59	48	– 11
Egyéb költség	98,000	77,100		26	10	– 16
			változás			
Összes speciális kiadás	88,000	110,000	125%			
Egy főre jutó jövedelem	26,700	33,400	125%			

2.4 A TÁMOGATÁSOK CÉLZOTSÁGA

A korábbiakban már utaltunk rá, hogy az elmúlt öt évben a súlyosan halmozottan fogyatékos személyek családjai körében a pénzbeni támogatásokhoz való hozzáférés jelentősen javulni látszik. A már említett ápolási díj mellett az alanyi jogon járó családi pótlék is javította a családok helyzetét, de a fogyatékosági támogatás és az egyéb transzfer jövedelmek is nagyobb arányban érik el a rászoruló családokat.

5. táblázat: A családok rendszeres anyagi támogatásban való részesedése (%)

Támogatási forma	2003.	2007.
Semmi	37	10
Fogyatékosági támogatás	8	21
Ápolási díj	27	48
Magasabb összegű családi pótlék	22	78
Egyéb (segély, GYES, járadék, közl.tám.)	33	67
* Nem összegezhető, egy család többféle támogatást is kaphat		

A jelentős változásokat a már említett okok mellett magyarázhatja a családok informáltságának, érdekérvényesítő képességének javulása is, ez utóbbira azonban empirikus bizonyítékunk nincs. 2007-ben ugyan rákérdeztünk, hogy a család hallott-e az egyes segélytípusokról, ilyen adattal azonban 2003-ból nem rendelkezünk. Ha nőtt is a családok tájékozottsága az bizonyos, hogy nem jobb, mint általában a rászoruló embereké. Kutatási adatok szerint a szegénységben élő gyermekes családokban a szülők 62%-a hallott már a fogyatékosági támogatásról, a fogyatékos gyermekek családjában ez ugyanilyen ismert – 60%, az ápolási díj ismertsége országosan 78%, az érintettek körében pedig 84%.

2.5 HOZZÁFÉRÉS A SZOLGÁLTATÁSOKHOZ

Az anyagi támogatások mellett olyan szolgáltatásokra is szüksége van a családoknak, amelyek támogatást nyújtanak a fogyatékos gyermek vagy felnőtt gondozásában, fejlesztésében, egészségügyi ellátásában. A 2003-as felmérés azt mutatta, hogy e szolgáltatások jelentős része csak szűk körben elérhető, drága, vagy nem megfelelő színvonalú volt. Vajon mennyiben javult a helyzet azóta?

A szakemberekkel való kapcsolatok száma általában (csekély mértékben) javult az elmúlt öt évben. Ahol jelentős növekedést láthatunk, az a szociális munka területe. A családgondozói hálózat gyakorlatilag ma már minden településen elérhető, és bár fiatal szakmáról van szó, az emberek kezdik megismerni ezt az intézményt. A növekedés ellenére az, hogy a családok 29%-a áll kapcsolatban szociális munkásokkal, meglehetősen alacsony még most is.

17

6. táblázat: Van-e kapcsolata szakemberekkel? (%)

Van kapcsolata...	2003.	2007.
Orvossal	84	93
(Gyógy)pedagógussal	54	65
Pszichológussal	11	14
Családgondozóval	6	29
* Nem összegezhető		

Egészségügyi ellátás

Az orvos és a (gyógy)pedagógus az, akivel a fogyatékos emberek családjai nagy arányban kapcsolatba kerülnek, e két szakemberrel gyakorlatilag „muszáj” is kontaktusban lenniük. Az orvosi ellátás alapvető problémája, hogy a legtöbb egészségügyi szakember nincs birtokában a fogyatékos emberekkel kapcsolatos speciális ismereteknek, nem tud megfelelően kommunikálni sem velük sem családtagjaikkal, és esetenként nem tudja vagy nem akarja kezelni egészségügyi problémáikat. 2003-ban a súlyosan halmozottan fogyatékos emberek 43%-ának volt valamilyen nehézsége az egészségügyi ellátás során. 2007-ben a családok 82%-át érte valamilyen sérelem az orvosi ellátás során (diszkrimináció, megjegyzések stb.), és 30%-ukkal előfordult már, hogy az orvos nem vállalta a fogyatékos személy kezelését. A két időszak összehasonlítására nincs módunk a kérdőív eltérései miatt, de addig, amíg ilyen magas arányban tagadják meg a fogyatékos emberek orvosi ellátását, nem is szabad romlásról, vagy javulásról beszélnünk.

Képzés, fejlesztés

2006-ban az oktatási törvényben több változás is életbe lépett. A képzési kötelezettség kategóriáját törölték a törvényből, így azóta a súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermekek is tankötelezettnek minősülnek. Képzésük kereteit is meghatározta a törvény a „fejlesztő iskolai oktatás” vagy a magasabb óraszámú „fejlesztő felkészítés” jobb lehetőségeket nyújt a gyermekek számára a korábbinál. A törvényben előírt lehetőségek megvalósítása azonban 2010-ig még várat magára. Érzékelhető változásra tehát nem számíhattunk a 2007-es vizsgálatban.

7. táblázat: Volt-e (élete során) képzési kötelezett a fogyatékos személy? (%)

	2003.	2007.
Még nem tanköteles	20	19
Nem volt képzési kötelezett	32	29
Volt képzési kötelezett	48	52
Összesen	100	100
n =	230	96

Végezetül ún. „támogató szolgálatok” igénybe vételéről ejtsünk néhány szót. „A támogató szolgáltatás célja a fogyatékos személyek lakókörnyezetben történő ellátása, elsősorban a lakáson kívüli közszolgáltatások elérésének segítése, valamint életvitelük önállóságának megőrzése mellett a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosítása”⁷ A szolgáltatás fontos segítséget nyújthat a családok mindennapi problémáinak megoldásában, szállításban, felügyeletben, tanácsadásban stb.

2003 óta a támogató szolgálatok száma ugrásszerűen emelkedett, 2006-ban már közel 800 településen 9153 fő részesült ebben az ellátásban (az 50 ezer súlyos és közép súlyos személy kb. 18%-a).

8. táblázat: Támogató szolgálatok és a szolgáltatást igénybe vevők száma (fő ill. település)

	Támogató szolgálat	
	Igénybe vevők	Település
2003.	??	19
2004.	??	63
2005.	2921	497
2006.	9153	763

⁷ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról

2. Fogyatékoság és szegénység – Bass László

18

A támogató szolgálatok fejlődését bizonyára megállítja az a törvénymódosítás, amely 2009. január 1-jétől kiveszi a kötelező önkormányzati feladatok köréből ennek az ellátásnak a biztosítását. A visszalépés kompenzációjaként „a támogató szolgáltatások és a közösségi ellátások nyújtásának működési költségeihez a központi költségvetés pályázati támogatással járul hozzá.” A normatív állami hozzájárulás felváltása a pályázati rendszerrel a rászorultság célzottságát kívánja növelni, de ismerve az ilyen típusú intézményi mechanizmusokat várhatóan a jelenlegi – még mindig alacsony szintű – hozzáférés nemhogy emelkedni nem fog, hanem a már működő szolgáltatásokat is meg fogja szüntetni a legtöbb önkormányzat.

Öt év kevés idő arra, hogy a társadalom egy csoportjának helyzete gyökeresen megváltozzon – arra azonban elegendő, hogy érzékelhető legyen, milyen irányba tart a súlyosan halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok helyzete. A változások iránya inkább pozitív, mint negatív: a családok anyagi helyzete nem romlott tovább (ami azért fontos eredmény), de nem a munkába állás, hanem a támogatásokhoz való jobb hozzáférés miatt.

A szülők és a fogyatékos emberek munkába állítása ma Magyarországon szinte lehetetlen. A munka híján élő családok nem csak jövedelmeikből veszítenek, de nehezebbé válik számukra a közösség életébe való bekapcsolódás is.

A szolgáltatások jó részét nagyobb arányban veszik igénybe. Saját környezetük ma inkább támogató, mint 5 évvel ezelőtt. A támogató szolgálat „projektesítése” nem kecsegtet bennünket pozitív eredménnyel. Egy másik szolgáltatás – az iskola – esetében fontos pozitív változások léptek életbe az elmúlt évben, de ennek hatásait nem lenne könnyű most még megmutatnunk.

3.

A szociális szolgáltatások megszervezésének, igénybevételének problémái Bass László

3.1 A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER

A szociális törvény (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról) által meghatározott ellátórendszeren belül több ellátási forma is érinti a fogyatékos embereket. A pénzbeli ellátások közül az ápolási díj és a rendszeres szociális segély részben érinti ezt a népességet. A törvény által szabályozott formákon kívül a fogyatékosok támogatás és a vakok személyi járadéka kifejezetten a fogyatékos emberek anyagi problémáinak enyhítését szolgálja, de ide sorolhatjuk még a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedésével kapcsolatos támogatást is.

A pénzbeli és természetben nyújtott támogatások és ellátások mellett a gondozás és támogatás intézményi lehetőségei a szociális szolgáltatások is fontos szerepet játszanak a fogyatékos emberek ellátásában. A szociális alapszolgáltatások közül kifejezetten a fogyatékos emberek helyzetének javítását célozza meg a támogató szolgáltatás és a fogyatékosok nappali intézménye. A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás a fogyatékosok gondozóháza, a fogyatékosok otthona, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona és **ápoló-gondozó lakóotthona** keretei között valósul meg.

A sokféle támogatási forma és intézménytípus pontos áttekintésére itt nem vállalkozunk, hiszen az egyes ellátások törvényi feltételei évről évre változnak. Azt azonban érdemes áttekintenünk, hogy a létező formákat hány fogyatékos ember veszi igénybe.

1. táblázat: A fogyatékos emberek számára rendelkezésre álló támogatási formák, illetve szolgáltatások igénybevétele 2007-ben

Ápolási díj, magasabb összegű	5,390 fő
Rendszeres szociális segély - egészségkárosodott	8,940 fő
Fogyatékosok támogatás	109,69 fő
Vakok személyi járadéka	4,237 fő
Súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési támogatása	20,050 fő
Támogató szolgálat	18,590 fő
Fogyatékosok nappali intézménye	3,986 fő
Fogyatékosok gondozóháza	,231 fő
Fogyatékosok rehabilitációs intézménye	1,612 fő
Fogyatékosok otthona	14,919 fő
Lakóotthon	1,307 fő
Forrás: Szociális statisztikai évkönyv, 2007. (KSH 2008.)	

Már a pénzbeli támogatások és ellátások esetében is érzékelhető, hogy a százezres nagyságrendű népesség egy része kimarad mindenfajta anyagi támogatásból, de a szociális szolgáltatások esetében a hozzáférés létszámadatai megdöbbentően alacsonyak. Bár az igénybevétel adatai nem összegezhethetők, mert például a nappali ellátás nem zárja ki a támogató szolgáltatás igénybevételét, ha ettől el is tekintünk akkor is legfeljebb 40 ezer ember részesült ilyen típusú ellátásban.

20

2. táblázat: Fogyatékos emberek számára létrehozott személyes szociális ellátások önkormányzati kötelezettségének változása (településméret nagyság)

	2007.	2008.	2009.
Nappali ellátás	3 ezer fő felett	3 ezer fő felett	10 ezer fő felett
Támogató szolgáltatás	10 ezer fő felett	10 ezer fő felett	nem kötelező

3. A szociális szolgáltatások megszervezésének, igénybevételének problémái – Bass László

Átmeneti elhelyezést nyújtó ellátás	30 ezer fő felett	30 ezer fő felett	30 ezer fő felett
Ápolást, gondozást nyújtó intézmények		megyei	
Rehabilitációs intézmények		önkormányzat	
Lakóotthonok		kötelezettsége	

3. táblázat: Tartós és átmeneti elhelyezésben részesülő fogyatékos emberek számának alakulása településnagyságonként

	Fogyatékos személyek		
	Otthona	(ebből): Lakóotthon	Gondozóháza
1993	12 666	–	–
1995	14 349	–	13
2000	15 322	123	24
2004	15 986	969	140
2005	16 146	1 062	161
2006	16 074	1 183	193
2007	16 226	1 307	231

Az alacsony szintű hozzáférés egyértelmű oka az intézmények hiánya. A törvényi szabályozás a szolgáltatásokat településnagysághoz köti, így a kistelepüléseken élő emberek számára szinte lehetetlen hozzájutni a szociális ellátásokhoz. A férőhelyek alacsony száma az elmúlt évek törvényi változásait figyelembe véve tovább fog csökkenni, hiszen a nappali ellátás és a támogató szolgáltatás önkormányzati kötelezettségét az elmúlt két évben csökkentették.

A hozzáférést az elérhető lehetőségek szűkössége mellett a családok információhiánya, egyes ellátások nem megfelelő színvonala, valamint az ügyintézés néha kifejezetten megalázó és túlbürokratizált módja is nehezítik.

Egy 2007-ben végzett kutatás során a súlyosan, halmozottan fogyatékos emberek családjában rákérdeztünk, hogy a család hallott-e az egyes segélytípusokról. Ugyanezt a kérdést egy másik kutatásban feltettük a szegénységben élő (nem fogyatékos) gyermeket nevelő szülők körében is. A nem fogyatékos gyermekek szüleinek 62%-a hallott a fogyatékosági támogatásról, ami nem különbözik a fogyatékos gyermekek családjában kapott aránytól (60%), az ápolási díj ismertsége országosan 78%, a fogyatékos emberek között pedig csak valamivel magasabb (84%) (Bass, 2008).

4. táblázat: Van-e kapcsolata szakemberekkel? (%)*

	2003	2007
Orvossal	84	93
(Gyógy)pedagógussal	54	65
Pszichológussal	11	14
Család gondozóval	6	29
* Nem összegezhető (Forrás: Bass 2008.)		

Az orvos és a (gyógy)pedagógus az, akivel a fogyatékos emberek családjai nagy arányban kapcsolatba kerülnek, e két szakemberrel gyakorlatilag „muszáj” is kontaktusban lenniük. Az orvosi ellátás alapvető problémája, hogy a legtöbb egészségügyi szakember nincs birtokában a fogyatékos emberekkel kapcsolatos speciális ismereteknek, nem tud megfelelően kommunikálni sem velük sem családtagjaikkal, és esetenként nem tudja vagy nem akarja kezelni egészségügyi problémáikat. 2003-ban a súlyosan, halmozottan fogyatékos emberek 43%-ának volt valamilyen nehézsége az egészségügyi ellátás során. 2007-ben a családok 82%-át érte valamilyen sérelem az orvosi ellátás során (diszkrimináció, megjegyzések stb.), és 30%-ukkal előfordult már, hogy az orvos nem vállalta a fogyatékos személy kezelését (Bass, 2008).

3.2 EGYENLTLEN TERÜLETI ELOSZLÁS

A szolgáltatások, a szakemberek és az intézmények hozzáférhetősége nagyon különböző attól függően, hogy a fogyatékos ember az ország melyik településén él. Az eltérések elsősorban a település nagyságából erednek, hiszen a legtöbb szolgáltatás működtetésének kötelezettsége lakosságszámhoz kötött, de – mint minden más téren – itt is nagy regionális különbségek tapasztalhatók.

Az 1-5. számú melléklet kartogramjait áttekintve jól látható, hogy a szociális ellátórendszer meglehetősen foghíjas. „A 10 ezer fő feletti településeken élők azok, akik számára van kiépült intézményi struktúra, az ennél kisebb lélekszámú

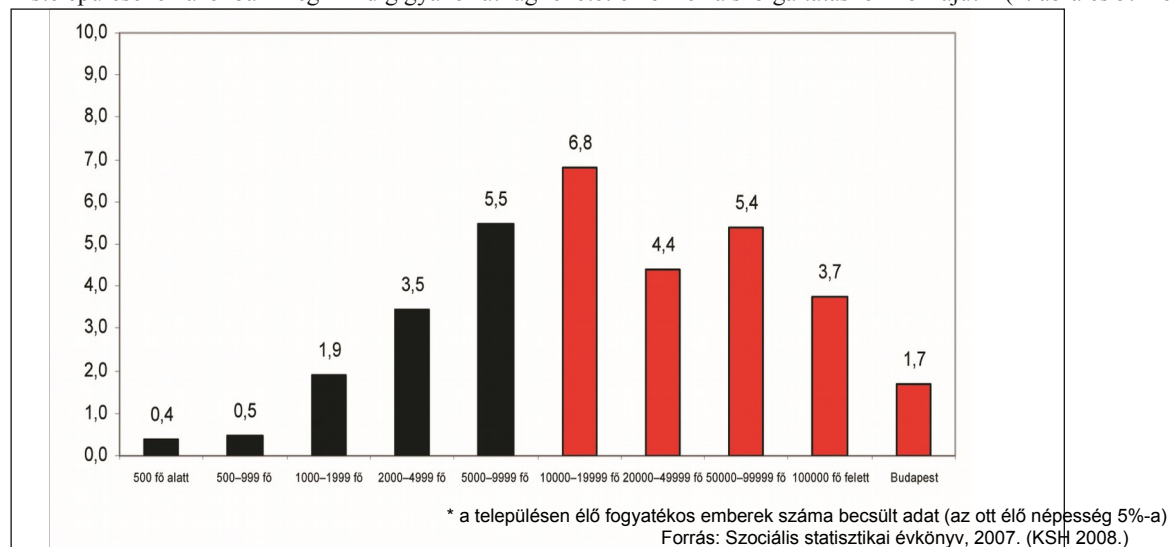
településen élők nagyobb valószínűséggel találkoznak valamilyen intézményhiánnyal. A legrosszabb helyzetben a 2000 fő alatti lakosságszámú települések vannak, ahol csak az alapellátások a jellemzőek, ráadásul ezek gyakran egyszemélyes szolgáltatások, és a megbízott szakember több települést lát el, több szerepkörben.” (Pataki, 2007.)

5. táblázat: A lakosság és a fogyatékos emberek számának alakulása településnagyságoként

Településnagyság	Települések száma	Lakosság száma	Lakosság aránya	Fogyatékosok becsült száma
1000 fő alatt	1701	774 924	7,6	38 700
1-2000	648	932 138	9,2	46 600
2-5000	506	1 505 549	14,8	75 300
5-10.000	146	1 008 776	9,9	50 400
10-20.000	81	1 138 702	11,2	56 900
20-100.000	72	3 088 395	30,3	154 400
100 ezer felett	13	1 729 921	17,0	86 500
Összesen	3167	10 178 405	100,0	

Miközben a kistépüléseken élők ellátása gyakorlatilag megoldatlan, az ország demográfiai adatait áttekintve látható, hogy a legrosszabb helyzetű, 2000 fő alatti lélekszámú községekben él a népesség csaknem 20%-a, az elfogadható mutatókkal rendelkező 10 ezer fő feletti településeken pedig az emberek 58%-a lakik. Ha átlagosan 5%-nak tekintjük a fogyatékosok előfordulási arányát, ez azt jelenti, hogy kb. 85 ezer fogyatékos ember csak az alapszolgáltatásokhoz jut hozzá, és több mint 200 ezer fő intézményi szociális ellátása nem megfelelő.

2007-ben a legtöbben a támogató szolgálat segítségét igényelték. Ez a forma azért különösen lényeges számunkra, mert több lehetőséget biztosít olyan szolgáltatások elérésére, amelyek a fogyatékos ember lakóhelyén nem állnak rendelkezésre. Támogató szolgálatok 2003 óta működnek Magyarországon, 2004-ben mintegy 3000 ember vette igénybe azt az ellátást, 2005-ben már 10 ezer 2008-ban pedig csaknem 20 ezer (19.248) fogyatékos ember került kapcsolatba velük. A kistépüléseken azonban még mindig gyakorlatilag lehetetlen ehhez a szolgáltatáshoz hozzájutni (1. ábra és 5. melléklet).



1. ábra: A támogató szolgálat igénybevétele az ott élő fogyatékos emberek %-ában, településnagyság szerint*

22

Az ellátás más területein (oktatás, egészségügy, foglalkoztatás) hasonlóan nagy területi eltéréseket tapasztalhatunk. Egy kis településen – természetesen – csak az alapintézmények létre számíthatunk, bölcsőde egészen biztosan nem működik, de óvoda és általános iskola általában van, vagy könnyen elérhető távolságban elérhető. Háziorvos és védőnő gyakorlatilag minden településen elérhető (általában több települést lát el egy-egy szakember), de már gyermekorvos is csak a nagyobb településeken dolgozik. Olyan speciális oktatási vagy egészségügyi ellátások, amelyek a fogyatékos emberek szükségleteit megfelelően kielégítenék, már csak nagyvárosokban működnek. Az ilyen intézmények elérhetőségét általában úgy méri, hogy megvizsgálják, egy adott település hány kilométeres körzetében férhető hozzá az ellátás. A magyarországi tömegközlekedés színvonalát figyelembe véve azonban – még a nem fogyatékos emberek számára is – még néhány tíz kilométeres távolság is sok esetben leküzdhetetlenül nagy, reggel esetleg még van busz a városba, de visszafelé már nincs, vagy csak egész napos várakozás után, esetleg több átszállással. A járművek fizikai (és sokszor lélektani) akadálymentessége teljesen megoldatlan. Közlekedni általában csak saját autóval lehet, ennek költségei azonban a fogyatékos emberek számára túl nagy terhet jelentenek, a közlekedési támogatás egy éves összegéből pedig kb. egy tankolás fedezhető.

„A magyarországi régiók felismerték a regionális tervezés szükségességét és fontosságát a szociális ágazatban is. Az eddig elkészült anyagok azonban mind tartalmukban, mind kidolgozottságukban meglehetősen heterogének. Ez elsősorban a partnerségi kapcsolatok eltérő fejlettségének, a szakembergárda különböző képzettségi szintjének és a regionalitás más-más módon való értelmezésének a következménye. A jövőben a tervezési kapacitások megerősítése, az innováció és az együttműködések ösztönzése, a civil szféra fokozottabb szerepvállalásának biztosítása lehet a záloga a regionális szintű területi tervezés megerősödésének a szociális szférában.” (Szoboszlai et al. 2005)

3.3 AZ INTEGRÁCIÓ LEHETSÉGES SZINTJEI, KOMPLEX REHABILITÁCIÓ

A könnyen és magától értetődően elérhető lehetőségek legnagyobb része a fogyatékos emberek számára nem vagy csak nehezen hozzáférhető. A korábbiakban már szó volt róla, hogy az oktatás és a munkavállalás során speciális szükségleteik vannak. Munkába állásuk nehézsége miatt jövedelmi helyzetük rossz, támogatás nélkül akár fizikai létük is veszélyeztetett lehet. Neheztelt feltételek között képesek közlekedni, a kulturális lehetőségek vagy a közintézmények akadálymentesítése híján az elemi társadalmi részvétel lehetőségeiből is könnyen kizáródnak, de még egészségügyi ellátásuk is nehézségbe ütközik, ha sajátos igényeikre nincs figyelemmel a társadalom.

A társadalmi szolidaritás alapkövetelménye, hogy ezeknek az embereknek a számára a közösség támogatást nyújtson. Támogatásokra az élet számos területén szükség van. Hazánkban nagy hagyományai vannak a gyógypedagógiai oktatásnak, a fizikai és információs akadálymentesítés az elmúlt évtizedben egyre nagyobb hangsúlyt kap a közéletben, a védett foglalkoztatás lehetőségei sem ismeretlenek Magyarországon, és ma már az sem elképzelhetetlen, hogy egy értelmi fogyatékos embert fogadjanak egy fogászati vagy nőgyógyászati kezelésen.

Az ellátórendszer tehát messze túlmutat a szűk értelemben vett szociális szolgáltatások körén, gyakorlatilag az élet minden területére kiterjedő komplex támogató rendszer működtetését jelenti. A komplexitás igénye az Országos Fogyatékosügyi Program céljai között is szerepel, a továbbiakban a program logikája mentén foglaljuk össze a rehabilitáció főbb elemeit.

3.3.1 A fogyatékos személyeket érintő társadalmi szemlélet

A társadalmi kirekesztődés kialakulásában jelentős része van annak, hogy a közösség mennyire toleráns a mássággal, milyen beállítódásai, előítéletei vannak a közösség tagjainak a fogyatékos emberekkel kapcsolatban.

A fogyatékos embereknek minden korban és minden kultúrában meg kellett küzdeniük az őket körülvevő környezet szorongásával, gúnyolódásával, elzárkózásával. Magyarországon – bár ilyen összehasonlítható nemzetközi kutatás nem készült – általában mindenféle mássággal szemben nagyfokú ellenállás tapasztalható. Az előítéletek csökkentésében a média szerepe nagyon fontos, mivel az emberek többségének kevés valódi mindennapi tapasztalata van a fogyatékosokról, ezért beállítódásukat jelentősen alakíthatja, ha egy szappanoperában „találkozhatnak” fogyatékos szereplővel, és legalább így megtapasztalhatják, hogy érez, reagál, gondolkodik egy siket vagy egy értelmi fogyatékos ember.

A valóságos tapasztalatok szerzését elősegíthetné, ha mind nagyobb számban valósulna meg a fogyatékos gyermekek integrált oktatása – sajnos Magyarországon – bár a számadatok az integráció széleskörűvé válását mutatják, a valóságban ez csupán egyfajta rideg integráció megvalósulását jelenti, az esetek túlnyomó többségében az oktatási intézmények a magasabb normatíva megszerzése miatt vesznek fel „sajátos nevelési igényű” gyermekeket.

Szintén az oktatás feladata lehetne – különböző képzési szinteken – a fogyatékos emberekkel kapcsolatos információk közvetítése (ez a mostani képzés is lényegében erre való).

3.3.2 A társadalmi kirekesztettség intézményes okai

A fogyatékos emberek – főként azok, akiknek állapota súlyosabb – egy része intézményi körülmények között kénytelen élni. Az intézeti lét nem szükségszerűen jár együtt a fogyatékos ember teljes szegregálódásával, az elmúlt évtizedekben törekvések vannak az ún. normalizációs elv érvényesítésére a hazai intézményrendszeren belül is.

A magyarországi viszonyok e tekintetben még messze nem tekinthetők ideálisnak. Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról előírja, hogy „a fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, 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.”(29. §) Ennek ellenére a hazai intézmények többsége nagy létszámú, zsúfolt, az ott élő emberek pedig a leelemibb önállóságot sem kapják meg

mindennapi életünkben. Kutatási adatok szerint „az intézetet a lakók ritkán hagyják el, csupán az ellátottak fele jár ki boltba, nagy részük gondozó kíséretében. 45% viszont egyáltalán nem jár boltba mert „nem képes önállóan közlekedni”(41,3%) illetve az intézet házirendje nem engedi meg (4%).” (Kozma 2008)

3.3.3 A fogyatékos személyek és családjuk életminőségének javítása

A fogyatékos emberek többsége saját családjában él. Számukra biztosítani kell azokat a lehetőségeket, amelyek biztosíthatják részvételüket a társadalom életében. Ezek között elsőként alapvető szükségleteik kielégítésének megkönnyítését illetve lehetővé tételét kell számításba vennünk.

Az akadálymentesítésvérvérek alapvetően a közintézmények, kulturális és sportolási lehetőségek elérhetőségének biztosítására koncentrálnak, és kevesebb figyelem jut az élet alapvető színterére, a lakásra. Egy fogyatékos családtag esetében a lakásban számos olyan átalakításra, segítő eszközre van szükség, amelyek biztosíthatják a mindennapi élet legelemibb feltételeit, és akár arra is szükség lehet, hogy a család lakást változtasson, pl. lift hiánya miatt.

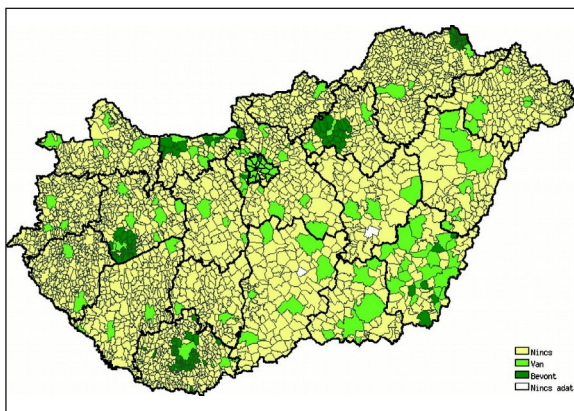
A lakás átalakításának költségei mellett számos többletkiadással jár a fogyatékos emberek mindennapi élete, gyógyszerekre, speciális segédeszközökre, pelenkára, speciális élelmiszerekre, számítástechnikai eszközökre stb. van vagy lehet szükségük. A többletkiadások között jelentős tételt jelent a közlekedésre fordított összeg.

Az anyagi helyzet javítására elsősorban a családfenntartó foglalkoztatási esélyeinekjavítását kell elősegíteni, törekvés van például az ápolási díj munkaviszonnyá alakítására, de nagyon fontos lenne az atipikus foglalkoztatási formák – a részmunkaidő vagy a távmunka – lehetőségének bővítése is. A fogyatékos emberek foglalkoztatásának lehetőségeit növelni kell a munkaadók és a fogyatékos munkavállalók érdekeltségének megteremtésével, védett munkahelyek és „terápiás foglalkoztatási lehetőségek” biztosításával.

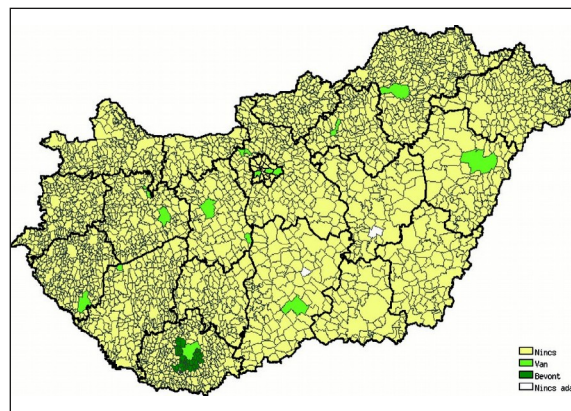
Már említettük, hogy a fogyatékosok napközbeni ellátásáraalig van Magyarországon lehetőség, ez pedig elengedhetetlenül fontos lenne a súlyosabban fogyatékos embereket gondozó családtagok tehermentesítése szempontjából is. Az ellátási formák férőhely bővítése mellett nagyobb figyelmet kell fordítani a közlekedési lehetőségbiztosítására is, hogy a távolabb rendelkezésre álló szolgáltatások is elérhetőek legyenek.

A rehabilitációs célok között szerepel még a társadalom életében való aktív részvétel biztosításának igénye is.

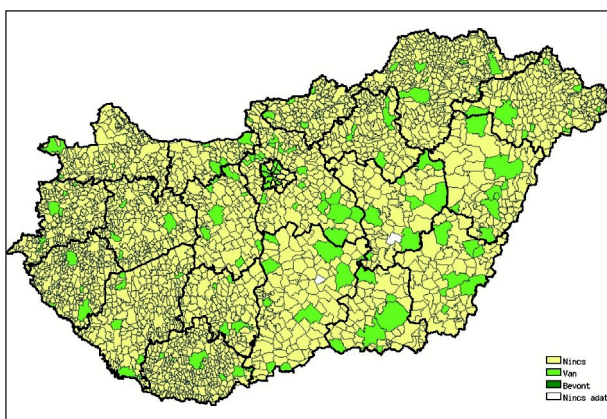
MELLÉKLET: FOGYATÉKOS EMBEREK SZÁMÁRA LÉTREHOZOTT SZOLGÁLTATÁSOK HOZZÁFÉRHETSÉGE



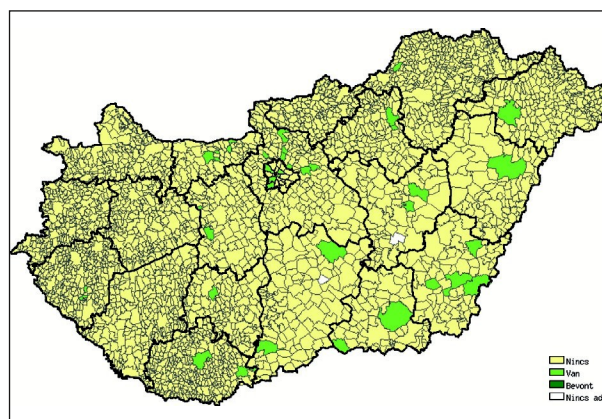
1. ábra: Fogyatékos személyek nappali intézménye (2007) (Forrás: TEIR)



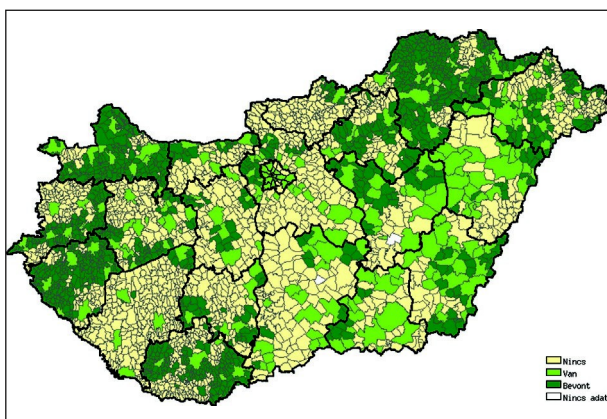
2. ábra: Fogyatékos személyek gondozóháza (2007) (Forrás: TEIR)



3. ábra: Fogyatékos személyek otthona (2007) (Forrás: TEIR)



4. ábra: Fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona (2007) (Forrás: TEIR)



5. ábra: Támogató szolgálat (2007) (Forrás: TEIR)

4.

Fogyatékos ember a családban I. Győri Enikő

FOGYATÉKOS GYERMEK SZÜLETIK

4.1. BEVEZETÉS

A fogyatékos emberek társadalmi integrációjának esélyét és életminőségét a család általános társadalmi helyzete határozza meg, amit számos tényező befolyásol, így a családtagok iskolázottsága, jövedelmi, vagyoni viszonyai, az ételterükként szolgáló település adottságai, fekvése stb.

Jelentős szemléletváltás zajlik a fogyatékoság megítélése tekintetében, a medikalizációs szemlélettel szemben, mely betegként kezelte a fogyatékos embereket. Megerősödött a társadalom szerepének vizsgálata, miszerint nem is annyira az ember állapota, hanem a társadalom elégtelen működése, a helytelen szemléletmód, stigmatizálás tesz valakit fogyatékosná.

Az ENSZ Egyetemes Emberi Jogokról szóló nyilatkozatának első cikkelye leszögezi:

„Minden emberi lény szabadon születik és egyenlő méltósága és joga van. Az emberek ésszel és lelkiismerettel bírván, egymással szemben testvéri módon kell, hogy viseltessenek.”

Minden ember más, csakis rá jellemző értékeket hordoz, akkor is, ha teste vagy értelme a többségtől eltérő módon működik. Bass László 2004-ben végzett kutatásának eredményei bemutatták, hogy hazánkban a fogyatékos gyermeket nevelő családok helyzetében a legnagyobb problémát a helyzetből adódó elszegényedés, valamint a családok és a felnövekvő fogyatékos gyermekek elszigetelődése jelenti.

Az Országos Fogyatékosügyi Program (2006) hangsúlyozza a család jelentőségét. Kiemelt jelentőségüként említi, hogy a fogyatékos gyermek nevelése, gondozása, ápolása és a fogyatékos felnőtt támogatása mellett a szülőknek és más családtagoknak marad-e lehetőségük a munkavállalásra.

Leszögezi, hogy a társadalmi hátrányok minimalizálása érdekében – tekintetbe véve, hogy a fogyatékos emberek heterogén csoportot alkotnak a fogyatékoság típusa, ill. mértéke szerint – biztosítani kell a szolgáltatások rendszerének differenciálását. Ez ad lehetőséget, hogy egyéni szükségletek személyre szabottan legyenek kielégíthetőek.

4.2. A SZOCIÁLIS PROBLÉMÁK EREDETE, EMBERI SZÜKSÉGLETEK

Szociális probléma mindig akkor keletkezik, ha egy ember (csoport, vagy közösség) valamely oknál fogva nem képes kielégíteni a szükségleteit, jelentkezzen az a szükségletek hierarchiájának bármelyik szintjén. (ld. Maslow)

A szükségletek rendszerének természete, hogy valamely szint elégtelensége, a fölötte lévő szintek kielégítetlenségét is maga után vonja. Az ember társas lény, így szükségletei nagy részét társas kapcsolatok, ill. a társadalom által létrehozott intézmények útján elégíti ki. Az életminőség szempontjából meghatározó tehát az ember testi-lelki állapota, azaz a társadalom életében való részvétel képessége, másrészt pedig a társadalmi környezet minősége, kultúrája, erőforrásai. Az ember és környezete kölcsönhatásban él, egymástól elválaszthatatlan, rendszerként működik.

E bonyolult rendszer színtereit, azok találkozási pontjait a Welch - féle humán-ökorendszer írja le, az alábbi hét szintet nevesítve meg:

1. Az ember testileg (fizikai szükségletek, egészségi állapot)
2. Intrapersonális szint (gondolkodás, érzelmi élet, önértékelés, hangulat)
3. Interperszonális szint (az egyes emberek közötti interakciók, kapcsolatteremtési képesség)
4. A család és más kiscsoportok
5. Helyi közösségek
6. Az adott kultúra
7. Nemzet, állam, társadalom – az adott ország politikai, gazdasági, szociális állapota

3. A szociális szolgáltatások megszervezésének, igénybevételének problémái – Bass László

4. Fogyatékos ember a családban I. – Győri Enikő

Az egyes szintek kielégítő működése természetes támaszként szolgál az egyén számára, ellenkező esetben problémaforrásként jelentkezik, kielégítetlen szükségletek formájában. Ez egyaránt igaz a fogyatékkal élő és nem fogyatékos emberekre, azzal a kiegészítéssel, hogy a fogyatékos embernek a fogyatékoság típusától, mértékétől függően speciális szükségletei adódnak, melyre a társadalomnak külön figyelmet kell fordítania.

Az emberi társadalmak intézményei között a legfontosabb a család. Minden eddig ismert társadalomban létezett, létfontosságú funkciókat látva el a társadalom és a benne nevelkedő egyén szempontjából is. A szintek között középen helyezkedik el, mintegy szimbolizálva, hogy működését a benne élő egyének testi-lelki állapota és a társadalmi környezet minősége egyaránt meghatározza. Nem véletlen tehát, hogy valamennyi humán tudomány kiemelt figyelemmel fordul a családok működése felé.

4.3. A CSALÁD FOGALMA, FUNKCIÓI

A család hagyományosan olyan elsődleges szociális csoport, amelybe az emberek beleszületnek, mely kezdetben biztosítja táplálásukat, s intim viszonyaival hozzájárul lelki és fizikai védelmükhöz. Tagjai egy háztartásban élnek.

Funkciói:

- A családi minta, a családi viselkedésminták kialakulása.
Bármely családban a mindennapi élet szerveződése az adott család fennállásának tartama szerint épül fel, és magában foglalja mindazt, amit a család az előző generáció sémáiból megtanult. Ezen sémák működésének többsége kialakult családi szokásokban jelentkezik, a családtagok számára nem tudatos. A családi viselkedésmintázat a személyek közötti kapcsolatokból áll össze, mindenki rendelkezik csak rá jellemző vonásokkal, múltbéli élettapasztalattal, mindez pedig adott társas hálóban, kultúrában élve bonyolult összhatást, mintázatot alakít ki.
- Szocializációs funkció:
A család az elsődleges szocializáció terepe, az egyén elsajátítja azokat a normákat, értékeket, szokásokat, melyek révén a társadalomba beilleszkedik, annak hasznos tagja lesz.
- Gazdasági funkció:
A család részt vesz a társadalmi munkamegosztásban, biztosítja a családtagok számára a létfenntartást, foglalkoztatást.
- Érzelmi funkció:
A szeretet, bizalom, elfogadás légkörét biztosítja intim viszonyrendszerében, mellyel biztos alapot, háttérnyújt tagjai számára.
- Gondozási funkció:
A család az inaktív családtagokat fenntartja és gondozza, amennyiben a lehetőségek erre adottak.
- Reprodukciós funkció:
Az utódok biztosításával a társadalom utánpótlása is itt történik.
- Politikai funkció:
A család, mint rendszer, a társadalmi rendszer elemeként aktív részvételével segíti, befolyásolja a politika alakulását
- Vallási funkció:
A vallás gyakorlása kontrollt, kapaszkodót, kötődést, konfliktusmegoldó szerepet is jelenthet

A család életciklusai:

A család fejlődése életciklusokból áll, melyek alakulása az életkorhoz, a szocializáció fokához, az aktuális életfeladatokhoz igazodik. Az életciklus váltások nem mindig zökkenőmentesek, a családnak, mint rendszernek új struktúrákat kell kimunkálnia.

Meghatározó lehet szerzett fogyatékoság esetén, hogy a család mely életciklusában következik be valamely családtagnál fogyatékoság, hiszen életciklusonként másként jelentkeznek az ebből adódó problémák, feladatok.

Fogyatékos gyermek születésekor is befolyásolja a család reakcióját, megoldási készségét, hogy mely életciklusban tart a család (pl. idősebb szülők), illetve a család a fogyatékos gyermekkel együtt halad át ezen a folyamaton, új megoldásra váró helyzetekkel szembesülve, melyek speciális megoldási módokat kívánnak.

A családi életciklusok:

1. Az otthon elhagyása, egyedül élés
2. Házasság, házaspár
3. Kisgyermekes család
4. Serdülők a családban
5. A gyermek kirepülése (üres fészek-szindróma)
6. A késői életszakasz

4.4. ELTÉR CSALÁDI HÁTTÉR – ELTÉR ÉLETESELYEK

A családi viselkedésmintázat, a szocializációs, érzelmi, gondozási funkciók ellátásának minősége alapvető hatással bír egy ember életében, meghatározó a személyiség fejlődésében, megküzdési stratégiák elsajátításában, az önértékelés, önbecsülés kialakításában. Egy jól működő, egészséges, erős pozitív érzelmekkel és kapcsolatokkal bíró család alapjául szolgál a beleszülető egyén maximális önkitaljesítéséhez. Mivel egy ilyen család jó megküzdési stratégiákkal rendelkezik, ez történik akkor is, ha a gyermekük fogyatékkal születik, vagy valamelyik tagjuk fogyatékosná válik.

Ellenkező esetben minimalizálhatja a képességek, lehetőségek megélését tagjai számára, illetve egy olyan trauma, mint a fogyatékoság megjelenése valamely családtagnál, oly mértékű krízishez vezethet, melynek hatására képtelen lesz funkciói megfelelő ellátására, akár fel is bomlik.

A család belső és külső erőforrásainak minősége, mennyisége, elérhetősége tehát meghatározó a fogyatékos családtag életminősége tekintetében, hogy ne jótékonkodás alanyai, hanem jogok birtokosai lehessenek. Csak így valósulhat meg az inklúzió, azaz a teljes befogadás, a normalizáció, integráció, rehabilitáció, egyenlő esélyű hozzáféréseinek szem előtt tartásán keresztül.

Ehhez feltétlenül szükséges, hogy a minket körülvevő világot úgy kell megtervezni, hogy az a fogyatékos személyek számára is hozzáférhető és használható legyen (egyetemes tervezés), valamint biztosítani kell, hogy a fogyatékos személyek saját jogon, maguk választotta képviselőik útján részt vegyenek az életüket meghatározó döntések előkészítésében, a döntésekben és azok végrehajtásában (semmit rólunk, nélkülünk)

4.5. A CSALÁD, MINT RENDSZER

A családokkal folytatott munkában elengedhetetlen a rendszerelmélet ismerete, hiszen a családokat rendszernek tekintjük.

A rendszerszemlélet alapelvei

A családtagok kölcsönösen kapcsolódnak egymáshoz, hatnak egymásra, az egyik tagban létrejövő változás hat valamennyi családtagra, azaz a rendszerben feedback mechanizmusok zajlanak.

A rendszer a dinamikus egyensúlyi állapotra törekszik, minden eltérés az egyensúlytól folyamatosan korrigálódik. Ez a folyamat a homeosztázis. Tehát, ha a családban olyan változás történik, amely kibillentí az egyensúlyi állapotukat, a családtagok törekszenek az egyensúlyi állapot újbóli eléréséhez.

A családstruktúra fogalma

Minuchinszerint a családstruktúra nem más, mint a funkcionális igények és szükségletek láthatatlan összessége, amelyek meghatározzák a család tagjainak interakcióit.

Három, vagy több személy esetén, a családon belül már alrendszerek is kialakulnak. A családon belül három alrendszer különíthető el: szülői, házastársi és testvéri alrendszerek, melyek különböző típusú kapcsolatokat alakíthatnak ki egymással:

Szövetség, ha két ember egyetért egymással, koalíció, ha a megegyezés egy harmadik személy ellen irányul, diád, a kettőnél több személyből álló interakciós rendszer kommunikációs egysége, mely lehet szimmetrikus, vagy komplementer, triád, három személy közötti kapcsolat, mely lehet stabil, vagy instabil

Akkor egészséges ezen kapcsolatok működése, ha az állandóan változó és nincs senki, aki a többi családtagra rátelepedve ezeket a kapcsolatokat leblokkolja, vagy önkényesen meghatározza.

A család határai

A családokra jellemző még, hogy külső és belső határokkal rendelkeznek. A belső határok az alrendszerek közötti kapcsolatot, a külső pedig a család és környezete közötti kapcsolatot jellemzik.

A határok típusai

- Diffúz: ha az alrendszerek egymásba folynak, pl. a gyermek olyan helyzetekbe kényszerül, melyben korát meghaladó felelősséget, vagy teljesítményt várnak el tőle.
- Tiszta, rugalmas határok: a családban mindenki előtt világos a saját szerepe, felelőssége, a család képes alkalmazkodni a külső és belső változásokhoz
- Rigid határok: a külső környezetet a család veszélyforrásként, fenyegetettségként éli meg, ezért lezár a külső kapcsolatok elől. A belső határok rigiditását jelzi pl. a gyermekek fizikai bántalmazása, az intimitás elutasítása, szeretetnélküliség a családtagok között is. Fogyatékos gyermek születésekor a családi határok gyakran megmerevednek – a jelenség egyébként is zártabb családok esetében fokozottabb -, részben a családtagok érzelmi reakciója, részben pedig a környezetükben élők távolságtartása miatt, ez pedig a külső erőforrásokhoz való hozzájutást nehezítheti.

A családon belüli viszonyok feltérképezése, a családi rendszer működésének sajátosságainak megismerése segítséget nyújt a család problémájának felismerésében, megmutatja a szükséges változások irányát.

4.6. KRÍZIS, KRÍZISINTERVENCIÓ

Az emberek, a családok életük során nehéz helyzetekkel, olykor krízisekkel szembesülnek. Ezeknek a helyzeteknek a megoldása, a krízisek átélése a fejlődés egyik motorja, hiszen lehetőséget nyújt új tapasztalatokra, addig nem ismert erőforrásokkal ismerkedhetnek meg erre is képes voltam, ezt is megoldottam, fel lehet fedezni, hogy számíthatunk másokra, új személyiségvonásokkal, érzelmekkel gazdagodhatunk.

Amíg azonban ez bekövetkezik, addig gyakran egy nagyon nehéz, megterhelő utat kell végigjárni, amelynek ugyan megvannak a maga sajátos törvényszerűségei, mégis mindig nagyon egyedi.

A krízis egy átmeneti állapot.

Megkülönböztetünk normatív és paranormatív kríziseket. Az előbbi az élet változásához köthető életciklus váltásokból adódó nehézségekre utal, az utóbbi fogalom, pedig a hirtelen bekövetkező, előre nem látható változásokat jelöli (pl. halál, betegség, válás).

A krízisállapot lefolyása szakaszokra bontható – sokk, kontrollált szakasz, érzelmek felszabadulása, adaptáció – fontos azonban megjegyezni, hogy az egyes szakaszok egymásba átfolyhatnak, időtartamuk különböző lehet és előfordulhat, hogy a család, vagy egyes tagjai megrekednek valamelyik szakaszban, ami lehetetlenné teszi a krízis feloldását.

A családot támogató szakembereknek, így a szociális szakembereknek is rendelkezniük kell megfelelő tudással a krízis lefolyásáról és a krízisintervenció lehetőségeiről, hogy a helyzetnek megfelelően tudjanak viszonyulni a szülők, a család érzelmeihez és meg tudják adni a lehetséges segítséget.

A krízisintervenció során a legfontosabb az azonnali felismerés és segítségnyújtás, a támogató jelenlét, elérhetőség, a biztonság érzésének erősítése, a jövőkép felépítése, végül pedig a feldolgozásban nyújtott támogatás.

4.7. FOGYATÉKOS GYERMEK SZÜLETIK – ÉP CSALÁDTAG FOGYATÉKOSSÁ VÁLIK

A krízisek közül talán a legnehezebben feldolgozható, ha a családba fogyatékos gyermek születik, rendkívüli próbatétel a szűkebb és tágabb család számára egyaránt.

Egy gyermek érkezése a családi életciklus egyik legfontosabb feladata. Átrendeződnek a szerepek, a pár egy új generációba lép át, szülővé válik. Megváltoznak a korábban kialakított szabályok (pl. háztartási feladatok újra felosztásra kerülnek). Fontossá válik a férfi pénzkeresői funkciója, a család fenntartójává válik, egyúttal kialakítva egyfajta anyagi függőséget. Megváltozik a párkapcsolat, a férfi-nő kapcsolat háttérbe szorul, és előtérbe lép a nő anyaságának megélése, eleinte az anya-gyermek kapcsolat szimbiózisához nehezen tud csatlakozni az apa.

A fogyatékoság tényével való szembesülés

Soha nem lehet megfelelő az az időpont, amikor a szülőket tájékoztatják, hogy gyermekük fejlődési rendellenességgel született. Ez többnyire az egészségügyi rendszer keretei között történik, sajnos gyakran a problémát észlelő szakember nem tudja, hogyan közölje a hírt, pedig rendkívül fontos a mielőbbi és minél részletesebb tájékoztatás, hogy, minél hamarabb kialakulhasson az elfogadó szülői magatartás. Ehhez elengedhetetlen a szakember empátiás készsége. Biztosítani és tájékoztatni kell a szülőket arról, hogy milyen formában kaphat segítséget a család a gyermek állapotának reális megítélésében és elfogadásában, életük további vitelében.

Ha egy újszülöttről kiderül, hogy valamilyen sérüléssel született, a családi folyamatok felgyorsulnak, erőteljesebben zajlanak. Az anya minden idejét, erejét és gondolatát lefoglalja a gyermek gondozása, ami a többi családtagtól is több energiát követel. Bármelyik családtag problémája, kihat a rendszer többi tagjára is (cirkuláris okság elve alapján). Gyakran megváltozik a család struktúrája, felborul a korábbi működési mód. Minuchin szerint kétféle módon tudják kezelni a családok a megterhelő helyzeteket: közelednek egymáshoz, összekapaszkodnak a közös bajban (kohézió), vagy igyekeznek kitörni a kétségbeesítő helyzetből, eltávolodnak egymástól (visszavonulás). A rendszer további működése akkor biztosított, ha újfajta családi működést hoz, megváltozik a struktúra, amelyhez minden családtag alkalmazkodni tud.

A gyermek a szülő kiterjesztett énje, az apák nemzőképességük bizonyítékát látják gyermekükben, az anyák türelmük, szeretetük és fájdalomvállalásuk jutalmát ölelik át az újszülöttben. Mindez összeomlik a rossz hír hallatán. Ha frusztráció ér bennünket, gyakran zajlanak bennünk olyan énvédő, vagy más néven elhárító mechanizmusok és folyamatok (Anna Freud és Sigmund Freud nevéhez köthetőek), amelyek segítségünkre vannak a sérelem elviselésében.

A szülők többségének első reakciója a tagadás és a kétségbeesés.

A szülők megértésre, elfogadásra, vigasztalásra és bátorításra várnak. Vágynak valakire, aki meghallgatja őket, és reményt nyújt számukra. A mód, ahogyan a diagnózist közlik a szülővel, nagymértékben befolyásolja a szülő

elfogadását gyermeke fogyatékoságával kapcsolatban. Cél mindkét fél (anya és apa) bevonása, a közös felelősségvállalás és a partnerkapcsolatot erősítése.

A szülők gyakran a végletekben gondolkodnak.

Reménykednek, hogy a gyermek állapota csak átmeneti, a jövőben átlagos képességű lesz, vagy azt érzik, hogy semmi reményük nem lehet.

A diagnózist elutasító szülői magatartást jellemzői:

- A szülő, elsősorban az anya magában vagy másokban keresi az okokat, amelyek előidézték a gyermek állapotát. Mulasztásokkal vádolja önmagát, vagy szülőitársát, esetleg az orvosokat. Elindulhat egy vándorlás, és orvosról orvosra cipelve gyermekét, abban reménykedhet, hogy a diagnózis módosítható. Ez a magatartás csak az elutasítás érzését növeli az anyában. Amíg az anya bizonytalan, addig nem tud eleget tenni szülői feladatainak. Fontos hagyni, hogy a szülő a megnyugvást megtalálja, mert akkor valósul meg az elfogadás, ha kijárja ezt az utat. Amíg az anya zaklatott állapotban van, önkéntelenül eltávolodik gyermekétől, örömtelenül gondozza, és ez visszahat a gyermekére is.
- A szülőknek sok információra van szükségük, gyermekük fogyatékoságával kapcsolatban. Jellemző, hogy adiagnózis pillanatában a legtöbb szülő nem saját problematikájával foglalkozik, hanem külső beavatkozásra nyitott, elsősorban orvosi lehetőségek foglalkoztatják.

Az elfogadás jelentősége nagyon nagy, mert akkor alakulhat ki a megfelelő anya-gyermek kapcsolat, amely által felgyorsulhat a fejlődési folyamat, és felül is múlhatja azonos diagnózissal élő kortársait a gyermek. A reális elvárás, a kisebb eredményekkel való megelégedés, és annak a gyermek számára érthető kifejezése, biztosítja a mindennapok örömeit és az egész család kiegyensúlyozott életét.

A gyászfolyamat

A „bánatkövel” kirakott úton minden szülő végigmegy. Abban különböznek a családok, hogy ki, mennyi idő alatt teszi meg ezt az utat. Először csend veszi körül a szülőket, senki nem tudja, mit kell ilyenkor mondania. Az emberek többnyire nincsenek szocializálva arra az esetre, ha sérüléssel találkoznak. A másik élmény a bizonytalanság érzete. Számtalan kérdés merül fel ebben az időszakban (miben reménykedhetnek, mire lesz képes gyermekük). A szülőknek érzelmileg is fel kell dolgozniuk, hogy gyermekük fejlődési rendellenességgel született. Ez a folyamat nagyon hasonlít a szeretett személy elvesztésekor érzett gyász állomásaira, melyet Elizabeth Kübler-Ross (1988) írt le.

A szülőknek általában van egy elképzelt képük születendő gyermekükről, ezek a vágyálmok hirtelen a semmibe vesznek, veszteségélményt él át a szülő, aki valóban gyászol, hiszen eltemeti mindazokat a terveit és szándékait, amellyel leendő gyermekét megajándékozta volna.

A külvilág hallgatása miatt (csend) a magány és az elszigeteltség érzését éli át a család, ez az izolációfázisa. A kezdeti magába fordulással párhuzamosan megjelenik az indulatokkal teli tagadás. Keresik az okokat, a büntudat és bűnbaképzés időszaka következik. Ebben az időszakban kísérő érzelem a haragérzete, amely mindenkire rázúdul. Következő szakaszban az alkudozása jellemző: orvosról orvosra járás, tennivalók feltérképezése, módszerek keresése, utóbbiak már pozitív hangszínnel jelennek meg a szülő mindennapi tevékenységében. A fent leírt szakaszok hosszú évekig is eltarthatnak, az egyes szakaszok hossza és intenzitása is változó lehet, a szülő személyisége, háttere, megküzdési módjai, szociokulturális támaszai határozzák meg.

A gyászmunka lezárásával megtörténik az elfogadás, melynek első lépése azt is jelenti, hogy a szülők felismerik gyermekük mindennapi szükségleteit, hajlandók tanulni, és a kihívások megoldására felhasználni új ismereteiket. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy a szülők csak optimista módon tekintenek a jövőjükre.

A szülőnek is fel kell ismernie gyermeke értékeit, hogy „mindenkinek joga van az általa élhető élethez”.

Szülők jellemző reakciói gyermekük fogyatékoságára vonatkozóan
A gyermek elutasításának különböző megnyilvánulási formái lehetnek:

- alábecsülik a gyermek képességeit, és semmilyen elvárást nem támasztanak vele szemben
- túlzott elvárásokat és elérhetetlen célokat tűznek ki a gyermek fejlődésével kapcsolatban
- egyik szülő elhagyja a családot
- krónikus stresszállapot alakulhat ki, ha a szülők még önmaguknak sem tudják beismerni, hogy nem fogadják el gyermeküket.

Sérülhet a szülői kompetenciaérzés. Vannak olyan szülők, akiket a fogyatékoság ténye annyira elbizonytalanít, hogy egyáltalán nem érzik kompetensnek magukat szülői szerepükben. Szívesebben hagyatkoznak az őket körülvevő szakemberteam módszereire, tanácsaira. Ebben az esetben dicsérni kell a szülőket még a legapróbb változás észlelésénél is, és hangsúlyozni, mekkora szerepük volt a gyermek fejlődésében.

A szülőket gyakran éri frusztráció, a körülöttük lévő szakemberek gyakran adnak instrukciókat, kioktatják őket, a szülő tapasztalatait kétségbe vonják, és nem ritka a szakemberek közötti rivalizáció sem.

30

A család megküzdési stratégiáját befolyásoló tényezők a következők lehetnek:

- a fogyatékoság természete,
- súlyossága,
- szemmel látható jegyeinek megléte, hiánya, feltűnősége,
- lefolyása, kimenetele,
- bekövetkezésének időpontja
- sérült személy neve
- testvérek száma és egészségi állapota

4. Fogyatékos ember a családban I. – Győri Enikő

- családon belül elfoglalt helyzet, szerep
- család aktuális életszakasza,
- a család nagysága,
- a család többi tagjának elérhetősége,
- a család általános egészségi állapota,
- a család anyagi erőforrásai,
- a család lelki erőforrásai,
- a család életstílusa,
- a család értékrendszere,
- a család, valláshoz való viszonya
- a szülők iskolázottsága
- szülők életkora
- a környező világ értékrendszere
- a rendelkezésre álló információk, s azok elérhetősége, felhasználhatósága – a családot körülvevő tágabb közösség

Az anya szerepe fejlődési rendellenességgel született gyermeke életében

Az anyát veszteség éri, gyászol, de eközben gondoznia is kell gyermekét, szereti őt. A két érzés ugyanahhoz a gyermekhez kötődik. Felmerül a kérdés, hogyan képes az anya a gyászfolyamat feldolgozására anélkül, hogy gyermekét teljesen elutasítaná. Erre csak úgy lehet képes, ha gyermekét és fogyatékoság tényét elválasztja egymástól. Egyrészt szubjektumként látja saját gyermekét, másrészt objektumként kezeli gyermeke fejlődési rendellenességét.

Normál körülmények között a gyermek és az anya csecsemő- és kisgyermekkorban él szimbiózisban, míg az anya és a sérült gyermek között ez még felnőtt korban is fenn állhat. Minden gyermek megtanulja, hogy édesanyjának elvárásai vannak, például: szobatisztaság, önfegyelem stb. Ez a fejlődés egyik fontos aspektusa, a gyermek megtanulja, hogy nincs feltétel nélküli szeretet a világon. A sérült gyermeket nevelő anya és gyermeke kapcsolatába nem épül be ez az átalakulás, nem jelennek meg idővel a felnőtt elemek, a kölcsönösség. Önállósodásra nem bátorítja gyermekét. Annál inkább emlékeztet az anya-csecsemő kapcsolatra a viszony, minél nagyobb fizikai ellátást igényel a sérült személy. Két oka van még, hogy az anya nem igyekszik leválasztani gyermekét magáról. Az egyik: a rejtett büntudat érzését oldja az állandó kiszolgálás, a másik ok: a külvilág is nehezíti az anya helyzetét, mert a szigorú követelmények miatt a felnőtt társadalomba gyermeke nem fog tudni beilleszkedni, önállóvá válni. A tehetetlensége miatt így nyer életének célt és értelmet. Azok az anyák, akik kizárólag a gyermekük fejlesztésével vannak elfoglalva, „tréneranyákká” válnak. Az ilyen jellegű kapcsolat káros hatással van anyára és gyermekére is. Sokszor nem képesek elengedni gyermeküket, és a gyermek további fejlődését akadályozzák. Az életút megváltoztatásának egy másik jellegzetes módja, hogy az anya szakértőjévé válik gyermeke sérülésének, és valamilyen karitatív tevékenység során kamatoztatja tudását.

Bizonyos tényezők fokozzák az anyák terhelését:

- a sérült gyermekre történő túlzott fókuszálás
- az érintett gyermek szorongó és elutasító magatartása
- az önmegvalósításról történő lemondás – párkapcsolati nehézségek

Más körülmények pedig enyhítik azt:

- önszorgató szülőcsoportok látogatása
- stabilan funkcionáló családi háttér
- felsőfokú iskolai végzettség
- hobbi, vagy rendszeres szabadidős tevékenység – akik már az „út” elején látnak erőforrás lehetőséget – stabil anyagi helyzet.

Összességében elmondható, hogy az anyákra többnyire nagyobb teher hárul, mert ők töltik sérült gyermekükkel a legtöbb időt, gyakran egyedül maradnak a gyermek gondozásának és nevelésének nehézségeivel.

Az apák szerepe fejlődési rendellenességgel született gyermekük életében

A terhesség, a gyermek születése és a csecsemőkor azaz időszak, amikor az anya eltávolodik az apától, az anya és gyermeke szimbiotikus kapcsolatban él. Ezt az időszakot az apák többsége nehezen viseli. Fogyatékkal született gyermek esetében a szimbiózis később sem szűnik meg, az apák gyakran kirekesztve érzik magukat. Hozzájárul ehhez az is, hogy az apák többsége nem találja a helyét, nem tudja, hogyan közeledjen, hogyan viselkedjen sérült gyermekével. Egyéb körülmények között az apák sok esetben, akkor tudnak mélyebb kapcsolatba kerülni gyermekükkel, amikor már játszhatnak, foglalkozhatnak vele, taníthatják. Sérült gyermeknél előfordul, hogy nem érkezik el ez az idő, és az apa nem tud közeledni gyermekéhez. Az esetek többségében az apák válnak az egyedüli családfenntartókká, ők az egyedüli pénzkeresők a családban hosszú éveken keresztül. Gyakran reggeltől estig dolgoznak, és egyszerre akár több helyen is vállalnak munkát, hogy családjuknak biztos megélhetést biztosítsanak. Sokszor sérül a szülők párkapcsolata, nem töltenek kellő időt együtt, nem tudnak egymással foglalkozni, és az intimitás lassan az évek múltával elvész. Fejlődési

rendellenességgel született gyermekek családjában nem magasabb a válások száma, inkább idővel a társas magány érzése alakulhat ki.

Testvérek szerepe a fogyatékos gyermek családjában

A fogyatékos gyermekek testvéreinek életét is nagyban befolyásolja fogyatékos testvérük jelenléte. Nehezebb helyzetben vannak azok a családok, akiknek első gyermeke születik fejlődési rendellenességgel. Gyakran sokáig nem vállalnak másik gyermeket, vagy egyáltalán nem merik megkockáztatni, hogy megismétlődjön a trauma. A családok egy része, azért nem tervez másik gyermeket, mert félnek attól, hogy nem tudnak kellő időt szentelni sérült gyermeküknek. Ha van már gyermek a családban és egészséges, és a kisebbik testvér születik fejlődési rendellenességgel, akkor a tapasztalatok azt mutatják, hogy a szülők önértékelése kevésbé sérül, könnyebben alkalmazkodnak a sérülés természetéhez, könnyebben oldják meg a speciális problémákat.

Mindig el kell mondani a gyermekeknek, hogy testvérük fejlődési rendellenességgel született és beszélni kell a fogyatékoság természetéről, természetesen az életkoruknak megfelelően. Fontos, hogy a szülők hangsúlyozzák, hogy bár testvérük több gondoskodást, odafigyelést igényel, de őket is ugyanúgy szeretik.

A testvérekkel kapcsolatos érzelmeket a szülők büntudata határozza meg, valamint az állandó időhiány. Sokszor a testvérek nem kapnak elegendő törődést, sőt gyakran a szülők segítséget kérnek tőlük, bevonják a sérült gyermek gondozásába őket. Gyakran előfordul, hogy felnőtt-típusú hozzáállást várnak el az ép testvértől: megosztják vele a gondokat, számítanak az állandó megértésükre, hogy mindig lemondanak saját igényeiről a sérült testvérük javára. Előfordulhat ezért, hogy sérül a testvérek érzelmi és szociális adaptációja és szomatikus, intellektuális vagy viselkedési szinten tünetek jelennek meg.

A testvérek gyakran óvják és oltalmazzák a sérült gyermeket, szinte szülői szerepet vesznek fel. A testvérek felnőttkori kapcsolatát az határozza meg, hogyan nevelték fel őket. Ha a család sugallta azt, hogy neki kell majd gondoskodnia sérült testvéréről, nem feltétlenül vállalják fel ezt a terhet, sokan kilépnek a felelősségvállalás alól, akár külföldre költöznek. Ugyancsak nem vállalják a sérült testvér gondozását azok, akik gyermekkorukban féltékenyek voltak, elhanyagoltak érezték magukat a testvérük miatt. Általában a sérült testvérről való gondoskodás felvállalása egy belsővé váló parancs, amely visszavezethető a gyermekkorú élményekre és a szocializációs folyamatra.

Nagyszülők és rokonok szerepe fejlődési rendellenességgel született gyermek családjában

A család szociális élete nagymértékben függ attól, milyen mértékben fogadja el a gyermek sérülését a tágabb család, a barátok, a szomszédok, és a közösség, amelyben élnek. A különböző típusú fogyatékosággal szemben az elutasítás mértéke különböző lehet, többnyire annál nagyobb, minél észrevehetőbb, minél feltűnőbb külső bélyegeket hordoz a fogyatékos

Fejlődési rendellenességgel született gyermeknek fokozottabb mértékben van szüksége a családi támogatásra, a szeretetre, hogy megismerkedhessen az élet dolgaival, az emberi kapcsolatokkal. A tágabb családi körbe is beilleszkedett gyermeknek jobb az esélyei a szükséges segítség elnyerésére, akkor is, miután már szülei nem élnek.

A nagyszülökre is nagyobb feladat hárulhat a sérült gyermeket nevelő családokban. Ha a nagyszülők rendelkeznek megfelelő feszültség- és stresszoldó technikákkal, hamarabb megtalálják a vigasz- és segítségnyújtás eszközeit. Ha megoldhatatlannak érzik a helyzetet, élettapasztalataik esetleg növelhetik kétségbeesésüket, a gyermek jövőjével kapcsolatos aggodalmaikat, és kihátrálhatnak a család életéből.

Az esetek többségében három nagyszülői viselkedéstípus figyelhető meg:

- Néző: valamilyen oknál fogva (életkor, távolság) nem tud aktívan bevonódni a sérült gyermeket nevelő család életébe, csak mintegy kívülről követi őket.
- Védő: többnyire az anyai, ritkábban az apai nagymama. Újraélik a saját gyermekük felnevelésének állomásait, erejüket megfeszítve segítik a családot, részt vállalnak a mindennapi nehézségekben, ott vannak a család történetének minden jelentős eseményénél. Jó esetben az együttműködés harmonikus, rossz esetben elindul valamilyen rivalizálás („én jobban tudom, mi a jó a gyermeknek”), a sérült gyermek érdekeit szem elől tévesztve, mindenki a maga igazáért harcol.

32

- Vádló: megreked azon a szinten, amikor még az okokat keresi, képtelen túllépni ezen, és elfogadni a helyzetet. Több embert is hibáztat felváltva, gyakran gyermeke házastársa az elsődleges célpont, de saját gyermekét is okolhatja, pl. felelőtlenül élt, nem figyelt eléggé.

Nagymértékben befolyásolja a rokonok, a barátok, ismerősök reakcióit az, hogy a család hogyan kommunikálja a világ felé gyermekük sérültté válását. Mindkét fél helyzetét megkönnyíti, ha nyitottan, őszintén és együtt érzően tudnak viszonyulni.

A családon belüli szerepek, kapcsolatok alakulása meghatározó a gyermek fejlődése tekintetében. Fontos, hogy a szakemberek időben felismerjék a családi rendszer kedvezőtlen irányú változásait és segítséget tudjanak nyújtani, vagy közvetíteni. (pl. segítő beszélgetés, családterápia, kapcsolatépítés)

4. Fogyatékos ember a családban I. – Győri Enikő

A családi határok megmerevedése, lezárása izolációhoz vezet, amely megnyilvánulhat a rendszeren belül pl. az anya minden figyelmét a fogyatékos gyermekekre fordítja, vagy a fogyatékos felnőtt elzárkózik családtagjaitól, de lezárulhatnak a külső határok is, amikor a család baráti, munkatársi vagy tágabb közösségi kapcsolatai elsorvadnak. Ebben természetesen a családtagoknak és az őket körülvevő környezetnek is szerepe van.

4.8. NEVELÉSI PROBLÉMÁK, SZEMÉLYISÉGFEJLDÉS

A nevelés során gyakran merül fel az a probléma, megengedhetőek-e ugyanazon nevelési módszerek, követelmények egy fogyatékossgal élő kisgyermek esetében, mint ép társaiknál. Csak akkor lehet hiteles, hogy egy családban teljes értékűnek tekintik a gyermeket, ha ugyanazok a szabályok érvényesek rá, mint a többi gyermekre, képességeinek, életkorának és a családi szokásoknak megfelelő feladatokkal látják el, és a család értékrendje szerint jutalmazza, vagy bünteti. Ha mindent megcsinálnak helyettük, viselkedésük határait nem szabják meg, igényeiket feltétel nélkül kiszolgálják, azzal lebecsülik a gyermeket, aki így nem tud megfelelően szocializálódni, nem alakul ki a szabályrendszere és nem lesz képes beilleszkedni a tágabb társadalmi közösségekbe. További káros következményként jelentkezik, hogy önértékelése csökken, nem alakulnak ki személyes kompetenciái.

A fogyatékossgal élő ember személyiségének jellemzőit nem maga a sérültség, a fogyatékossg határozza meg, hanem az egyéb egyéni adottságai mellett a családi kapcsolatok és a nevelés minősége.

A nevelési cél tehát sérült gyermek esetében is olyan készségek, alkalmazkodási és választási képességek kialakítása, amelyek birtokában később a társadalomba illeszkedve, teljes értékű, kielégítő életet élhet.

A családdal kapcsolatba kerülő szakembereknek arra kell ösztönözniük a szülőket, hogy az adott állapot túlkompenzálása helyett törekedjenek a természetes nevelési késztetéseik megélésére. Legyenek tekintettel a gyermek fogyatékossgának sajátosságaira, az ebből adódó speciális szükségletekre, de kövessék a család és az adott közösség értékrendjét a nevelés tekintetében is.

A szexualitás ébredése, szexuális nevelés

A szexuális igények megléte minden emberre jellemző, alapvető eleme az emberi létezésnek. Az értelmi és sok szempontból az érzékszervi és testi fogyatékossg és a szexualitás kapcsolata azonban még ma is kényes kérdésnek számít. A család mellett a szakemberek egy része is csaknem aszexuális lényként kezeli nemcsak a gyermeket, de a fogyatékos felnőttet is. Ez a hozzáállás a felnőtt számára megalázó, gyermekkorban pedig rombolóan hat a nemi szerep kialakulására, megnehezíti, vagy ellehetetleníti az egészséges szexuális fejlődést.

A szexuális nevelés gyermekkorban elhanyagolása később nehezen pótolható, magában hordozza a saját szexualitás megélésének hiányát.

A fizikailag vagy szellemileg súlyosan sérült ember oly mértékű gondozásra szorulhat (etetni, pelenkázni, öltöztetni, fürdetni kell), ami szinte lehetetlenné teszi, hogy nemmel bíró szexuális lényként tekintsenek rá.

A család a szexualitás tekintetében sokszor túlvédő magatartásának sajnos reális félelmek is állhatnak a háttérben, hiszen bizonyos szellemi vagy fizikai fogyatékossgok fokozottan kiszolgáltatottá teszik a sérült embert, ezért a szülők gyakran okkal féltik a gyermeküket a szexuális zaklatástól és annak következményeitől.

A családi nevelés és a rehabilitációs folyamat szerves és természetes részévé kell válnia a szexuális nevelés, a szexualitás méltó módon való megélésének lehetősége, tanítása. Ehhez szükséges, hogy tabuk nélkül, őszintén tudjanak beszélni a témáról az érintettek, a családtagok, és a szakemberek.

Ma már rendelkezésre áll elegendő információ és tudás, mely kellő empátiával és érzékenységgel átadható és gyakorlattá formálható.

Az egészségügy, oktatás és szociális ellátás területén dolgozó valamennyi szakember dolga, hogy kellő ismereteket szerezzon e téren is, valamint, hogy tudatosítsa saját esetleges előítéleteit, korlátait, attitűdjait a szexualitással kapcsolatban. Ez elengedhetetlen ahhoz, hogy kellő érzékenységgel tudjon támogatást nyújtani.

33

4.9. TALÁLKOZÁS A KÖZÖSSÉGEKKEL, INTEGRÁLT NEVELÉS, OKTATÁS

A fogyatékosan született, vagy később fogyatékossgá vált gyermek számára is nagy jelentőséggel bírnak a családon kívüli közösségek, így elsősorban az óvoda, iskola, mely egyben a szocializáció további szinteként szolgál.

A időben elkészült pontos diagnózis, ennek nyomán a korai fejlesztési lehetőségek igénybevétele, az integrált oktatási formák, a komplex akadálymentesítés folyamata, a modern segédeszközök, egyre több fogyatékos gyermek számára teszik lehetővé, hogy csatlakozzanak a kortárscsoportokhoz, ami elősegíti a normalizáció folyamatát.

Az oktatás területén az elmúlt időszak jelentőséggel bíró folyamatait tekintve az integrált oktatás kérdését indokolt kiemelni. A sajátos nevelési igényű tanulók együtt nevelésének oktatásának gyakorlati megvalósítására az 1993-ban életbe lépett közoktatási törvény adott lehetőséget. Az együttnevelés (inkluzív nevelés), vagy speciális intézményekben történő nevelés dilemmája mára lényeges szakmai kérdéssé vált.

A szociális kompetenciák jól fejleszthetők, ezért is lényeges, hogy lehetőség szerint heterogén csoportban, kortársai között folytatódjon a szocializáció. Az integrált nevelés persze számos szakmai vitát eredményez, érvelnek mellette, ellene, a megfelelő feltételek sem mindig állnak rendelkezésre. Minden eset egyedi, külön mérlegelést kíván. Annak megállapítását, hogy mi szolgálja leginkább a gyermek érdekét, szakértői csoportok végzik.

A Dobbantó Program

A Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány Dobbantó Programjának elindítását a közoktatási törvény módosítása (126.§) tette indokoltá. A változás értelmében a megyei és megyei jogú városi fenntartók által kijelölt szakiskoláknak előkészítő évfolyamot indítanak az oktatásból a tankötelezettség előtt lemorzsolódott, a fejlődés zavarai miatt nevelési, tanulási folyamatban akadályozott, a szakértői bizottság által már nem sajátos nevelési igényűnek nyilvánított diákok számára. A kijelölt intézményeknek egyéni ütemtervre épülő fejlesztést kell végezniük, olyan feladatot, mely idáig nem volt jelen a szakmai gyakorlatukban. A Dobbantó Program a szakiskolák számára nyújt komplex támogatást, megelőzve a pedagógusokat, a fenntartókat és az intézményvezetőket egyaránt.

A Dobbantó Program a tanulók személyre szabott, egyéni fejlesztésének intézményi kereteit teremti meg, így a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének rendellenességével küzdő diákoknak lehetőséget biztosít tanulmányaik befejezésére és a munkaerő-piaci kompetenciák megszerzésére. Mindezt új oktatási tartalmak fejlesztésével, a megvalósításban részt vevő pedagógusok, intézményvezetők képzésével és támogatásával valósítja meg. Épít a hazai és nemzetközi jó gyakorlatok, sikeres programok tapasztalataira, és akciókutatásként az oktatáspolitikai számára is visszajelzést ad.

A program keretében kialakuló pedagógiai program mindenekelőtt azt tartja szem előtt, hogy a tanulási és magatartási nehézségekkel küzdő, korábban az iskolában kudarcokkal szembesülő diákoknak fejlesztő értékelésre és az aktív tanulás lehetőségének biztosítására van szükségük. A Dobbantó Programban arra készítik fel a tanárokat, hogy sikeresen fejlesszék diákjaik kompetenciáit: önállóságra és felelősségre, vállalkozóképességre, együttműködésre és kommunikációra, tudásteremtésre nevelve, tanítva őket. Mindez rugalmas, személyre szabott, változatos kimeneti lehetőségeket biztosító pedagógiai programmal érhető el.

4.10. A SZÜLK ÉS A SZAKEMBEREK KAPCSOLATA:

A szülő-szakember kapcsolat tartalmának, minőségének szemlélete folyamatos változásokon ment át. A kezdeti időszakot a medikalizált hatások érvényesülése jellemezte: a fogyatékkal élő gyermek, illetve családja is páciensként, a segítő folyamat tárgyaként jelent meg. Később erősebb lett az a törekvés, amely a család aktív bevonására helyezte a hangsúlyt és úgy tekintett a szülőre, mint a terapeuta segítőjére, akinek el kell fogadnia és el kell végeznie a gyermekkel a szakember által előírt fejlesztő programokat.

A szülők és szakemberek közötti valós partneri viszony kialakításának törekvései a '80-as évektől kezdődően vannak jelen. A változásra nagymértékben hatással volt az a társadalompolitikai törekvés, amely az integrált, komplex megközelítésű fejlesztési és nevelési módszerek, ellátási formák támogatását hangsúlyozta és előtérbe került az önrendelkezés, a saját kompetencia erősítésének elve. A szülők és a szakemberek közötti kommunikáció nyíltabbá vált, előtérbe helyezve azt a kérdést, hogy a szülő a szakember utasításainak végrehajtójaként, vagy a nevelési folyamat aktív, partneri résztvevőjeként jelenjen-e meg. Egyre inkább láthatóvá vált, hogy a szülők és szakemberek mindaddig két, egymástól elkülönülő csoportot alkottak, még ha céljuk – a gyermek fejlesztése – ugyanaz is volt. A fejlesztőprogramok ugyanakkor gyakran nem vették figyelembe a gyermek, a család otthoni környezetét, amelynek következtében a szülők önállósága, kompetenciaérzete is csorbat szenvedett. Ezeket a hiányokat és szükségleteket ismerte fel és próbálta korrigálni a szülő-szakember partnerséget hangsúlyozó szemlélet.

A partnerség elvét hangsúlyozó szemlélet elsősorban a sikeres elfogadást és életszervezési stratégiákat alkalmazó családokat vizsgálta. Ez a megközelítés azt próbálta meg feltárni hogy milyen okok állhatnak amögött,

34

hogy ugyanaz a fogyatékos az egyik családot szétzilálja, a szülő-szakember együttműködést feszültté teszi, a másik családban ugyanakkor erősíti az összetartást és eredményes együttműködéssé kovácsolja a szülő és a szakemberek kapcsolatát. Erre a kérdésre kétféle modell – az adaptív, illetve a családi életciklusmodell – alkalmazásában látták a választ az elemzők:

Adaptív modell: az adaptálódó család

Az adaptív modell (Reuben Hill) szerint a családot érő bármilyen stresszt kiváltó történés (nem csak a fogyatékos) aktivizálni tudja a családban rejlő erőforrásokat. A krízis kialakul, de a család nem ragad benne, hanem megküzd vele és adaptálódik a kialakult, megváltozott helyzethez. Az ilyenkor alkalmazott stratégia lényege, hogy nem megszüntetni kívánja a stresszt kiváltó tényezőt, eseményt – jelen esetben a fogyatékoságot –, hanem a család erőforrásait használja fel az adaptáció érdekében.

Az adaptív modell hatékonynak bizonyult mind az értelmezésben, mind a beavatkozásban elsősorban dinamikussága miatt: időről időre előjöhetnek a fogyatékoság különböző vonatkozásai, amelyek a stressz kiváltójaként hatnak, ilyenkor mindig vissza lehet keresni, hogy melyek azok az erőforrások, amelyek mozgósíthatók az adaptáció érdekében.

A későbbiekben hangsúlyosabbá váltak a modell környezeti hatásai: a kialakult élethelyzet sikeres adaptációjához elengedhetetlen, hogy rendelkezésre álljanak a támogató feltételek, szolgáltatások: a korai fejlesztés, integrált nevelési – oktatási lehetőség, szociálpolitikai támogatások, családtámogató programok. A szolgáltatások megtervezésében a család igényei elsődlegesek, biztosítani kell, hogy a szülők aktív résztvevői lehessenek a terápiás folyamatnak.

Családi életciklusmodell: a fejlődőképes család

A modell az életciklus-szemléletre alapoz: családi életciklusonként mindig másként jelentkeznek a gyermek fogyatékoságából származó problémák, feladatok. A családnak újból és újból el kell jutnia oda, hogy ezeket a feladatokat meg tudja oldani, támaszkodva belső és külső erőforrásokra. Meghatározó ebben a szociálpolitikai rendszer: az anyagi terhekben való állami részvétel mértéke, a támogató programok megléte vagy hiánya. Életciklusonként más-más típusú segítségre van a családnak szüksége, s ehhez nemcsak a szülőknek, családtagoknak, hanem az ellátórendszer szolgáltatásainak is rugalmasnak kell lennie.

A két modell elemeinek használata útmutatást nyújt a szakembereknek a szülőkkel való partneri kapcsolat alapján a megfelelő egyéni segítségnyújtás kidolgozásában.

4.11. A SZÜLK MUNKAVÁLLALÁSI LEHETŐSÉGEI

A szülők munkavállalási lehetőségeit számos tényező befolyásolja. Van, aki a gyermekéért érzett felelősség miatt, és van, aki megfelelő ellátást nyújtó nappali és bentlakásos intézmények hiányában vállalja az otthoni ápolást, sok esetben már felnőtt gyermek esetében is. Munkavállalásukat tovább nehezíti az esetleges tartós távolmaradás a munkaerőpiacról, illetve foglalkoztatottság aktuális helyzete. Sokaknak jelentene megoldást, ha lenne lehetőség részmunkaidős foglalkoztatásra vagy távmunkára. A jövedelemkiesés tovább rontja az érintett családok anyagi helyzetét, és kedvezőtlenül hat az otthon maradt családtag kapcsolatrendszerére, az izolálódás irányába hat. Amennyiben a szülő – többnyire az anya, aki érintett e tekintetben – igényli, biztosítani kell számára a foglalkozási rehabilitációt.

4.12. A CSALÁD KÜLS ERFORRÁSAI

Az erőforrások tudatos felderítésben segítséget nyújt a Welch-féle humán ökörendszer szintjeinek számbavétele. Az egyes szintek megfelelő működése támaszként, az elégtelen működés problémaforrásként jelenik meg. A szociális probléma diagnosztizálása összetett folyamat, valamennyi tényező vizsgálata szükséges. A fogyatékoság ténye önmagában nem jelent feltétlenül problémát, amennyiben az ökörendszer valamennyi szintje kielégítően működik. Ez azonban ritka jelenség, a legtöbb esetben szükség van valamely szint(ek) elégtelenségének kompenzálására.

Természetes támogatórendszerek

A fogyatékos családtagot gondozó családnak, amennyiben nem szigetelődött el, és megőrizte kapcsolatrendszerét, természetes támaszként szolgál a tágabb rokonság, a szomszédság, a baráti kapcsolatok, munkatársak, helyi közösség. Ezért nagyon fontos, hogy segítsük a családot e kapcsolatrendszerek fenntartásában ápolásában, ami a szociális szakemberek egyik kiemelt feladata.

35

Társadalmi támogatórendszerek

Ezen rendszerek és intézményeinek elérhetősége napjainkban még nagyon változó. A területi egyenlőtlenségek, a szolgáltatások megszervezésének anomáliái, működési problémái szinte minden településen megjelennek valamilyen formában. Általánosságban a nagyobb városokban élők többféle szolgáltatáshoz hozzájuthatnak, a kisebb településeknél viszont előnyként jelentkezhet a kisebb közösségek megtartó ereje. A szociális szakember ezért igen jól kell ismernie az adott település intézményi rendszerét, közösségi jellemzőit, kapcsolati rendszerét.

Az **egészségügy, a közoktatási rendszer és a szociális ellátórendszer** egyaránt hozzá kell hogy járuljon a saját szakterületének eszközeivel, ahhoz, hogy a fogyatékos gyermek lehetőség szerint a családjában nőhessen fel, felnőttként pedig önálló, autonóm életet élhessen, a társadalom teljes jogú tagjaként.

A három szakterület együttműködése hangsúlyozott – a sikeres komplex rehabilitáció feltétele.

Az egészségügy feladata a prevenció, a diagnózis prognózis mielőbbi pontos felállítása, mely alapvető az egyéni fejlesztési lehetőségek meghatározásában is, az egészségügyi alap- és szakellátás.

Kiemelendő a **védőnői szolgálat** szerepe, hiszen ez a szolgálat sokat tehet egyrészt a prevenció területén, másrészt a család kísérésében, támogatásában, különösen akkor, ha fogyatékos gyermek születik, vagy fogyatékos szülő gyermekvállalása esetén.

A szociális ellátórendszer

Rendszerét, működését az 1993. évi. III. tv. (Szociális Törvény) és a hozzá kapcsolódó 1/2000. SzCsM. rendelet szabályozza.

- pénzbeni, természetbeni juttatások rendszere (kiemelten az ápolási díj és fogyatékosági támogatás)
- személyes szociális alap - és szakszolgáltatások – étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, falu- és tanyagondnoki szolgálat, támogató szolgálat, családsegítés, nappali ellátások, bentlakást nyújtó intézmények

Erősíteni szükséges a **kórházi szociális munka** szerepét. Veleszületett és szerzett fogyatékoság esetén is nagy jelentőségű egy jól felkészült szociális szakember jelenléte, aki támaszként szolgálhat abban a nehéz időszakban, amikor a fogyatékoság tényével szembesül a család, és aki elindíthatja a kapcsolatteremtést a területi szociális szolgáltató rendszer felé, természetesen az érintettek beleegyezésével.

Civil szervezetek, egyházak

Az állam által biztosított ellátásokat, melyek sok területen számos gyengeséggel küzdenek , a nonprofit szervezetek és az egyházak ez irányú tevékenysége egészíti ki. A civil szervezetek jelentősége felbecsülhetetlen a fogyatékos emberek érdekeinek képviselője, a szemléletváltozás elindítása terén.

A fogyatékosellátást végző civil szervezetek – a többi társadalmi szervezethez hasonlóan jellemzően a rendszerváltás után alakultak. A legtöbb szervezet szülői összefogással alakult azzal a céllal, hogy az érintett családtagok számára közösségi programokat szervezzen, illetve valamilyen érdekvédelmi tevékenységet fejtsen ki. A személyes érintettségen és a családi összefogáson alapuló civil szerveződések szintjét ezek az alapítványok, egyesületek hamar túlhaladták és a tevékenység fókuszába általában valamilyen ellátás megszervezése került. Ennek oka a kényszerűsége vezethető vissza, arra a tényre, hogy alapvető ellátási formák hiányoztak, egyenlőtlen volt a területi hozzáférés, illetve a működő ellátások minősége nem volt kielégítő. Az érintettek részéről tehát az a tapasztalat fogalmazódott meg, hogy az állam nem megfelelő módon látja el családtagjaik alapszükségeit, oktatáshoz, lakatáshoz, gondozáshoz vagy ápoláshoz való jogát. Ezzel magyarázható, hogy a fogyatékkal élő emberek ügyét felkaroló szervezetek rövid időn belül – a korábban jellemzően szabadidős programok szervezését jelentő tevékenységek helyett – lényegesen nagyobb volumenű és alapvetően az állami feladatvállalás körébe tartozó ellátásokat szerveztek, ezzel biztosítva azt, hogy gyermekeik, családtagjaik megfelelő minőségű ellátáshoz – vagy egyáltalán ellátáshoz – jussanak. Mindezek következtében a szervezetek döntő része nagymértékű intézményesülési folyamaton ment keresztül alig egy évtized alatt.

A fogyatékkal élő emberek ügyében tevékenykedő civil szervezetek első számú feladatává az elmúlt kb. 15 évben tehát az intézményszervezés, az intézményműködtetés vált. Az általuk létrehozott intézményrendszer korábban hiányzó szolgáltatásokat alakított ki, valamint feltételeiben és módszertanában a korábbi intézményektől jelentősen eltérő szolgáltatásokat hozott létre.

5.

Fogyatékos ember a családban II.

Győri Enikő

A FOGYATÉKOS EMBER FELNTT ÉLETE

5.1. BEVEZETÉS

Sok félreértés adódik abból, hogy az önálló vagy független életet sokan az önellátó képességgel azonosítják, s feloldhatatlan ellentétet látnak a súlyos fogyatékoság és az önállóság között. Pontosabban fejezi ki a önálló élet lényegét az önrendelkező élet kifejezés. Nem az a lényeg, hogy egyedül vagy segítséggel tud-e az ember valamit megvalósítani, hanem hogy döntési, választási lehetőségei legyenek. Az önálló élet, vagyis önrendelkező élet azt jelenti, hogy a fogyatékosággal élő személyek úgy éljenek, ugyanazokkal a döntési, választási lehetőségekkel rendelkezzenek, mint a társadalom bármely más tagjai. Ez természetesen kötelezettségekkel és felelősségvállalással is jár. A hétköznapi életre lefordítva ez azt jelenti, hogy egy súlyos sérültnek is legyen lehetősége arra, hogy megválaszthassa, hogy melyik iskolába járjon, hol lakjon, hol dolgozzon, legyen lehetősége kulturálódásra, sportolásra, családalapításra, társra, stb. Lényeges, hogy a fogyatékosággal élők is egyre nagyobb eséllyel tudjanak önálló életet kialakítani, és a társadalom aktív tagjaivá válhassanak.

5.2. FELNTTKÉNT ÉLNI

A felnőtté válást intenzív biológiai és érzelmi változás, fejlődés kíséri, ez a történés független a mentális képességtől. A biológiai és hormonális változások következtében szétesik a testséma, megjelennek az érzelmi és hangulati állapotváltozások (félelmet kelthet, szorongást válthat ki). Nagyobb teret akar magának a fiatal, függetlennedni szeretne (át kell gondolni, strukturálni a szülő-gyermek kapcsolatot).

Ez a folyamat lejártszódik fogyatékos fiatal ellátó családokban is. A szociális készségek jobban fejleszthetők, mint a kognitív képességek! (Értelmi, megismerési funkciók.)

A felnőtté válás, felnőttként élés keretei:

- normalizáció, integráció
- autonómia
- párkapcsolatok, párválasztás
- a munka világa – leválás, a szülő tudjon csak szülő lenni

Ahhoz, hogy a veleszületett vagy szerzett fogyatékosággal élő személyek nem fogyatékos társaikhoz hasonlóan teljes életet élhessenek elengedhetetlen, hogy képesek legyenek a felnőtt élettel kapcsolatos szerepek minél teljesebb megélésére, melyhez az egyéni állapotukhoz, helyzetükhöz igazodóan speciális segítségnyújtásra van szükség.

Amennyire a fogyatékoság természete azt lehetővé teszi, mindenképpen törekedni kell arra, hogy a fogyatékos ember autonóm életet élhessen, a társadalom életében való minél szélesebb részvételi lehetőséggel, és ehhez minden segítséget biztosítani kell.

5.3. A FELNTT SZEREP KRITÉRIUMAI, SZOCIÁLIS KÉSZSÉGEK

Általánosságban azok a személyek nevezhetők felnőttnek, akik elérték a nagykorúságot, saját lakásukban, önálló háztartást vezetnek, anyagilag függetlenek, szülői beleszólás nélkül hozzák meg az életútjuk szempontjából fontos döntéseiket és saját magukat képesek felnőttként elfogadni.

A felnőtté válás egy folyamat, amely személytől függően rövidebb, illetve hosszabb ideig is tarthat. A minden követelményt kielégítő felnőtt szerep betöltése egyre ritkábban következik be a 18. életév betöltésével, egyre több fiatal marad a nagykorúság elérése után is bizonyos szempontokból és a tapasztalatok szerint egyre hosszabb ideig szüleitől függő helyzetben.

Fogyatékos emberek esetén az a különböző dimenziók mentén zajló leválási folyamat, mely a felnőtté váláshoz vezet, igen nehezített lehet, ez nagyban függ természetesen a fogyatékoság jellegétől (testi- és vagy értelmi) és mértékétől, valamint a szocializációs folyamat minőségétől.

Szerzett fogyatékoság esetén mérvado még, hogy melyik életkorban, melyik családi életciklusban keletkezett a sérülés, milyen kimeneteli lehetőséggel.

5.4. A CSALÁD SZEREPE

A család szerepe kiemelt az elsődleges szocializáció tekintetében. A fogyatékoság megjelenése valamely családtagnál mindig súlyos érzelmi és anyagi terheket von maga után. A kedvezőtlen jövedelmi viszonyok, a család kirekesztődése rányomja a bélyegét a felnövekvő gyermek szocializációjára, későbbi életkorban bekövetkezett sérülés esetén a reintegrációra. A társadalom egy bonyolult rendszerként működik, alrendszerei folyamatos kölcsönhatásban állnak, így a fogyatékosággal kapcsolatos alapvető szemléletváltás kihat a társadalmi támogatórendszerek minőségére, melyek visszahatásként egyre szélesebb körben teszik lehetővé a fogyatékos emberek integrációját (feedback-mechanizmus). Ez egy hosszú folyamat, ma még jellemző a családok túlvédő beállítottsága, gyakran gyermekként kezelve felnőttkorú fogyatékos tagját. Érthető ez viselkedés, hiszen nagyon korán megtapasztalják a szűkebb-tágabb közösségek elfordulását, a másság elutasítását, esetleg bántó, megbélyegző reakciókat tapasztalnak. Emellett tudatában vannak a fogyatékos állapotból következő különböző mértékű sérülékenységeknek, kiszolgáltatottságnak és joggal féltik gyermeküket az ebből adódó visszaélésektől.

A túlvédő nevelés, gondozás azonban megakadályozza az embert saját képességeinek felfedezésében – a minél teljesebb felnőtt lét megélésében.

A komplex rehabilitációs folyamat valamennyi szereplőjének – szakterületének és kompetenciájának figyelembe vételével – segítenie kell a családot és a fogyatékos fiatalat abban, hogy a leválási folyamat megtörténhessen.

5.5. A NŐ ÉS FÉRFI SZEREPEK

Ha összevetjük a fogyatékosággal élő nők és férfiak helyzetét, nagy különbségek mutatkoznak az élet különböző területein, mint például képzettség, foglalkoztatottság, életszínvonal, szociális kapcsolatok terén, a nők hátrányára. Annak ellenére, hogy számarányukat tekintve kevesebb a nő a sérültek között. Ez utóbbi oka részben biológiai (a fiúmagzatok sérülékenyebbek), későbbi életkorban pedig a munkahelyi balesetek, és a férfiak nagyobb rizikóvállalásából adódó balesetek – mint sportsérülés, motorbaleset, verekedés, stb. gyakoribb volta.

Hagyományosan a szülők a lánygyermeküket jobban védik, óvják, míg a fiúgyermeküket sokkal inkább bátorítják önmagá kipróbálására, a világgal való szembesülésre és ez így van akkor is, ha a gyermek fogyatékos.

A nemi identitás kialakulása fogyatékos emberek esetében zavart szenvedhet a velük való bánásmód következtében is. Rehabilitációs, egészségügyi és szociális szakemberek még ma is gyakran nem tesznek különbséget a nemek között – mintha a sérültség háttérbe szorítaná az egyéb szociális szerepeket. A fogyatékoság a legutóbbi időig a függőség, a gyermeki állapot és kiszolgáltatottság szinonimájaként szerepelt és szinte csak napjainkban kezdtek el foglalkozni a fogyatékos emberek tekintetében életük egyéb aspektusaival, szociális szerepeikkel.

Így az érintetteknek és a szakembereknek egyaránt nagyon sokat kell foglalkozni ezzel a témával, felismerve azt, hogy a fogyatékos embereknek ugyanolyan vágyaik, szükségleteik vannak nem fogyatékos társaiknak és ezek felismerésében, megfogalmazásában és megélésében egyaránt segíteni kell.

A férfi és női szerepeket ugyancsak a családi élet során sajátítjuk el, ez a folyamat a fogyatékos gyermekek esetében gyakran elmarad, a szülők is igyekeznek úgy tekinteni gyermekükre, mintha nem lenne nemük.

Sokszor elsikkad a sok más tennivaló mellett, vagy arra gondolnak, hogy felesleges erről beszélni, úgysem fog a gyermek párt találni, vagy éppenséggel tartanak is attól, hogy ez esetleg megtörténik. Féltik a csalódásoktól (inkább eszébe se jusson párt keresni) az anyaság fizikai és lelki terheitől, vagy attól, hogyan is nevelhetne gyermeket.

5.6. PÁRVÁLASZTÁS, SZEXUALITÁS

Ha a gyermeket nem nevelik nőnek, vagy férfinak, bizony komoly nehézségeik adódhatnak a párválasztás terén, amit egyébként is megnehezít a külső értékeket preferáló társadalmunk, és a fogyatékos gyermeket nevelő családok még jellemző elszigetelődése. A szexuális identitás kialakulásához gyakran hiányzik a minta, az önbizalom, az információ.

Az egyik lényeges tényező annak elismerése, hogy a fogyatékos ember is szexuális lény, a másik pedig, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű információt tudjanak átadni a szakemberek az érintetteknek. Tapintatosan, de nyíltan kezelve a témát, azt közvetítve, hogy a szexualitás ugyanolyan természetes folyamat, mint pl. a táplálkozás.

A sérült ember normális szexuális életének kialakításához részleteiben meg kell, hogy ismerkedjen a sérültségéből adódó biológiai korlátaival és az azokat kompenzáló alternatív lehetőségekkel. Ismereteket kell szereznie továbbá az önismeret, a testi higiéné, a párkapcsolatok területén. A szexualitást azonban a fogyatékos ember esetében soha nem a sérültség szemszögéből kell megközelíteni, hanem mint a szeretet, az intimitás, az összetartozás és a kölcsönös örömszerzés megnyilvánulását.

Magához illő párt találni senkinek nem egyszerű. A pártalálás legtöbbször társas tevékenységek során történik, emellett sok egyéb tényező is szükségeltetik a sikeres párkapcsolatok létrejöttéhez, mint nyitottság, bizalom, pozitív önértékelésből adódó önbizalom. E feltételrendszer mindegyike hiányozhat, ha az ember testileg, szellemileg, lelkileg vagy akár szociálisan hátrányos helyzetben van. Pszichésen a kisebbségi tudat, a negatív énkép, a kiszolgáltatottságtól és csalódástól való félelem visszatartó erő a párkapcsolati próbálkozások terén.

Társadalmi szempontból az elszigeteltség, a gyakori munkanélküliség, anyagi és fizikai kiszolgáltatottság, a túlvédő család, vagy merev intézeti rend szűkíti a pártalálási esélyeket.

A társadalmi integrációs folyamatok kiszélesedése, a fogyatékos emberek heterogén közösségekben való részvétele, önmaguk értékének, szépségének felfedezése jelenthet ebben előrelépést. Ez egy nehéz folyamat, a szakembereknek is sokat kell tenni azért, hogy a fogyatékkal élők önmagukról alkotott képe és társadalom szemlélete megváltozzon.

5.7. GYERMEKVÁLLALÁS

A gyermekvállalás az alapvető emberi jogok közé tartozik.

A jó és tartós párkapcsolatban természetes szükséglet a gyermekvállalás, tehát a fogyatékos emberek is természetes módon vágnak arra, hogy gyermekük szülessen.

A szakemberek között is általános még az a szemlélet, hogy szinte egyéni mérlegelés nélkül eltanácsolják a fogyatékos embereket a gyermekvállalástól, mindenféle kockázatokra, a gyermeknevelés nehézségeire, az öröklődés veszélyeire hivatkozva. A fogamzásgátlásra sok esetben legszívesebben a sterilizálást ajánlják.

Fogyatékosok emberek esetében a tudáson alapuló részletes tájékoztatás a helyénvaló eljárás. Mindenre kiterjedő alapossággal fel kell mérni az érintett nő genetikai, szülészeti-nőgyógyászati, ortopédiai és idegrendszeri adottságait, lelki és fizikai terhelhetőségét, szociális lehetőségeit. Számba kell venni a terhesség kihordása mellett és ellene szóló érveket, valamint az anya és a születendő gyermek életét vagy egészségét veszélyeztető tényezőket.

Ezen információk mellett lényeges, hogy már a döntési folyamat során legyen egy olyan szakember, segítő a leendő anya, illetve szülőpár mellett, akiben megbíznak és ebben a bizalmi kapcsolatban megbeszélhetik a gyermekvállalás motivációit, átgondolják, hogyan tudják megoldani a gyermek gondozását nevelését, kikre számíthatnak, milyen támogatásokat tudnak igénybe venni. Képesek legyen felmérni, tudnak-e olyan életminőséget biztosítani leendő gyermekük számára, ami őket is elégedettséggel tölti el.

Ez azért is fontos, mert a döntés meghozatalakor a születendő gyermek jogait is figyelembe kell venni, hiszen a gyermekvállalás nemcsak jog, hanem egyben felelősség is, mely kötelezettségekkel jár.

Az egészségügyi és szociális terület együttműködése igen fontos ezekben az esetekben is, hiszen az például az orvos felajánlhatja a gyermekvállalásra készülő fogyatékos embernek a családsegítő –, vagy gyermekjóléti szolgáltatás igénybevételeként lehetőségét, mindkét szolgáltatás végez preventív tevékenységet is. A szociális szakember együtt kell, hogy működjön a területi védőnővel is, aki szintén fontos támaszként szolgál. Természetes, hogy ez a folyamat csakis az érintettek beleegyezésével történhet. Előfordulhat, hogy valamelyik szakemberben jobban megbíznak, ilyenkor nem a szakmai rivalizálás a célravezető, inkább a munkamegosztás. Tudni kell háttérbe vonulni a szakembernek is, és kollégáját információkkal ellátni a saját szakterületéről.

5.8. FOGYATÉKOS SZÜL, ÉP GYERMEK

A nevelés, gondozás nehézségeit meghatározza, hogy, hogy csak az egyik, vagy mindkét szülő fogyatékkal él.

Az első esetben némileg egyszerűbb a helyzet, bár az ép családtagra több teher hárul. Jó házastársi kapcsolat és megfelelő szervezés esetén, a mindennapok zökkenőmentessé tehetőek. A gyermek gyorsan megtanulja, hogy melyik szülőtől mire számíthat, a helyzet természetes lesz számára.

Ha mindkét szülő fogyatékos-sággal él, a napi gondok nehezebben áthidalhatóak lehetnek és az egészséges gyermek felnevelése nagy erőfeszítésekbe kerülhet. Ebben az esetben is sok múlik azon, hogy milyen természetes és társadalmi támaszokra számíthat a család.

Előfordul, hogy valamelyik nagyszülő szorosan belefolyik a család életébe, az unoka nevelésébe. Ilyenkor az a nehézség támadhat, hogy továbbra is gyermekként kezeli szülővé vált gyermekét, nem bízva abban, hogy kompetens lehet szülői feladataiban.

A másik véglet, amikor a nagyszülők képtelenek feldolgozni, hogy az általuk nagy nehézségek által felnevelt, védelmezett gyermekük az önállóságot, a felnőtt létet választja és esetleg akaratuk ellenére létesített párkapcsolatot és vállalt gyermeket. Sértettségükben elfordulnak gyermeküktől, unokájuktól, magukra hagyva őket.

A gyermek is nehézségekkel szembesülhet. A fogyatékos szülő mellett élve, hamar arra szocializálódik, hogy kompenzálja a szülő fogyatékoságát, még akkor is ha nem ezért kívánták a világra. Problémaként általában a korai felelősségvállalás, gyors érés jelentkezik, ami megkülönbözteti kortársaitól. Zavar támadhat a modellképzés terén, illetve szülő, mint ideál követhetőségében.

Nagyon kell figyelnie a fogyatékos szülőnek arra, hogy a gyermekre lehetőség szerint minél kevesebb olyan feladatot rójon, ami kis felnőtté teszi, illetve ha ez kikerülhetetlen, valamilyen módon mégis legyen lehetősége a gyermeknek megélni a gyermekkor felhőtlen oldalát is, amikor csak az ő szükségletei vannak előtérben.

A helyzetnek való megfelelni vágyás, a túlzott felelősségtudat, a gyermek korához képest megterhelő feladatok olykor menekülni vágyást idéznek elő, lázad, tiltakozik, majd emiatt büntudatos lesz, a folyamatos szorongás pedig pszichoszomatikus tüneteket okozhat. Jelentkezhet fejfájás, étvágytalanság, enurézis, iskolai kudarcok, befelé fordulás, zárkózottság. Ezekre a tünetekre fel kell figyelni és mielőbb segítséget nyújtani a gyermeknek, szakember segítségével lehetséges a napi feladatok átszervezése, a gyermek tehermentesítése, pszichológiai megsegítése.

Feladatként jelentkezik még a gyermek számára a szülők különbözőségének feldolgozása. Szüleink keresztül neki is szembesülnie kell a másság következményeivel, esetlegesen elutasításával, előfordulhat, hogy csúfolják szülei miatt, peremhelyzetbe kerülhet a kortárscsoportban. Sokat segíthet, ha a szülők már jól tudják kezelni a másságukra adott gyakran negatív, elutasító környezeti reakciókat, ha feldolgozták az ebből adódó lelki sérüléseiket és önértékelésük megfelelő, hiszen akkor ezt át tudják adni a gyermekeiknek is, akik így könnyebben átvészelik a nehéz helyzeteket.

Ugyancsak jelentős a pedagógusok szerepe, a toleranciára nevelés tekintetében, az érintett gyermekek védelmében.

5.9. OKTATÁS

Az oktatás és a munkavállalási lehetőség biztosítása egyaránt érdeke a társadalomnak és a fogyatékos embereknek, illetve családjaiknak. Társadalmi szempontból a fogyatékos emberek képességeiknek megfelelően aktívan részvétellel hozzájárulhassanak a társadalom életéhez, a fogyatékos ember pedig hasznos tevékenysége által teljes értékű, önrendelkező életet élhessen.

Az egyéni képességek minél magasabb szintű megvalósítását lehetővé tevő oktatás, a munkaerőpiacnak is megfelelő akadálymentes képzési rendszer alapjául szolgál a fogyatékos emberek munkavállalásának.

Minden felmérés megállapítja, hogy a fogyatékos emberek képzettsége messze alatta marad az átlagnépesség képzettségének.

A rendelkezésre álló adatok szerint a fogyatékos személyek iskolai végzettsége alacsonyabb, mint a népesség egészéé. Mintegy 30%-uk nem fejezte be az általános iskolát, szakképzettséggel, illetve érettségivel 25%-uk rendelkezik, egyetemi, főiskolai végzettsége a fogyatékos személyek mindössze 5%-ának van.

Az Esélyegyenlőségi Törvény kimondja, hogy „a sajátos nevelési igényű gyermeknek, tanulónak joga, hogy különleges gondozás keretében állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai, iskolai nevelésben és oktatásban, fejlesztő felkészítésben vegyen részt attól kezdve, hogy igényjogosultságát megállapították.”

A korai fejlesztés és gondozás megvalósítható otthoni ellátás, bölcsődei gondozás, fogyatékosok ápoló, gondozó otthonában nyújtott gondozás, gyermekotthoni gondozás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás keretében biztosított fejlesztés és gondozás, konduktív pedagógiai ellátás keretében.

A sajátos nevelési igényű gyermek az óvodai nevelésben és oktatásban a többi gyermekkel, tanulóval együtt – azonos óvodai csoportban, illetve iskolai osztályban –, külön óvodai csoportban, iskolai osztályban, vagy az e célra létrehozott gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézményben vesz részt (itt a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül).

Szakértői és rehabilitációs bizottság határozza meg azt, hogy a gyermeknek melyik az előnyösebb képzési mód.

A sajátos nevelési igényű gyermek óvodai, iskolai nevelését, oktatását ellátó óvodát és iskolát a szakértői és rehabilitációs bizottság véleménye alapján a szülő választja ki. A szülő gyakorolhatja a szabad iskolaválasztás jogát, amely azonban annyiban korlátozott, hogy csak a gyermeknek megfelelő képzést biztosító – esetleg speciális felszereléssel, eszközökkel ellátott – oktatási intézménybe írathatja a gyermekét.”

A jogi keretek tehát adottak, a személyi és tárgyi feltételek biztosítása, és a szemléletváltás (gyakran a szakemberek körében is) még várat magára.

Az oktatás minősége a többségi társadalomból való kirekesztés megakadályozásának egyik alaptényezője. Felismerésre került, hogy kevés támogatással (szállítás megoldása, akadálymentes iskolák) integrálni lehet a fogyatékkal élő embereket (ne kelljen például egy teljesen ép, kerekesszékes embert speciális iskolába küldeni). Ugyanakkor kerékkötője az integrált oktatásnak, hogy nincsen külön tananyag a felzárkóztatásra és a jelenlegi tanári képzések sincsenek összhangban a fogyatékos emberek elvárásaival.

Az integrált oktatás mellett és ellen egyaránt sok érv sorakoztatható fel, hátrányai és előnyei mindkét oktatási formának lehetnek.

Bánfalvy Csaba a fogyatékos emberek iskolai integrációjáról szóló tanulmányában, – (Integrációs cunami 2008) – részletesen elemzi, hol is tart ma Magyarországon ez a folyamat. Az ún. „rideg integráció” kifejezést használja, ami annyit jelent, hogy sokszor, miközben formailag és statisztikailag megvalósult a különböző adottságú gyermekek együttképzése, az ehhez szükséges speciális feltételek nem adóttak az integráló iskolában. Emiatt pedig a „befogadó” iskola még a szeparáltaknál is kevésbé komfortossá válhat az integráltak számára, hiszen sok kudarcot jelenthet számukra.

Az integrációs és szeparációs folyamatok mögött gyakran egyéb társadalmi, politikai érdekek is meghúzódnak, amihez társulhatnak még a normál és speciális iskolák eltérőnek látszó érdekei (gyermeklétszám), a fogyatékos emberek és érdekképviselői szerveik jelenléte, igényeik egyre artikuláltabb megjelenítése.

Az integrált oktatás akkor lehet sikeres, ha annak megvannak a speciális tárgyi és személyi feltételei – akadálymentesség, adekvát pedagógiai módszerek, pedagógiai tudás, a többi gyerek és szülő, valamint a pedagógusok elfogadó attitűdje. Mindezek kialakítása egy hosszú folyamat, fokozatos felkészülés eredménye lehet.

A helyzet valószínűleg az oktatás különböző területein dolgozó szakemberek folyamatos szakmai párbeszédével, hatékony együttműködésével és a már említett feltételek biztosításával lesz feloldható.

5.10. MUNKAVÁLLALÁSI LEHETISÉGEK BIZTOSÍTÁSA

A foglalkoztatottság a társadalomban való aktív részvétel legfontosabb terepe. Az inaktív szerepbe szorítás sem a fogyatékos személynek, sem a társadalomnak nem érdeke.

A felnőtté válás egyik dimenziója pedig az anyagi függetlenség megteremtése. Ez minden fiatalnak nagy kihívás, különösen, ha az aktuális társadalmi helyzet éppen kedvezőtlen – a munkanélküliség, az alacsony jövedelmi viszonyok megnehezítik az anyagi függetlenség elérését. A fogyatékos emberek e tekintetben sokszoros hátránnyal küzdenek. A megfelelő munkavégzés alapja egyrészt az oktatás, képzettség, másrészt az elegendő számú fogyatékos emberek számára is betölthető munkahely.

A munkanélküliség összefüggésben van a fogyatékos emberek rossz anyagi körülményeivel és a szociális juttatásokban érzékelhető megkülönböztetéssel. A munkavállalás fő problémái a következők: a munkaadók előítélete, az oktatás és a (munka)tapasztalat hiánya, ugyancsak hiányoznak a megfelelő munkahelyi körülmények és a pszichikai támogatás és egyéb tanácsadás.

A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási helyzete nem megoldott, különösen nehéz a helyzet vidéken, hátrányos helyzetű térségekben.

A társadalomnak nagy a felelőssége van egyrészt a munkalehetőség megteremtésében, másrészt a fogyatékos munkavállalók érdekeinek védelmében.

Az Esélyegyenlőségi Törvény értelmében:

- A munkához való jog valamennyi magyar állampolgár alkotmányos joga. Ezt a fogyatékkal élők esetében kikell egészíteni azzal, hogy lehetőség szerint integrált, ennek hiányában védett foglalkoztatásra jogosultak.
- A védett munkahelyet a központi költségvetés normatív támogatásban részesíti.
- A foglalkoztatást biztosító munkáltató köteles gondoskodni a munkavégzéshez szükséges mértékben a munkahelyi környezet, így különösen a munkaeszközök, berendezések megfelelő átalakításáról. Az átalakítással kapcsolatos költségek fedezésére a központi költségvetésből szintén támogatás igényelhető.

A munkáltatónak már a felvételi eljárás során biztosítania kell a fogyatékos személy munkához jutásának elősegítése érdekében az egyenlő eséllyel hozzáférhető környezetet abban az esetben, ha:

- a megüresedett álláshelyet nyilvánosan meghirdette,
- az álláshelyre a fogyatékos személy oly módon jelentkezett, hogy jelezte a meghallgatáshoz szükséges speciális igényeit, és
- azok biztosítása a munkáltató számára nem jelent aránytalanul nagy terhet. Aránytalanul nagy tehernek minősül az, ha a kötelezettség teljesítése a munkáltató működését ellehetetleníti.

Ha a fogyatékosok foglalkoztatása az integrált foglalkoztatás keretében nem valósítható meg, akkor számukra a munkához való jog a lehetőségekhez mérten úgy biztosítható, hogy speciális munkahelyeket kell működtetni, amelyek feltételeit fokozatosan, de legkésőbb 2005. január 1-ig kellett megteremteni.

Az Új Országos Fogyatékosügyi Program (2006) céljai között szerepel a foglalkoztatási aktivitás elősegítése, a jogszabályi háttér megfelelő átalakítása mellett, a munkahelyi integráció elősegítése (fogyatékos és ép emberek együtt dolgozhassanak), a munkaadók és a fogyatékos emberek érdekeltté tétele, a munkáltató rehabilitációs feladatainak szabályozása.

Elő kell segíteni a fogyatékos egyének vállalkozóvá válását, az atipikus foglalkoztatási formákat, a részmunkaidős foglalkoztatás, a távmunka végzés lehetőségeit, a munkaerőpiacnak megfelelő képzést, átképzést.

2008. január 1-től átalakult a megváltozott munkaképességű emberek minősítésének rendszere is. Munkaképesség – csökkenés helyett, az egészségkárosodás mértékét vizsgálják, a minősítési folyamatba az orvos szakértők

mellett szociális szakértők is bekapcsolódtak, a foglalkozási rehabilitációs lehetőség megállapítására. Az ellátást igénylőnek az igénylőlap mellett egy nyilatkozatot is ki kell töltenie, melyben nyilatkozik egészségi állapotáról, iskolai végzettségéről, addigi munkavégzéseinek jellegéről és a foglalkoztatásról elképzelt további lehetőségeiről. Bevezetésre került pénzbeli ellátásként a rehabilitációs járadék, mely legfeljebb 3 évig adható.

5.11. A MEGFELEL LAKÓHELY

A fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási forma megválasztásához.

E jog maradéktalan érvényesüléséhez is számos tényező megléte szükséges.

A családjukban felnövő fogyatékos emberek felnőtté válásával párhuzamosan a szülők idősödnek, egyre kevésbé képesek ellátni a gondozással összefüggő feladatokat, melyek a fogyatékoság mértékétől, típusától függően nagyon megterhelők lehetnek. Ilyenkor gyakori megoldás, hogy végül az intézményi elhelyezés mellett döntenek, hiszen biztonságban szeretnék tudni gyermeküket. Az intézményi ellátás modernizációs folyamatának következtében, ma már előtérbe került a kisebb lakóközösségek támogatása, így számos lakóotthont hoztak létre, mely a régebbi nagy létszámú intézményekkel szemben személyre szabottabb, nagyobb önállóságot, önrendelkezést biztosító lakhatási forma.

Az önálló lakás megszerzése és fenntartása – amennyiben a fogyatékoság jellege azt alapvetően lehetővé teszi részben anyagi (kérdés az akadálymentesítés, segédeszközök beszerzése is növeli a költségeket, részben pedig, hogy milyen egyéb segítő források állnak rendelkezésre családi, baráti, egyéb támogatói kapcsolatok, támogató szolgálat, szociális alapellátások, civil szervezetek stb).

Ma még gyakori, hogy az elsődleges testi és/vagy értelmi akadályozottság talaján a negatív környezeti hatások következtében kialakuló viselkedészavar és identitásválság szinte leküzdhetetlen problémát jelent az önálló életvitel kialakításában, a normalizációs elv alkalmazásának ki kell terjednie az akadályozottság ezen szintjeinek ellensúlyozására, a különleges sérülékenységre figyelembe vételére is.

5.12. A SZEMÉLYES SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI ELLÁTÁS LEHETSÉGEI

A szociális és gyermekjóléti alapellátások feladata, hogy elősegítsék a fogyatékos gyerekek, felnőttek családi környezetben való felnevelését, életvitelét, a normalizációs elv, a fogyatékos emberek teljes jogú társadalmi tagságának megvalósulását.

A szociális alapellátás keretén belül, az étkeztetés biztosítása, a személyi segítség – házi segítségnyújtás keretében, jelzőrendszeres házi segítségnyújtással vagy a támogató szolgáltatás igénybevételével, számos módon tehermentesítheti, illetve segítheti a mindennapi önálló életvitel fenntartását, a fogyatékos gyermeket/felnőttet ellátó családot.

Így például, bevásárlás, gyógyszerek kiváltása, személyi és környezeti higiéné megtartása, a gyermek ellátásához kapcsolódó tevékenységekben segítségnyújtás, személyi kísérés, szállítás a lakáson kívüli ügyek intézésében stb.

A családsegítő szolgálat szakembere segíthet a családi, környezeti erőforrások feltérképezésében, probléma esetén azok rendezésében, támogató lehetőségek felkutatásában, ügyintézésben, életvezetési-, mentálhigiénés tanácsadással. Generálhatja önszorgató-, szülői-, egyéb támogató csoportok létrehozását. Lehetőség szerint jogi-, pszichológiai-, egészségügyi tanácsadást szervez, családterápiás szolgáltatást nyújt. Közreműködik a fogyatékos emberek érdekeinek képviselésében, segíti más intézményekkel való kapcsolatát.

Tevékenysége végzése során jelzőrendszerrel működő segítségnyújtás érdekében, szoros szakmai kapcsolatot tart fenn társszervezetekkel, különösen az oktatási-, egészségügyi, más szociális, gyermekvédelmi- és munkaügyi szervezetekkel. Feladata jellegéből adódóan is szakmaközi együttműködésre törekszik.

Ugyancsak szoros kapcsolatot tart a működési területén lévő civil és egyházi fenntartású szervezetekkel, és a különböző területen működő szakellátások (kórház, bentlakásos intézmények) intézményeivel is.

Ugyancsak hozzájárulhat a szülők, illetve gyermek problémáinak megoldásához, a gyermekjóléti szolgálatok által bevezetett gyakorlat (esetkonferencia) mintája, ahol a családdal kapcsolatban álló különböző területeken dolgozó szakemberek (pedagógus, gyermekorvos, védőnő, szociális munkás, pszichológus) a szülők és szükség szerint a gyermek bevonásával is együtt beszél meg a helyzetet, közösen keresve a megoldási lehetőséget.

Az étkeztetést, házi segítségnyújtást, családsegítést, támogató szolgáltatást, nappali ellátást, kisebb településeken a falu illetve tanyagondnoki szolgálatot úgy kell megszervezni, hogy az igazodjon a területén élő fogyatékos emberek és családjaik szükségleteihez. A szolgáltatások nyújtása során alapul a „túlgondozás” elkerülése.

Így például étkeztetés igénybevételekor, nem szabad bátorítani a házhozzállítást pusztán kényelmi szempontból, hiszen addig is kimozdul otthonából, emberekkel találkozik, amíg elmegy az ebédért. Házi segítség-

5. Fogyatékos ember a családban II. – Győri Enikő

42

nyújtás, személyi segítség esetén, közös megegyezés alapján csak azokat a tevékenységeket kell elvégezni helyette, amire nem képes, egyebekben az együttes munka, támogató jelenlét szükséges.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: az egyedül élő – illetve indokolt esetben kétszemélyes háztartásban élő, súlyosan fogyatékos (valamint 65 éven felüli, vagy pszichiátriai beteg) emberveheti igénybe, krízishelyzet esetén, amennyiben képes a segélyhívó készülék megfelelő használatára. Elősegíti az önálló életvitel fenntartását, növeli a biztonságérzetet.

Anappali ellátás elsődleges célja a közösségi élet, a kapcsolatok kialakításának lehetősége, szabadidő hasznos eltöltése, szociális foglalkoztatásban való részvétel, melyből munkabér származhat, ami az anyagi helyzetet is javíthatja. Fogyatékos gyermekek ellátásakor az előbbieken túl a gyermek fejlesztését, család tehermentesítését, a szülők munkavállalási lehetőségeinek elősegítését is szolgálja.

A támogató szolgáltatás speciálisan a fogyatékos emberek számára létrehozott szolgáltatás, célja az otthonukban való segítségnyújtás személyi segítő szolgáltatással, a szállító szolgáltatás pedig az otthon falain túli életben való részvételt segíti – legyen az ügyintézés, munkavállalás, orvosi ellátás igénybevétele, szabadidős programon való részvétel elősegítése.

Gyermekevédelem

A Gyermekvédelmi Törvény (1997. évi XXXI. tv. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról) meghatározza a gyermekek alapvető jogait, e jogok érvényesítésének garanciáit, a gyermekek védelmének rendszerét, alapvető szabályait. Célja, hogy elősegítse a gyermekek családban történő nevelkedését, kimondja, hogy az ezt elősegítő ellátást a gyermek és családja helyzetéhez, szükségleteihez kell igazítani.

A gyermeki jogok között szerepel, hogy a gyermeknek joga van ahhoz, hogy segítséget kapjon a saját családjában történő nevelkedéshez, személyiségének kibontakoztatásához, a fejlődését veszélyeztető helyzet elhárításához, a társadalomba való beilleszkedéséhez önálló életvitelének megteremtéséhez. Külön kitér arra, hogy a fogyatékos, tartósan beteg gyermeknek joga van a fejlődését és személyisége kibontakoztatását segítő különleges ellátáshoz.

A gyermekjóléti alapellátások körében létrehozta a gyermekjóléti szolgálatot, melynek feladata a gyermekek családban történő nevelésének elősegítéséhez, a veszélyeztetettség megelőzéséhez, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetéséhez, a gyermek családjából való kiemelésének megelőzéséhez való hozzájárulás.

Alapellátás körében rendelkezik a törvény a gyermekek napközbeni ellátásáról – bölcsőde, családi napközi, házi gyermekfelügyelet, gyermekek átmeneti gondozása, helyettes szülő, gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona – formájában.

A gyermekjóléti szolgálat veszélyeztetettséget észlelő- és – jelzőrendszer köteles működtetni – melynek tagjai egészségügyi szolgáltatók (védőnő, gyermekorvos, háziorvos), közoktatási intézmények, személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, különösen a családsegítő szolgálat, rendőrség, ügyészség, bíróság, pártfogó felügyelet, civil szervezetek.

A jelzésre kötelezetteknek akkor kell írásbeli jelzéssel élniük a gyermekjóléti szolgálat felé, amennyiben a gyermek veszélyeztetettségét észlelik.

Természetesen a gyermek fogyatékosága önmagában nem veszélyeztető tényező gyermekvédelmi szempontból. Ugyanakkor speciális szükségleteket eredményez, mely külön támogatást igényel.

5.13. ÖSSZEGZÉS

A fent ismertetett szolgáltatások egyaránt elősegítik a saját otthonban való életvitelt és a társadalom életében való részvételt az alábbi elvek szem előtt tartásával:

- szükségletorientáltság
- önrendelkezés
- életkornak és kultúrának való megfelelés
- az integráció támogatása
- partneri viszony és tisztelet
- individualizáció
- a szerepkörök kitágítása
- kompetenciák fejlesztése
- fejlődésorientáltság
- jogok és védelem
- a különleges sérülékenység figyelembe vétele

E rendszernek vannak gyenge pontjai – a pénzbeli ellátások alacsony összegűek, az alapszolgáltatások elérhetősége nagy területi egyenlőtlenséget mutat, szükség lenne a szakemberek specializált képzésére, egyes szolgáltatásokban a szakmai létszámok növelésére, az alapellátások a legtöbb helyen – a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás kivételével – hétvégén és ünnepnapokon nem elérhetőek.

Ugyanakkor pozitívként értékelendő, hogy számos változás indult el jogszabályi szinten és a gyakorlatban is, mely tükrözi a fogyatékos emberek érdekeinek, jogainak egyre markánsabb megjelenését. Ilyen például a támogató szolgálatok megalakulása, az intézményi modernizációs folyamat megkezdése. A legfontosabb talán mégis a szemléletváltozás, amely, ha lassan is de egyre szélesebb körben terjed. A szolgáltatások megszervezése, működtetése, színvonala nem kis mértékben a társadalom aktuálisan rendelkezésre álló anyagi forrásainak függvénye, a befogadó társadalmi szemlélet azonban akár kompenzálhatja is a hiányosságokat.

5.14. EGY PÉLDAÉRTÉKŰ MODELLKÍSÉRLET A CSALÁDOK SEGÍTÉSÉRE – FECSKE SZOLGÁLAT

A FECSKE Szolgálat kísérleti modellként a Kézenfogva Alapítvány koordinációjával működött. A modellprogramban, melynek időtartama 2007. szeptember 10. – 2009. május 31. a következő négy szervezet vett részt: a Csepeli Szociális Szolgálat, az ÉFOÉSZ (Budapest), az ÉFOÉSZ Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egyesülete, és a Székesfehérvári Csemete Alapítvány.

A szolgáltatást a partnerszervezetek Budapesten és környékén, Székesfehérváron és kistérségében, Sárospatak és kistérségében, Nyíregyházán és a Fehérgyarmati kistérségben biztosították.

A családok többsége számára nem jelent különösebb gondot, hogy (ha a szülők nem érnek rá, pl. munkát vállalnak, vagy csak éppen szeretnének kikapcsolódni) gyermekeiknek felügyeletet „vásároljanak a szociális szolgáltatások piacán” (pl. bölcsődébe, családi napközibe viszik); vagy akár segítő családtagot, nagyszülőt vagy barátokat hívnak el egy-egy napra, néhány órára felügyelni. A jobb anyagi körülmények között élő családok bébiszittert fogadnak gyermekük mellé.

Közismert, hogy a fogyatékos családtagot gondozó-ápoló családok számára ez a lehetőség jelentősen korlátozott. A szociális szolgáltatók többsége megfelelő személyi és tárgyi feltételek hiányában nem képes fogadni a fogyatékos személyeket, illetve egyes szolgáltatások országos hálózata – bár törvény írja elő a települési önkormányzatok számára – nem épült ki. Sajnos a segítő családtagok, barátok sem állnak e családok rendelkezésére, ahogy ezt számos esetleírás és kutatás tanúsítja.

Éppen ezért a működő szociális alapszolgáltatások és gyermekjóléti alapellátások mellé, azok tevékenységét kibővítvé szükséges a Fecske-szolgáltatást telepíteni, melynek alapvető feladata, hogy segítse a fogyatékos személlyel magára maradt családokat, otthoni felügyeletet biztosítva a fogyatékos családtag számára. A FECSKE Szolgálat nem pusztán a fogyatékos családtagot otthonában gondozó hozzátartozóknak és a fogyatékos személyeknek jelent segítséget, hanem a társadalom egészének is.

E szolgáltatásnak ugyanis két jól körülhatárolható funkciója van:

- rugalmas, a szükségletekhez igazodó mértékű és időtartamú személyi segítség, otthoni felügyelet;
- a szolgáltatás igénybevételével növekszik a fogyatékos családtagot gondozó családok társadalmi aktivitása, így csökken társadalmi izolációjuk, növekszik munkaerő-piaci aktivitásuk stb.

A Fecske-szolgáltatás egyik alapgondolata, hogy a fogyatékos családtagot kedvezőbb anyagi feltételek mellett lehet otthonában gondozni, számára ott, a család és az ő igényeihez igazodóan, rugalmas „munkaidő-szervezéssel” felügyeletet szervezni, míg törvényes képviselője ebben akadályoztatva van, mint arra az időre ún. hotelszolgáltató intézményben férőhelyet kialakítva, illetve biztosítva számára.

Ezekből az alapgondolatból eredő előnyök:

- A fogyatékos személy a számára megszokott, biztonságot nyújtó környezetben marad.
- A szolgáltatásnak köszönhetően csökkenhetnek a családokat érő nehézségek, ezáltal várhatóan kevesebb lesz a körben az úgynevezett diszfunkcionális család, illetve csökken a családok széthullásának esélye.
- Bővül a szociális szolgáltatások köre, alternatív ellátások hálózata épül ki.
- Új munkahelyek létesülnek: a törvényes képviselők könnyebben tudnak belépni a munkaerőpiacra, jobban tudnak alkalmazkodni a munkáltatói elvárásokhoz stb.; az új szolgáltatás kiépítése új munkahelyeket hoz létre a szociális szolgáltatások területén.
- Közérdekű önkéntes munka, tevékenység is szerveződhet a feladatellátást megszervező szolgáltatók körül.
- Ahol gyengébb, szegényesebb a helyi szociális ellátórendszer, a FECSKE Szolgálat megszervezése akár elősegítheti, facilitálhatja a helyi civil szerveződést.

A FECSKE Szolgálat elsődlegesen tehát a fogyatékos családtag otthonában maradását segíti elő, ugyanakkor jelentős segítség a családok számára, akik e szolgáltatás igénybevételével regenerálódhatnak, hivatalos ügyeket tudnak intézni, illetve dolgozhatnak. Azaz a Fecske-szolgáltatás elősegíti, lehetővé teszi a fogyatékos családtagot gondozó, ápoló, nevelő családok minden egyes tagjának a társadalmi részvételt és aktivitást. Másrészt színesíti a szociális alapellátások rendszerét, s ezáltal munkahelyeket létesít a szociális szférában.

5. Fogyatékos ember a családban II. – Győri Enikő

44

Mindezek alapján a FECSKE Szolgálat célja, hogy

- a fogyatékos emberek és családjaik képesek legyenek a teljesebb életre, a fogyatékos állapotából eredő hát-rányok, terheik csökkentésére;
- lehetővé váljon a fogyatékos ember és családja számára a társadalmi életben való minél teljesebb részvétel és aktivitás;
- a fogyatékos emberek és családjuk részére olyan életmódokat és hétköznapi életfeltételeket tegyen elérhetővé, amelyek a társadalomban megszokott feltételeknek és életmódoknak a lehető legteljesebb mértékben megfelelnek;
- segítse az életfeltételek és életminőség javítását, hogy a fogyatékos emberek mind teljesebb életet élhessenek;
- segítse a családban történő együttélés feltételeinek javítását, a családtagok ellátó képességének fokozását;
- elősegítse a fogyatékos személy családtagjának munkaerő-piaci reintegrációját;
- felértékelődjenek az öngondoskodás, a társadalmi szolidaritás és együttműködés;
- felértékelődjenek az esélyegyenlőség és az esélyek újratermelődésének követelménye;
- növekedjen a teljesítmény és az egyéni kezdeményezések megbecsültsége;
- megerősödjék az egyének és a közösségek cselekvőképessége, szuverenitása;
- bővüljön a fogyatékos személy és családja kapcsolati tőkéje, ami nagymértékben megerősíti önrendelkezésüket.

Mindezek alapján a FECSKE Szolgálat legfontosabb feladata a rugalmas, a szükségletekhez igazodó mértékű és időtartamú személyi, otthoni felügyelet biztosítása a fogyatékos személy részére.

Az otthoni felügyeleten – mint alapfeladaton – belüli teendők a következők:

- gondozás, alapápolás (de nem szakápolás)
- személy körüli teendő,
- helyzetváltoztatás,
- egészségügyi állapotának figyelemmel kísérése,
- higiénés feladatok ellátása (fürdetés, mosdatus, tisztába tétel, öltöztetés),
- gyógyszerel és szigorúan az orvosi utasítás szerint,
- kísérés, mobilitás;
- szolgáltatásokhoz való hozzáférés segítése;
- izoláltság enyhítése, családi életvitel támogatása;
- a család természetes segítő kapcsolatrendszerének kialakítása, ill. fenntartása;
- biztonság fokozása;
- a fogyatékos családtag családon belüli magatartásának segítése azáltal, hogy a szülő, hozzátartozó izoláltságát a szolgáltató enyhíti.

Minderről részletesen tájékoztatni kell a leendő szülőket, átadva nekik a döntés jogát. Amennyiben a gyermekvállalás mellett döntenek, úgy minden segítséget meg kell adni ahhoz, hogy egészséges gyermekük születhessen

5. Fogyatékos ember a családban II. – Győri Enikő

6.

Fogyatékos ember a bentlakásos intézményben

Győri Enikő

6.1. BEVEZETÉS

A bentlakásos intézményi ellátás jelentős változásokon ment át a történelem során. Az árvaházakra kidolgozott tekintélyelvű, testi fenytést is alkalmazó modellt a 19. század második felétől az ún. „megengedő” gondozási – nevelési modell váltotta fel, melyhez egy merev oktatási –, szociális ellátórendszer társult, a fogyatékos gyermekeket, felnőtteket teljesen izoláltan kezelve a többségi, „normális” társadalomhoz képest.

Az egyik vagy másik rendszerbe való bekerülés abszolút mértékben determinálta az életlehetőségeket.

A rendszer alig biztosított egyéni jogokat, sok esetben végső célnak tekintette az intézményi életforma kialakítását. Az intézmények lakói kiszolgáltatott, függő helyzetben éltek.

E modell hatása még napjainkban is érezhető az intézmények egy részében.

A második világháborút követően a skandináv országokban kezdődtek el a változások, amikor elvégeztek egy elemzést a súlyosan és középsúlyos fokban értelmileg akadályozottak részére fenntartott intézmények építészeti adottságainak, felszerelésének és programjainak tekintetében. A vizsgálat során kiderült, hogy a kórházjelleggel működtetett szociális intézmények nem felelnek meg a legsúlyosabban fogyatékos személyek ellátásának sem. Leszögezték, hogy az elhelyezési körülményeket úgy kell megváltoztatni, hogy mindenkinek biztosítani kell a megfelelő lakókörnyezetet, függetlenül attól, értékelni tudják-e, vagy sem. Ekkor elsősorban még a fizikai ellátás szemszögéből közelítették meg a változás szükségességét.

A modernizációs folyamat az Egyesült Államokban fejlődött tovább.

John F. Kennedy elnök személyesen is elkötelezte magát az értelmi fogyatékosok ügye mellett.

Szakértők bevonásával 1962-ben elkészült az „Elnöki jelentés az értelmi fogyatékosokról”, mely hangsúlyozta: a társadalom sajátos felelősséggel tartozik azon személyeknek, akiknek különleges szükségleteik vannak, hogy lehetővé tegye és erősítse képességeik maximális kibontakoztatását.

Vigye őket közel a nemfüggőség és a „normálisság” fő irányához, amennyire lehetséges. Azok számára, akik le nem győzhető fogyatékossgal élnek, a társadalomnak lehetőséget, esélyt kell biztosítani.

Ezzel elindult egy politikai folyamat a változás érdekében, mely jogalkotási szinten is megjelent.

A modernizációs folyamat azonban akkor tudott általánossá válni, mikor a polgárjogi mozgalmak elérték, hogy a beteg, sérült, fogyatékos emberek szükségleteinek kielégítését emberi, állampolgári jogként kezeljék.

Modernizáció alatt azt értjük, hogy a megengedő gondozási modellt felváltja az egyéni fejlesztési terven alapuló segítő gondozási modell. E modell jellemzője, hogy a fogyatékossgat az emberi létezés egy lehetséges változatának tekinti, szemben a medikális szemlélettel.

A fogyatékos embert önmagához képest, minden életkorban, minden súlyossági fokban fejleszthetőnek tekinti.

Ellátását, segítségét az integráció, normalizáció, autonómia elveinek alkalmazásával oldja meg. Rugalmas ellátórendszert létrehozva biztosítja a kis közösségi ellátás lehetőségét is.

6.2. PARADIGMAVÁLTÁS A FOGYATÉKOS EMBEREKRL VALÓ INTÉZMÉNYI ELLÁTÁSBAN

E folyamat eredményeként az elmúlt évtizedek során alapvető változások indultak el a fogyatékos emberekről való intézményes gondoskodásban, amelyet a szakirodalom intézménytelenítésnek, vagy kitagolásnak nevez.

Ennek lényege, hogy a nagy intézeteket fölváltották a fogyatékos emberek lakóhelyén vagy annak közelében, a fogyatékos emberek eredeti lakóhelye közelében, normál lakókörnyezetben megszervezett kis létszámú bentlakásos ellátási formák.

Napjainkban pedig, a legújabb elveknek megfelelően, megjelent a támogatott életvitel egyre szélesebb körben való elterjedése.

- A kis létszámú ellátási formák jobb minőségű szolgáltatást nyújtanak, mint a nagy intézetek.
- A bentlakásos ellátások széles spektruma működik az egészen kis létszámú (2-3 fős) időszakos segítői jelen-léttel működő otthontól a nagyobb 10-15 fős ápolást és orvosi ellátást is biztosító lakóotthonokig.
- A kiscsoportos, lakóközösségbe integrált lakóotthoni ellátási forma alkalmas minden fogyatékos ember ellátására, fogyatékoságának súlyosságától és életkorától függetlenül.
- A felnőtt fogyatékos emberek bentlakásos ellátásai egyre közelednek a „normál” lakhatáshoz, elismerik a magánszférához és az önrendelkezéshez való jogot. A lakóotthonok felnőtt emberek lakóközösségei, kialakításuk és működtetésük is ennek megfelelő.

6.3. A FOGYATÉKOS EMBEREKET ELLÁTÓ BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYEK HAZAI HELYZETE

Magyarországon a rendszerváltást követően a szociális igazgatásról és ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény a bentlakást biztosító ellátások területén gyakorlatilag a szakosítások nyomán az 1970-es években kialakult ellátórendszer rögzítette, amely a felnőtt fogyatékos emberek ellátását elsősorban a nagy létszámú intézetekben oldotta meg.

A lakóotthon, mint új szolgáltatási típus jogszabályba foglalása 1999-ben, egy már létező ellátási formát legalizált. Azóta új bentlakásos ellátási forma nem került bevezetésre, csupán a lakóotthon típusa került kiterjesztésre más csoportok – súlyosan fogyatékos emberek, pszichiátria betegek és szenvedélybetegek – számára.

A bentlakásos ellátórendszer napjainkra alaposan megérett a reformra, amelyet több tényező is indokol:

- Előírják a jogszabályok, nemzetközi ajánlások. Legközvetlenebbül az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról mondja ki az intézetek átalakítását 2010-ig. Magyarország 2007. július 20-án, az elsők között ratifikálta az ENSZ Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezményt (ENSZ Egyezmény) és az ahhoz kapcsolódó fakultatív jegyzőkönyvet, amelyek 2008 májusában léptek hatályba. Az Egyezmény 19. cikkelye kimondja, hogy a fogyatékossgal élő személyeknek egyenlő joga van a közösségben való élethez. Az Európai Unió 2003. óta egyre határozottabban foglal állást az intézménytelenítés, a nagy létszámú intézetek átalakítása és az otthonközeli kis létszámú ellátások mellett.
- Az intézményrendszer struktúrája és az infrastruktúra jellege, állapota elavult és a szakmán belül egyre nagyobb igény jelentkezik a változásra, kis létszámú, integrált ellátások biztosítására.
- A rendszer strukturális, hatékonysági problémái, beleértve a szolgáltatások körét, a finanszírozási rendszert – a működés, a fejlesztések és az innováció támogatását – és a korlátozó jogszabályokat.

6.4. AZ ÁTALAKÍTÁS ALAPELVEI

Az 1998. évi XXVI. törvény alapelvei az intézménytelenítési reformra is érvényesek. A bentlakásos ellátások tekintetében ezek az alapelvek azt jelentik, hogy olyan bentlakásos ellátásokat kell létrehozni, amelyek:

- Nem zárják el a fogyatékos embereket a társadalomtól, hanem lehetővé teszik, hogy az épekhez hasonló körülmények között éljenek normál lakókörnyezetben található házakban vagy lakásokban.
- Mindenkinek a képességei szerinti önállóságot biztosítják, és nem korlátoznak feleslegesen. Akinek nincs szükségé állandó felügyeletre, az nem kap állandó felügyeletet – csökken a „túlgondozás”. Akinek viszont fokozott gondoskodásra van szüksége, az valóban kiemelt figyelmet élvez. Ehhez az kell, hogy az ellátások a jelenleginél kisebb ellátotti és nagyobb dolgozói létszámmal, és rugalmasabb feltételek között működjenek.
- Lehetővé teszik az egyén képességeinek legteljesebb kibontakoztatását, szinten tartását és fejlesztését. Ehhez biztosítani kell a megfelelő szakembereket, szolgáltatásokat és módszereket.

A fogyatékos embereknek joguk van úgy élni, mint nem fogyatékos társaiknak, ami úgy valósulhat meg a legteljesebben, ha a mindennapokban együtt tudnak élni a többségi társadalom tagjaival. A társadalmi és a helyi közösség egyenrangú tagjaként ugyanazok a jogok és kötelezettségek illetik meg, mint minden más állampolgárt.

A társadalmi integráció, az autonómia, participáció elveinek érvényesülése a természetes, családi környezetben élőknel könnyebben lehetséges, még akkor is, ha állapotukból, helyzetükből eredően speciális szükségletekkel rendelkeznek.

Akik rendszeres gondozást, ápolást igényelnek és nincs családjuk, vagy családjuk nem képes ellátásukra, azok számára biztosítani kell az állapotuknak, helyzetüknek megfelelő gondozást – bentlakásos intézmények keretében.

Ennek egyik gyakori oka, hogy a család lakhelyén hiányoznak a fogyatékos gyermekeknek alapellátást nyújtó közoktatási, gyermekvédelmi és szociális szolgáltatások. Itt is megmutatkozik tehát, hogy gyakran a környezet az, amely fogyatékosá tesz.

Az intézményi élet, természetéből adódóan szükségképpen korlátozó életformát jelent, ezért ellentmondásba kerülhet a normalizációs törekvésekkel. Annak érdekében, hogy a fogyatékkal élő emberek életmódja, életminősége közelíthessen a nem fogyatékkal élőkéhez, szükségszerű az intézményi sokszínűség, sokoldalúság.

Ez a rendszer szolgálhatja azt a célt, hogy a fogyatékkal élők a nekik megfelelő szintű és tartalmú segítséget kapják és egyben az önállóság számukra lehetséges szintje is biztosítottá váljon a rendszer rugalmassága révén.

E törekvés megvalósíthatóságának biztosítékai az azt lehetővé tevő jogszabályi háttér, a szakmai hozzáértés és az elfogadó humánus szemlélet.

6.5. A BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYEK TÍPUSAI

Az 1993. évi III. törvény és a hozzá kapcsolódó 1/2000 SzCsM rendelet írja elő és szabályozza a személyes szociális ellátásokat – ezen belül a bentlakásos intézményeket szakellátásként nevesítve, melyek az alábbi nagy csoportokra oszthatóak:

- Ápolást, gondozást nyújtó intézmények
- Rehabilitációs intézmények
- Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények– Lakóotthonok.

Mindegyik csoportban külön nevesíti a törvény az ellátottak köréhez igazodva a különböző típusú ellátásokat. A törvény és a rendelet rögzíti továbbá a szolgáltatások szakmai feladatainak körét, ezen belül a gondozási terv készítésének kötelezettségét, mely a szolgáltatást igénybe vevő személy ellátásához, az egyén szükségleteihez igazodó gondozási, terápiás, ápolási szolgáltatásokat tartalmazza. A gondozási terv típusa változik, attól függően, hogy milyen csoportba tartozó ellátotról van szó.

Fogyatékos emberek ellátásakor fejlesztési tervet kell készíteni, szem előtt tartva az alapelvet, hogy minden fogyatékos személy fejleszthető, képességei szinten tarthatóak, javíthatóak, illetve felkészíthető arra az életformára, amely számára a legkedvezőbb.

Fontos, hogy a bentlakásos intézményben belül is legyen lehetősége a normális társadalmi életet megközelítő, vagy az azt elérő életformára, önrendelkezésének tiszteletben tartására.

A fogyatékos emberek társadalmi elfogadottsága pozitív irányban változik, így szociális segítségük is új elvekre helyeződött. A helyzetükhöz, állapotukhoz igazodó rugalmas intézményrendszer kiépítése a cél, amelyben a személyiségi jogok tiszteletben tartása mellett az egyéni képességek fejlesztése dominál.

Ápolást, gondozást nyújtó intézmények

Idős, pszichiátriai beteg, fogyatékos, szenvedélybeteg, és hajléktalan emberek számára nyújt teljes körű ellátást, amennyiben ez szükségleteik felmérése alapján indokolt. Valamennyi ellátási típusban megjelenhetnek fogyatékkal élő emberek, ahol biztosítani kell a fogyatékoságukból adódó speciális szükségletek kielégítését is.

A fogyatékosok otthona ellátást nyújt súlyos, közepesúlyos, értelmi, vagy halmozottan fogyatékos személyeknek, aki tankötelezettségének az oktatási intézmények keretében nem tud eleget tenni, képezhető, foglalkoztatható és gondozására csak intézményi keretben van lehetőség. Elláthat gyermek- és felnőttkorú személyeket.

Rehabilitációs ellátást nyújtó intézmények

Rehabilitációs ellátást nyújtó intézménybe való bekerülés előtt kötelező rehabilitációs alkalmassági vizsgálatot végezni, melynek célja, hogy felmérjék az ellátást igénylő képességeit, készségeit, hogy azok alapján alkalmas-e az adott intézmény rehabilitációs tevékenységében részt venni. Ezt a típusú ellátást fogyatékos, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg és hajléktalan emberek számára nyújtják. Az intézményi ellátás időtartama öt év. Ez az időtartam egy alkalommal legfeljebb három évvel meghosszabbítható. Ha a rehabilitáció nem vezetett eredményre, két évig még utógondozás keretében tartanak kapcsolatot az ellátottal az intézmény szakemberei. Az utógondozás alatt az intézményi jogviszony nem szűnik meg, függetlenül attól, hogy nem az intézményben látják el az igénybevevőt.

Amennyiben a szakértők megállapítása szerint az ellátást igénylőnél még nem ítélték meg a rehabilitációra való alkalmasság, lehetőség van ideiglenes jellegű felvételre, legfeljebb egy év időtartamra.

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények

Az átmeneti intézmény a már említett öt ellátotti csoport számára átmeneti gondozást nyújtó intézmény. Ha a körülmények lehetővé teszik, több ellátotti csoport is gondozható átmeneti jelleggel egy intézmény keretein belül.

Fogyatékos személyek esetében többnyire a család tehermentesítése érdekében kerül sor átmeneti felvételre, illetve előfordulnak rendkívüli helyzetek, pl. hogy a fogyatékos embert gondozó családtag megbetegszik, kórházba kerül és a felépülése időtartamára szükséges ezt az ellátási formát igénybe venni. Az elhelyezés időtartama nem haladhatja meg az egy évet, ami orvosi szakvélemény alapján egy alkalommal egy évre meghosszabbítható.

48

Lakóotthon

Jelenleg a legkorszerűbb bentlakásos ellátási forma, itt valósítható meg leginkább az egyéni szükségletekhez igazodó gondozás. A lakóotthon ellátást nyújt az önmaga ellátására részben képes és lakóotthonba kerülésekor a tizenhatodik életévét betöltött, de az öregségi nyugdíjkorhatárt még el nem ért személyek részére.

A lakóotthon az ellátási rendszernek egy olyan formája, amelyben az ellátottak egészségi állapotához, önellátása mértékéhez igazítható a szolgáltatás.

Létrehozható fogyatékos, pszichiátriai beteg, és szenvedélybeteg emberek számára.

A fogyatékos emberek számára létrehozható lakóotthonok körét differenciálja a szociális törvény ápolást-gondozást nyújtó és rehabilitációs célú lakóotthont különböztetve meg.

Ennek értelmében az ápolást, gondozást igénylő fogyatékos személyeket ápolást, gondozást nyújtó, míg a fejlesztő felkészítés eredményeképpen önálló életvitelre képes, vagy ebben minimális segítséget igénylő személyeket rehabilitációs célú lakóotthonban lehet elhelyezni.

Rehabilitációs célú lakóotthonban az személy helyezhető el, akinek a felülvizsgálat eredményeként, illetve a gondozási, egyéni fejlesztési terv alapján a lakóotthoni elhelyezése az önálló életvitel megteremtése érdekében indokolt, aki családban él és képességei fejlesztése, valamint ellátása lakóotthoni keretek között biztosítható és rehabilitációja családjában nem megoldható.

A lakóotthonok szolgáltatásaikban jobban igazodnak a személyes igényekhez, így szükség szerint vehető igénybe az étkeztetés, mosás, mentális gondozás. Az önálló életvitel feltételeit elsődlegesen az érintett személynek kell előteremtenie

Intézményi szervezeti formák:

- A bentlakásos intézményi szolgáltatás megszervezése integráció keretében többféle módon történhet
- Tiszta profilú intézet: egy ellátotti csoport részére azonos gondozási feladatokat végez
- Vegyes profilú intézmény: több intézménytípus egy bentlakásos intézményben történő megszervezése
- Integrált intézmény: több intézménytípus különálló szervezeti egységekben történő megszervezése

6.6. AZ INTÉZMÉNYBEN ÉL FOGYATÉKOS CSOPORT NÉHÁNY JELLEMZJE

Látni kell, hogy a modern társadalmakban is, a jól kiépült nappali ellátórendszerek és családokat támogató szolgáltatások mellett is jelentős igény van lakhatást biztosító szolgáltatásokra. A bentlakásos intézményekben élő fogyatékos emberek legfőbb problémáját a jogaik sérülése és kapcsolataik elsorvadása jelentheti.

Az igénybe vevők jóval szűkebb köre kerül ki az enyhe fokban akadályozott emberek közül, és létszámukat jobban befolyásolják az egyéb tényezők, pl. nappali, támogató szolgáltatások elérhetősége, családoknak nyújtott szolgáltatások, pénzügyi ellátások.

A lakóotthon lehetőséget ad a normalizált életvitelre egy kis közösségen belül. Szem előtt kell tartani, hogy az integráció veszélyekkel is jár. Több baleset, atrocitás érheti az integráltan élő fogyatékos embert – ezért nagyon fontos az alapos felkészítés.

A bentlakásos ellátásokat a fogyatékos emberek csak egy szűkebb csoportja veszi igénybe, nagyobb részük családjával él.

Az intézeti ellátások iránti keresletet az érintett népesség nagyságán kívül számos egyéb tényező befolyásolja, például az oktatási rendszer, a családoknak nyújtott támogatások és szolgáltatások, valamint az egyéb szociális ellátások (pl. lakhatás támogatása stb.), illetve a kínálati oldal tényezői is, úgymint a megközelíthetőség, az elérhetőség (hogyan lehet a szolgáltatáshoz hozzájutni), az ár (térítési díj), az intézmény által kínált szolgáltatások (komfortfokozat stb.) A bentlakásos ellátások tervezésénél fontos ezeket a tényezőket és összefüggéseket is figyelembe venni.

A bentlakásos ellátások igénybevevőinek köre túlnyomórészt a középsúlyos, súlyos értelmi fogyatékos emberek teljes népességéből kerül ki.

Ez az a csoport, amely folyamatos kísérésre, támogatásra szorul és közülük sokan nagy eséllyel vesznek igénybe szervezett, „intézményes” segítségnyújtást életük jelentős részében.

Ugyanakkor az intézeti lakók jelentős része képes bizonyos szintű önellátásra és nem szorul 24 órás felügyeletre, ápolásra. Ellátásuk valószínűleg más keretek között is megoldható lenne.

6.7. INTÉZMÉNYI MODERNIZÁCIÓS TÖREKVÉSEK

A fogyatékos emberek jelentős részének jelenleg a szociális intézmények ellátórendszere nyújtja a szakszerű ellátást, gondozást. A szociális intézmények az elmúlt években felerősödött szemléletváltozás hatására, a szakmai munka átalakításával jelentősen differenciálódtak.

Új ellátási formaként megjelent a lakóotthon, és ezzel párhuzamosan kezdetét vette a nagy létszámú intézmények átalakítása, modernizálása.

Cél, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos emberek ellátása főként lakóotthoni keretek között történjen, az intézeti életformára kényszerülők számára pedig, humánus, modernizált intézmények létesüljenek.

A modernizációs törekvések megvalósítása azt jelenti, hogy az intézetben élő fogyatékos személyek számára is biztosítani kell a normalizációs elv szerint, őket megillető jogokat.

Így például az egyszemélyes szobákból álló lakókörnyezetet, mely lehetővé teszi a magánszféra megőrzését, az intenzív ellátást, gondozást és fejlesztést, valamint a foglalkoztatást és a szabadidős tevékenységet.

Ennek során az intézményen belül kialakításra kerül egy fejlesztő központ, egy-kétágyas lakószobákból álló lakóterek, közösségi helyiségek, tréninglakások, melyek az önállóvá válás érdekében, a napi életvitelhez szükséges tevékenységek elsajátítására alkalmas színterek.

A modernizációs program a fogyatékosokat ellátó intézmények teljes körét érintik. A program során az állami, önkormányzati, civil és egyházi fenntartású intézeteknek azonos elvek szerinti és azonos minőségi követelményeknek (nagyság, nyitottság, integráció) megfelelő ellátást kell biztosítaniuk.

Az átalakítás lehetséges irányai

Az ENSZ Egyezmény egyértelműen kimondja, hogy minden fogyatékos embernek joga van a közösségben való élethez, lakóhelyük megválasztásához és nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni. Ez egyértelműen kijelöli az átalakítás irányát: a nagy létszámú intézetek kiváltása kis létszámú, személyre szabott és integrált lakhatási formákkal.

Ezen belül az intézményrendszer átalakítására két út körvonalazódik: a lassúbb átmenet során a jelenlegi intézetek kitagolása fokozatosan, hosszú távon történik és a folyamat során esetleg sor kerül átmeneti megoldások létrehozására is, pl. kis létszámú intézetek, illetve az félutas lakóotthonok.

A gyors kitagolás ezzel szemben radikálisabb, a „félmegoldásokat” kerülő folyamat.

A fő különbség a folyamat időigénye, a végrehajtás szervezése és források ütemezésében van. A választás elsősorban a kormány feladata, az érintettek véleményének figyelembe vételével. Hangsúlyozni kell, hogy mindkét változat megvalósítása időigényes, hosszabb távon lehetséges és csak kormányzati elkötelezettsége mellett lehetséges, ugyanis fontos stratégiai döntések meghozatalát igényli.

Az intézményrendszer átalakítása nem várható a jelenlegi szabályozás megtartása mellett, és nem hárítható kizárólag a fenntartókra vagy az intézményekre. Először az új rendszer kereteit kell megteremteni, ami összehangolt és intenzív jogalkotási, szakmai fejlesztési munkát igényel.

Lassú átmenet

Az infrastruktúra fokozatos korszerűsítése (a férőhelyszám csökkentése, a régi épületek kiváltása az intézmény területén és településbe integrált új épületekkel, lakóotthonokkal). Az intézményekben folyó szakmai munka korszerűsítése, elsősorban a szakemberlétszám növelésével és új személyközpontú támogatási módszerek elterjesztésével.

Gyors intézménytelenítés

A nagy létszámú intézetek kiváltása kisléptékű (maximum 8-10 férőhelyes), személyre szabott, településbe integrált lakóotthonokkal. A nagyon súlyosan sérültek, egészségügyi ellátásra is szoruló fogyatékos emberek számára speciális lakóotthonok vagy ápoló otthonok létrehozása. Az intézeti épületek teljes bezárása vagy amenynyiben azt az épület állapota, elhelyezkedése lehetővé teszi megőrzése adminisztratív/ápolási/nappali egységként. Az intézményekben folyó szakmai munka korszerűsítése, elsősorban a szakemberlétszám növelésével és új személyközpontú támogatási módszerek elterjesztésével.

A modernizációs program

Függetlenül attól, hogy rendelkezésre állnak-e (teljesen vagy részben) a források az intézetek átalakítására és az intézetek átalakítása milyen ütemezésben valósul meg, bizonyos modernizációs lépések megvalósítása feltétlenül indokolt.

- Infrastruktúra korszerűsítés
- A szolgáltatási spektrum bővítése
- A szabályozás felülvizsgálata
- A finanszírozás átalakítása
- A fogyatékos emberek társadalmi helyzetének javítása (cselekvőképesség, szemléletformálás stb.)

A szolgáltatási spektrum bővítése

A bentlakásos ellátások nem választhatók el a nappali és az egyéb támogató szolgáltatások kérdésétől. Elsődleges cél lehetővé tenni, hogy a fogyatékos emberek minél tovább családjukkal élhessenek; csökkenteni az intézetbe kerülő gyerekek számát, támogatni a fogyatékos gyermeket/felnőttet nevelő családok megfelelően felkészüljenek, megtervezzék hozzátartozójuk családból való kiválását. Másodsorban, a bentlakásos intézményekben élő emberek számára is elérhetővé kellene tenni a napközbeni ellátások igénybe vételét, a normalizáció elveinek megfelelően a lakhatástól különválasztva, eltérő helyszínen.

A modernizáció megvalósulhat az intézményen belül – amelyben cél az egyéni képességek fejlesztését elősegítő – fejlesztő központok létesítése, a tárgyi feltételek átalakítása.

A fejlesztő felkészítések, speciális fejlesztő foglalkozások, az egyéni és kiscsoportokban történő fejlesztés (zeneterápia, mozgásfejlesztés, logopédiai fejlesztés stb.) maga után vonja a szakmai létszám és a szakképzési követelmények megváltozását is.

Az intézmény modernizálásával együtt át kell alakulnia az intézet szervezeti felépítésének, menedzsmentjének, melynek lényeges eleme a szakmai és gazdasági tevékenység megváltozása.

A másik lehetőség az intézetek feladatait bővítő, integrált ellátások létrehozása, ami a szociális ellátások (alap, nappali, átmeneti, tartós) egymásra épülését jelenti, de az adott településen a lévő oktatási, egészségügyi, gyermekvédelmi, foglalkoztatási intézményrendszerek szervezeti-szakmai integrációja is elképzelhető.

Az új típusú intézmények egymás közötti, egymásra épülő rendszerét a fogyatékos személy életútját végigkísérő ellátások érdekében szükséges kialakítani. Ez a modell főleg azokban a nagyvárosokban épülhet ki, ahol valamennyi elem, vagy azok nagy része megtalálható.

A modernizációs folyamat elengedhetetlen követelménye a különböző ellátási formák közötti átjárhatóság biztosítása, azok együttműködése.

Ugyancsak lényeges a különböző fenntartású – megyei önkormányzati, települési önkormányzati, civil, egyházi intézmények tevékenységének összehangolása, az ellátás megszervezésére szakmai megállapodások elkészítése.

Az egészségügyi-, szociális és oktatási szférában tevékenykedő intézmények szoros szakmai együttműködése, egymást kiegészítő, egymáshoz kapcsolódó kompetenciahatárokat betartó közös szakmai tevékenysége, más szervezetekkel (foglalkoztatási szervek, munkaügyi központok, civil szervezetek) való kapcsolatrendszer kiépítésével szintén feltétele a fogyatékos emberek magas szintű, új szemléletű ellátásának.

Az együttműködés megvalósulhat integrált szervezeti keretek között, együttműködési megállapodások útján. Nagyon fontos a különböző területeken dolgozók részére közös képzéseket, szakmai rendezvényeket szervezni, egymás munkájának alapos megismerése, a közös szakmai nyelvezet és szemléletmód kialakítása érdekében.

A szakmai követelmények átalakítása, fejlődése magával vonja a dolgozók folyamatos képzését, új munkamódszerek, ismeretek elsajátítását. Speciális képzettségű szakemberek foglalkoztatása szükséges a speciális foglalkozások, fejlesztési módszerek bevezetéséhez. Új munkakörökre is szükség lehet, pl. számítógépes szakember, programmenedzserek, kommunikációs szakemberek.

A bentlakásos intézményekben élő fogyatékos emberek legfőbb problémáját a jogsérelmek és kapcsolataik leépülése okozhatja. Az intézmények átalakulása, a kis létszámú, autonóm életformát biztosító lakóotthonok kialakítása, a szocializációs és egyéb képességek fejlesztésének előtérbe helyezése, a szociális foglalkoztatás fejlesztése (pl. lakókörnyezeten kívüli munkahelyeken való foglalkoztatás), a szabadidő strukturált, hasznos eltöltése, az intim viszonyok kialakításának, ápolásának biztosítása jelentheti ezen nehézségek feloldását.

Emellett természetesen szükséges arra törekedni, hogy csak azok a fogyatékos emberek kerüljenek bentlakásos intézménybe, akiket családjuk valami oknál fogva nem képes ellátni és önálló életvitelre saját lakókörnyezetükben segítséggel sem képesek. Ehhez arra van szükség, hogy tovább szélesedjen az alap- és nappali ellátások szolgáltatási skálája, valamint tényleges együttműködés alakuljon ki a szolgáltatók és a különböző szakterületek (a komplex rehabilitáció szereplői) között.

– Nappali ellátások bővítése családban élőknek – gyerekeknek és felnőtteknek – valamint bentlakásos ellátástigénybe vevőknek, különös tekintettel a lakóotthoni ellátásban részesülőkre. A megemelt normatíva mellett megfontolandó, hogy az infrastruktúra fejlesztése is részesüljön támogatásban. A térségenként hiányzó alapszolgáltatások biztosításába bevonhatók a nagy létszámú intézetek. Ez biztosítja az infrastruktúra új funkcióval való megtöltését és a meglévő kapacitások kihasználását (pl. szállító szolgálat stb.).

6. Fogyatékos ember a bentlakásos intézményben – Győri Enikő

- A családok otthonában nyújtott segítségnyújtás kiterjesztése és elérhetővé tétele. (pl. Fecske Szolgálat)

51

- Alacsony küszöbű átmeneti és krízisellátások létrehozása családok számára. Ez járhatna akár normatívan, kvázi természetben nyújtott támogatásként, miszerint minden család jogosult évente 7-14 nap átmeneti ellátást igénybe venni. A jelenlegi átmeneti ellátás rendszerének újragondolása.
- A támogatott lakhatás bevezetése, amely saját vagy bérelt ingatlanban nyújt segítséget a mindennapi életvi-telhez.

6.8. A MODERNIZÁCIÓS TÖREKVÉSEK EGYIK PÉLDÁJA – FVÁROSI ÖNKORMÁNYZAT ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK OTTHONA, TORDAS

A Fővárosi Önkormányzat által fenntartott otthon két telephelyen működik Tordas községben, ahol 260 fő középsúlyosan, súlyosan értelmileg akadályozott ember számára biztosít tartós ellátást.

Tordas egy dinamikusan fejlődő kis falu Fejér megyében, az M7-es autópálya mellett, Budapesttől 35 km-re. 1981 óta a falu életéhez tartoznak a kastély épületében élő értelmileg akadályozott emberek, akik 2000. május 15-től új, modern 200 férőhelyes épületet is birtokba vehettek.

2006. március hónapban a kastély épületét 60 férőhelyes ápoló-gondozó célú otthon váltotta ki. Az új családiasjellegű lakóegység a Gesztenyés úti központi telephely közvetlen környezetében épült fel, mely építészeti megoldásaiban maximálisan igazodik lakói speciális szükségleteihez.

2007. évben 12 fős integrált lakóotthon kezdte meg működését a faluban.

Az otthon lakóinak életében a foglalkoztatás dominanciája érvényesül. A szociális foglalkoztatás keretében sokszínű, hasznos elfoglaltságot végezhetnek az itt lakók, ezért munkabért, vagy munkarehabilitációs díjat kapnak.

A FOGLALKOZTATÁS FORMÁI:

Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás:

Célja az önálló munkavégzési képesség kialakítása és fejlesztése, felkészítés a védett munkahelyen történő munkavégzésre. A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban résztvevőknek tisztában kell lenniük a végzett tevékenység munkafázisainak sorrendjével. Az ott dolgozó munkavállalók tudják, hogy a különböző munkafázisok a termék egészének egy része és a pontos végrehajtása a következő fázis kezdetének alapja. Az eszközök betanítása balesetmentes használata nagy odafigyelést igényel a munkavállaló és segítője részéről is. Minden munkavállalónak lehetőséget biztosítanak a különböző tevékenységi körök kipróbálására, hisz több művelet elsajátítása nagyobb ismeretet, élményt ad és a toleránsabb viselkedést segíti elő. A műveletekkel kapcsolatos gyakorlati bemutatók a munkafolyamatok elsajátítását segítik. Az egyes műveletek betanulására, begyakorlására a munkáltató megfelelő időt biztosít a munkavállaló számára.

Munkarehabilitációs foglalkoztatás:

Az intézmény által biztosított foglalkoztatási tevékenységek – melyek egymásra épülő különböző készségeket, képességeket megkívánó munkafolyamatokra épülnek – a foglalkoztatott számára biztosítják a továbblépés lehetőség. Irányított, tematikusan felépített tanulási folyamat megvalósításával a foglalkoztatási tervben meghatározott célok és feladatok, módszerek megvalósítása által a foglalkoztatott elsajátítja az egyes munkafázisokat, majd az egész munkafolyamatot. A lépésekre bontott munkatevékenység segíti a munkavégző képesség, a szociális alkalmazkodás, önállóság fejlődését, teret nyit a kreativitás, az egyéni fantázia kibontakoztatásához. Az esztétikus, színekben gazdag jó minőségű sokoldalúan felhasználható termék motiválja a teljes munkafolyamat megtanulásának igényét, mely átvezet(het) a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatási formába. A munkarehabilitációs foglalkoztatásban résztvevők munkáját segítők irányítják. Következetes elvárások mellett segítséget nyújtanak az egymásra épülő munkafolyamatok elsajátításához, alkalmazva azon pedagógiai módszereket (bemutató, magyarázat, megbeszélés, értékelés stb.), melyek a cél eléréséhez szükségesek. Pozitív szemléletet és a hatékony konfliktuskezelő készséget ötvözik a folyamatos motiváció biztosításával.

Szabadidős és terápiás foglalkoztatás:

Kosárfonás; szövödei varrodai tevékenység; kézimunka; folton-folt; szárazvirág kötészeti; kerámia; bórdíszmű; gyöngyfüzés.

Információs Híd program:

Az „Információs Híd” az élethosszig tartó tanulási folyamat részeként egy komplex egyenlő hozzáférést biztosító szocializáció, fejlesztő, információs blokk. Az otthon magáénak vallja azt az elvet, hogy a fogyatékos embereknek is szükségük van az élethosszig tartó tanulásra. Szükséglet-felmérést követően, alapos előkészítés után, rendszerezett egészségügyi, életmódbeli ismeretanyagot építettek be a heti lakógyűlések tematikájába.

Aktuálisan olyan témák merültek fel, melyekhez másfajta kommunikációs utakat kellett keresni a teljes körű eredmény elérése érdekében. Sokan gyermekkoruktól dohányoztak, rengeteg Kólát ittak, helytelenül táplálkoztak. Magas volt a kávéfogyasztás, alig akartak levegőre menni, még keveset mozogtak.

Ebből következett, hogy ha nem történik életmódbeli változás, akkor különböző betegségek léphetnek fel. Az előadások közben kiderült, hogy az egészséges életmódról szinte semmit sem tudtak. Nehéz volt rosszul beidegzett szokásokat megváltoztatni. Kezdetben a témával kapcsolatos termékek bemutatását is megtervezték, különböző kóstolókkal színesítették a programot. Később már a lakók hozták a lakógyűlésre az örömmel megvásárolt egészséges termékeket bemutatni, amire nagyon büszkék. Folyamatosan nőtt a különleges lakógyűlések látogatottsága.

A mai világ tele van ingerrel, gyorsabb az élet, ezért lakók tanítása, minden irányú képzése egy felkészültebb és elégedettebb embert eredményezett, aki nem passzív elviselője az életnek, hanem egy tudatosan cselekvő, aktív polgár.

A testközei információátadása a gondnokság felülvizsgálatának folyamatában is fontosnak bizonyult. Szükség volt arra, hogy az ellátottak felkészültek legyenek a bírósági és orvosszakértői helyzetekre. Ezért erre a folyamatra felkészítéseket vezettek be. Nagy sikernek könyvelhették el, hogy a felkészített lakók méltósággal élhették meg a gyakran nem túl kellemes procedúrát. A testközei információnak, ami a gondnokság alá helyezés és felülvizsgálat folyamatához kapcsolódik, más pozitív hozadéka is lett. Három lakónál a kizáró gondnokság helyett korlátozóvá változtatták a gondnokság minőségét.

A lakók általi tudásvágy fokozódott, az ő igényük alapján jött létre a „Mindentudás Iskolája” nevű program, mely az élethosszig tartó tanulási folyamat részévé vált. A Mindentudás Iskolájába vendégeket hívtak, színesítve az előadásokat. Vendég volt pl. Noszály Sándor sportoló, dr. Nagy Richárd háziorvos, Szabados Tiborné költő, BRFK Bünmegelőzési Osztályának munkatársai. Az előadásokból beszélgetés lett. Az ismert emberekkel való találkozások célja az volt, hogy egy pozitív emberkép mintát kapjanak az értelmi fogyatékos emberek, ahol megtapasztalhatják azt, hogy a sikerért meg kell küzdeni csakúgy, mint bármiért, amit el akarunk érni.

A gyakorlat eredményei, kimenetele

A „Mindentudás Iskolája” egy felelősebb gondolkodást eredményezett a lakók életében és egy tudatos cselekvést, melyben felelősséget éreztek saját otthonukért. Számlával is igazolható eredménye van az „Információs Híd” nevű komplex programnak; az ellátottak a tanulási és szocializációs folyamat részeként megtanultak spórolni, így az intézménynek kevesebbet kellett fizetni az elektromos energiáért, csökkent a gyógyszerköltség, kevesebb lett az ápolási költség. Itt is bebizonyosodott, hogy az információ hatalom, mert az élethosszig tartó tanulás folyamat részeként a negatív beidegződések is megváltoztak általa. Javult a résztvevők érdekérvényesítő készsége, a megszerzett ismeretekkel határozottabbá váltak, amely személyiségükben pozitív változást idézett elő. A tanulási folyamattal, támogatással a fogyatékos emberek is hozzájárulhatnak a társadalmi szemlélet pozitív irányba elmozdításához.

7.

Komplex rehabilitáció

7.1. DR. MÁRKUS ESZTER: A HAZAI REHABILITÁCIÓS ELLÁTÓRENDSZEREK BEMUTATÁSA, A KÜLÖNFÉLE FOGYATÉKOSSÁGOKHOZ ÉS SÚLYOSSÁG SZERINTI IGÉNYEKHEZ ILLESZTETT INTÉZMÉNYEK TÍPUSAI, AZ ELLÁTÁS TARTALMA, MÓDSZERTANI KÍNÁLAT, SZAKEMBEREK TEAMMUNKÁJA, KÜLS ÉS BELS KAPCSOLATOK

- A rehabilitáció komplexitása és folyamatjellege
- Az egészségügyi, pedagógiai és szociális rehabilitáció kapcsolata és részesedése a folyamatban (párhuzamos-ság, kontinuitás, komplementaritás)
- A rehabilitációs folyamat megvalósításának feltétele: a szakemberek, intézmények, intézményrendszerek hatékony együttműködése. Az együttműködés – teammunka – megvalósításának lehetőségei és szintjei
- A fogyatékos személyek rehabilitációjának megvalósulása az egészségügyi, gyermekvédelmi, közoktatási ésszociális intézményrendszer(ek)ben

1. Az egészségügyi (orvosi) rehabilitáció sajátosságai

- a. A WHO új értelmezése
- b. A magyar orvosi rehabilitációs ellátórendszer
- c. Az orvosi rehabilitáció személyi feltételei
- d. Az egészségügyi ellátás speciális szolgáltatásai fogyatékos személyek számára (gyógyászati és rehabilitációs segédeszközök, otthoni szakápolás, betegszállítás)

2. Közoktatási szolgáltatások, (gyógy)pedagógiai rehabilitáció

- a. A közoktatás jogi szabályozása (törvények, rendeletek)
- b. A rehabilitációt igénylő személyek köre
- c. Különleges gondozáshoz való jog – szakértői vizsgálat – belépés a közoktatási szolgáltatások rendszerébe. Nevelési-oktatási intézmények
 - ii. Pedagógiai szakszolgálatok szolgáltatásai és intézményei
- d. Korai (gyógy)pedagógiai fejlesztés és gondozás
- e. A közösségi nevelés intézményei a korai életkorban (bölcsődei gondozás, óvodai nevelés)
- f. Szegregált, integrált és inkluzív oktatási modellek (iskolai nevelés, oktatás)
 - i. Tankötelezettség ii. Szegregált nevelés és oktatás, - gyógypedagógiai nevelési, oktatási intézmények
 - iii. Integrált és inkluzív nevelés és oktatás – gyógypedagógiai nevelésben, oktatásban résztvevő intézmények
- iv. Súlyosan és halmozottan fogyatékos gyermekek, tanulók tankötelezettsége – fejlesztő felkészítés – fejlesztő iskolai oktatás
- g. A pedagógiai rehabilitáció további szolgáltatásai (nevelési tanácsadás, logopédiai szolgáltatás, továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás, gyógytestnevelés)
- h. (Gyógy)pedagógiai rehabilitáció a tanköteles kor után
- i. Továbbtanulás (integrált oktatás a közép- és felsőfokú oktatásban, készségfejlesztő szakiskola, speciálisszakiskola)
 - ii. Szakképzés és átképzés felnőttkorban, foglalkozási rehabilitációiii. Önálló Életút modell: önálló lakhatás, önálló munkavégzés

3. Szociális intézmények és szolgáltatások

- a. A szociális ellátások jogi szabályozása (törvények, rendeletek)
- b. Nappali ellátás – fogyatékos személyek nappali intézménye
- c. Átmeneti ellátás – fogyatékos személyek gondozóháza, átmeneti otthona
- d. Tartós bentlakás biztosítása: fogyatékos személyek ápoló, gondozó otthona, lakóotthona
- e. Pénzbeli támogatások

54

f. Természetbeni támogatások

g. Kedvezmények

1. táblázat: Köznevelési szolgáltatások fogyatékos gyermekek és fiatalok számára

Köznevelési szolgáltatások			
Ellátás megnevezése	Életkor	A feladatellátásban résztvevő intézmények	Megjegyzés
Szakértői vizsgálat	0-18 (-20/23)	Pedagógiai szakszolgálatok keretében működő Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok, Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottságok	Igényjogosultság megállapítása, szakértői vélemény, javaslat az ellátásra, tanácsadás, nyomon követés, rendszeres felülvizsgálat
Korai fejlesztés és gondozás	0-5	Pedagógiai szakszolgálatok, korai fejlesztő és gondozó szolgáltatást nyújtó intézmények	A korai fejlesztés és gondozás megszűnik, ha a gyermek 3 éves korát követően bármikor óvodába lép.
Fejlesztő felkészítés (korábban: képzési kötelezettség)	5-18 (-20)	Otthoni ellátás, pedagógiai szakszolgálatok, gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmények, gyermekvédelmi intézmények (bölcsőde), szociális intézmények	A képzési kötelezettség 2006. január 1-jén megszűnt, helyére a fejlesztő felkészítés és a fejlesztő iskolai oktatás lépett.
Fejlesztő iskolai oktatás	6-18 (-23)	Gyógypedagógiai nevelésben-oktatásban részt vevő intézmények: fejlesztő iskolai tagozatok, osztályok, csoportok kialakításával	Új ellátási forma, ami 6 éves kortól a gyermek tankötelezettségének teljesítését jelenti. A fejlesztő iskolai oktatást 2006-2010. között fokozatosan kell bevezetni, 2010-től kötelező. Iskolai keretek között biztosított nevelés, oktatás, fejlesztés.
Óvodai nevelés	3-6 (-8)	Óvoda	Egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs foglalkoztatás biztosítása a sajátos nevelési igényű gyermekek részére.
Iskolai nevelés és oktatás	6 (8)-18 (-20)	Iskola: gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmény, gyógypedagógiai nevelésben és oktatásban részt vevő nevelési-oktatási intézmények (előkészítőt tagozattól a 10. évfolyamig)	Egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs foglalkoztatás biztosítása a sajátos nevelési igényű tanulók számára.

7. Komplex rehabilitáció

55

2. táblázat: Személyes gondoskodást nyújtó gyermekvédelmi és szociális szolgáltatások fogyatékos gyermekek és fiatalok számára

Személyes gondoskodást nyújtó gyermekvédelmi szolgáltatások			
Ellátás megnevezése	Életkor	A feladatellátásban résztvevő intézmények	Megjegyzés
Bölcsődei gondozás és nevelés	20 hetes -3 (-6)	Bölcsőde	A korai fejlesztés és a fejlesztő felkészítés lehetőségét biztosítani kell
Napközbeni ellátás: családi napközi	20 hetes -14	Családi napközi	
Napközbeni ellátás: házi gyermekfelügyelet	20 hetes – 18(23)	Házi gyermekfelügyelet	A szolgáltatás tanköteleskor végéig igénybe vehető alapellátási forma.
Személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatások			
Ellátás megnevezése	Életkor	A feladatellátásban résztvevő intézmények	Megjegyzés
Nappali ellátás	3– nincs korhatár	Fogyatékos személyek nappali intézménye, napközi otthon	A korai fejlesztés és a fejlesztő felkészítés lehetőségét biztosítani kell.
Átmeneti ellátás	3– nincs korhatár	Fogyatékos személyek gondozóháza	Egy, legfeljebb két évig vehető igénybe A korai fejlesztés és a fejlesztő felkészítés lehetőségét biztosítani kell.
Tartós bentlakás: lakóotthon	16 (18)– nincs korhatár	Lakóotthon	Felnőttkorúak ellátásában játszik szerepet.
Tartós bentlakás: fogyatékos személyek ápoló, gondozó otthon	1 – nincs korhatár	Fogyatékos személyek otthona (ápolást, gondozást nyújtó otthon)	A kiskorú igénybe vevők részére a korai fejlesztés és a fejlesztő felkészítés lehetőségét biztosítani kell.

Felhasznált és ajánlott szakirodalom

- Gordosné Szabó A. (2004): Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó–Gordosné Szabó A. (2004) (szerk.): Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia. Budapest, Medicina Könyvkiadó – Huszár I. – Kullmann L. – Tringer L. (2000) (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina
- Illyés S. (2000) (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
- Kalmár J. (2007) (szerk.): IME – Információ – Megnövelt Esélyek. Információs füzet súlyosan, halmozottan sértetteket nevelő családoknak. Kézenfogva Alapítvány, Budapest
- Katona F. – Siegler J. (1999) (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Budapest, Osiris Kiadó
- Könczei Gy. (1992): Fogyatékosok a társadalomban. Gondolat Kiadó, Budapest
- Márkus E. (2000): Pedagógiai és szociális rehabilitáció. In Huszár I. – Kullmann L. – Tringer L. (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 22-34
- Márkus E. (2008): Pedagógiai rehabilitáció In Vekerdy Zs. (szerk.): Rehabilitációs orvoslás (munkacím). Medicina Könyvkiadó, Budapest (kézirat, közlés alatt)
- Mesterházi Zs. (2001) (szerk.): Gyógypedagógiai lexikon. Budapest, 2001. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- Várkonyi Á. (1997) (szerk.): A szenzomotoros fejlődés zavarainak korai felismerése. Haynal Imre Egészségügy-dományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest

56

- Várkonyi Á. (2006) (szerk.): „Ismerj meg, ... hogy megérts!” Ismeretek a sajátos nevelési igényű gyermekeketgondozó és nevelő szakemberek és családok részére. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
- Hatályos közoktatási, gyermekvédelmi, szociális, szakképzési törvények, rendeletek www.magyarország.hu

7.2. DEÁKNÉ OROSZ ZSUZSA: FOGLALKOZTATÁSI REHABILITÁCIÓ

Rehabilitációnak nevezzük azt a folyamatot, amelynek célja a tartósan akadályozott személyek képességeinek szinten tartása, fejlesztése, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése.

A szociális foglalkoztatás működtetése és jogszabályi háttere

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben (továbbiakban: Szt.) valamint a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és szociális foglalkoztatási támogatásról szóló 112/2006. (V. 12.) Korm. rendeletben foglaltak szabályozzák a szociális foglalkoztatás rendszerét és feltételeit.

A szociális foglalkoztatást végző intézmény típusa szerint lehet:

- nappali intézmény
- ápolást, gondozást nyújtó intézmény
- rehabilitációs intézmény
- lakóotthon
- átmeneti elhelyezést nyújtó

Az intézmény a foglalkoztatásba bevonhat külső foglalkoztatót:

- 112/2006. (V.12.) Korm. rendelet 1.§ (2) b) foglalkoztató: munkarehabilitáció esetében a szociális intézmény, illetve a nem állami, egyházi fenntartású szociális intézmény esetén az intézmény fenntartója,
- fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetében az intézményi foglalkoztató, vagy a szociális intézménnyel, illetve fenntartóval az ellátottak szociális foglalkoztatására megállapodást kötött személy, szervezet (külső foglalkoztató).

A szociális foglalkoztató intézménynek rendelkeznie kell működési és foglalkoztatási engedéllyel:

A működési engedély tartalmazza:

- Az engedély számát és annak módosításait
- Nyújtott szociális szolgáltatásokat, forma és típus szerint– Engedélyezett férőhelyszámát:
- Integráció típusát:
- Ellátási területét (kistérség, település)
- Az intézmény működésének kezdő időpontját– Kiállító hatóság megnevezését

Foglalkoztatási engedély tartalmazza:

- Kiadás számát
- Szociális foglalkoztatási forma megnevezését
- Szociális foglalkoztatás helyét
- Szociális foglalkoztatás keretében végzett tevékenység megnevezését
- Egyidejűleg foglalkoztatható személyek létszámát
 - Munkarehabilitáció fő
 - Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás fő
- Az engedély jogerőre emelkedésének időpontját
- Kiállító hatóság megnevezését

Telepengedély abban az esetben szükséges, ha a 358/2008. (XII.31.) Korm. rendelet értelmében a foglalkoztató telepengedély köteles tevékenységet folytat.

226/2006. (XI. 20.) Korm. rendelet alapján a szociális foglalkoztatás adatait jelenteni kell az országos nyilvántartásba.

Intézményi dokumentációk:

- Működési engedélynek az alábbi dokumentációt kell tartalmaznia az 188/1999. (XII.16.) Korm. rendelet 2/B. § (2) bekezdése alapján:
- Fenntartó neve, székhelye, adószáma
- Az intézmény neve, székhelye, és - telephely engedélyezése esetén – telephelye

57

- A nyújtott szociális szolgáltatások Szt. szerinti besorolása ellátási forma és típus szerint, továbbá integráció esetén annak típusa

7. Komplex rehabilitáció

- Engedélyezett férőhelyek száma
- Ellátási terület
- Az intézmény működésének – az engedélyező határozat jogerőre emelkedésének időpontjánál nem korábbi– kezdő időpontját
- Egyházi és nem állami fenntartó esetén – ha a fenntartó a szolgáltató által nyújtott szociális szolgáltatásra ellátási szerződést kötött – az ellátási szerződést megkötő helyi önkormányzat, társulás, illetve állami szerv nevét, székhelyét valamint azokat a szociális szolgáltatásokat és férőhelyszámot, amelyekre az ellátási szerződés kiterjed
- Az ellátási szerződés megszűnésének időpontját, ha az ellátási szerződést határozott időre kötötték, – Az intézmény, illetve a telephely ágazati azonosítóját
- Szociális foglalkoztatási engedély (112/2006. (V.12.) Korm. rendelet 3. § (4) bekezdés)

A szociális intézmény adatait felül tartalmaznia kell a foglalkoztatási forma megnevezését telephely ágazati azonosítóját valamint külső foglalkoztató esetén a foglalkoztató adószámát.

- Szociális foglalkoztatási tanúsítvány (112/2006. (V.12.) Korm. rendelet 3.§ (5) bek.

Ezt jól látható helyen kell kifüggeszteni a foglalkoztatás helyszínén.

- Foglalkoztatási szakmai program (3/2006. (V.17.) ICsSzEM rendelet 2.§ (2) bek.) Tartalma:

- Az intézményen belüli foglalkoztatás formái
- A szociális foglalkoztatásban részt vevők száma
- A szociális foglalkoztatás keretében végzett tevékenységek
- A tevékenységekhez kapcsolódóan a szükséges személyi, tárgyi feltételek
- Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetén a munkafolyamatok betanítására vonatkozó fejlesztőprogram te-matikája
- Az előállított termék, illetve szolgáltatás értékesítésének terve
- A szociális foglalkoztatásban részt vevő személy munkavégzés terén történő továbblépéséhez biztosított lehetőségek
- Szabályzatok: (112/2006. (V.12.) Korm. rendelet 2.§ (4) bek. g) pont) – munkavédelmi szabályzat:
- tűzvédelmi szabályzat
- Felelősségbiztosítások (112/2006. (V.12.) Korm. rendelet 2.§ (4) bek. i) - j) pont) – általános felelősségbiztosítás: (amely a munkavégzés során harmadik személynek okozott káreseményre vonatkozóan dologi és testi épségben bekövetkezett kárra terjed ki) – munkaadói felelősségbiztosítás:

(amely a foglalkoztató felelőssége esetén a munkahelyi balesetekre terjed ki)

A foglalkoztatásban résztvevők alkalmassági vizsgálata és annak felülvizsgálata

A szociális foglalkoztatást megelőzően a szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálatot elvégezni. (Szt. 99/B. (3) bek.)

92/2008. (IV.23.) Korm. rendelet 5.§ (2) A szociális foglalkoztatási alkalmassági vizsgálatot az intézményvezető az elhelyezési kérelem beérkezését követően, de a foglalkoztatás tervezett megkezdését megelőzően legalább harminc nappal kezdeményezi.

(3) A gondozási felülvizsgálatot, a szociális foglalkoztatási felülvizsgálatot és az átfogó rehabilitációs felülvizsgálatot (a továbbiakban együtt: felülvizsgálat) az intézményvezető a felülvizsgálatra meghatározott időpontot megelőzően legalább harminc nappal, áthelyezés esetén az áthelyezés kezdeményezését követő nyolc napon belül kezdeményezi.

Munkarehabilitáció

Célja: a szociális intézményben ellátott személy munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése,



1. kép: Dolgozni jó

továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés. Megfelelő kommunikációs elsajátítása, kognitív ismeretek tanulása, gyakorlása, szinten tartása, nagy és finom mozgások fejlesztése, konfliktuskezelés, munkamorál tanulása, munkahelyi viselkedés szabályainak tanulása, gyakorlása, amely alkalmas azon sérült személyek foglalkoztatására, akiknek munkakészsége szűkebb spektrumú, bizonyos részképességeik mégis alkalmassá teszi őket egyszerűbb, sémákra épülő, mechanikusan végezhető feladatok elsajátítására, majd végzésére.

A foglalkoztatási jogviszony keretei

Az 1993. évi III. tv. rendelkezése szerint a munkarehabilitációs foglalkoztatásban résztvevő személlyel, illetve törvényes képviselőjével az intézmény rehabilitációs megállapodást köt.

A megállapodás tartalmazza:

- a munkakör leírását
- időbeosztást, mely napi 4-6, heti 20-30 óra között lehet
- a munkarehabilitációs díj havi összegét, mely nem lehet kevesebb a mindenkori bérminimum időarányos 30%-ánál
- az ellátott szándéknyilatkozatát arra nézve, hogy testi és szellemi képességeihez mérten elvárható módon közreműködik a munkarehabilitációban

Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás

Célja: a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.



A foglalkoztatási jogviszony keretei

Fejlesztő-felkészítő foglalkozás esetén a foglalkoztatott személy (munkavállaló), vagy törvényes képviselője, a foglalkoztató intézménnyel (munkáltatóval) munkaszerződést köt, amely tartalmát tekintve megegyezik a munkaszerződések általá-

2. kép: Én is meg tudom csinálni nos tartalmi és formai követelményeivel, melyre a Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. tv. előírási irányadók, és határozott időre, legfeljebb egy évre köttetik. Ideje legkevesebb napi 4, heti 20 óra, de nem haladhatja meg a napi 8, heti 40 órát.

A megállapodás aláírásánál minden esetben figyelemmel kell lenni a Ptk. 15/A. § (1) bekezdésére:

- 1959. évi IV. tv. (Ptk.) 15/A. § (1) A cselekvőképtelen személy jognyilatkozata - a (2) bekezdésben foglalt kivétellel - semmis; nevében gondnoka jár el. A gondnoknak a véleménynyilvánításra képes gondnokolt kívánságát, kéréseit - pl. a tartózkodási helyére vonatkozóan - a döntések meghozatala előtt meg kell hallgatnia és lehetőség szerint figyelembe kell vennie.

Mindkét foglalkoztatási formánál feladat

- A felhasznált alapanyagokkal való megismerkedés elméleti és gyakorlati szinten.
- A munkaeszközök bemutatása, használatának elsajátíttatása munka-, balesetvédelmi szempontok kiemelése, elsajátíttatása.
- Az adott tevékenység munkafázisokra, illetve részfeladatokra bontása.
- Egy adott tevékenység megtanítása a fokozatosság elve szerint haladva, az egyszerűbbtől a bonyolultabb feladatok felé haladva. Az így megtanult munkafázisok egymásra építése.
- A segítség fokozatos csökkentésével minél nagyobb önállóság elérése. Legmagasabb cél egy teljes munkafolyamat önálló végzése.
- A munkafolyamatok tervezésének különböző szintjére való eljutás.
- A betanítás folyamatával párhuzamosan a foglalkoztatott személy szociális készségeinek fejlesztése is hangsúlyt kap a munkatársakkal való helyes viszony kialakítása, a vezetők irányításának elfogadása, váratlanul adódó problémák kezelése, kreativitás a munkavégzésben és a munkahelyi kapcsolatokban.

A segítő feladata annak érdekében, hogy a foglalkoztatás hatékony legyen:

- Az adott munkafolyamatok irányítása, szervezése, a foglalkoztatottak életkorának, egészségi és mentális állapotának figyelembe vételével.

59

- A foglalkoztatottak képességeinek kibontakoztatása és sokoldalú fejlesztése.
- Koordinálja a szükséges anyagok beszerzését, megszervezi a napi tevékenységet.
- Vezeti a szükséges adminisztrációt.
- Részt vesz a foglalkoztatási terv kialakításában, javaslatot tesz az ellátott képességeinek megfelelő foglalkoztatási formára.
- A munkavégzés során fenntartja a foglalkoztatottak motivációját, részükre mentális, segítő szolgáltatásokat nyújt.

A tárgyi feltételeket a 3/2006. (V.17.) ICsSzEM rendelet 4. § valamint 3/2002. (II.8.) SzCsM-EüM rendelet tartalmazza

7. Komplex rehabilitáció

A személyi feltételeket 3/2006. (V.17.) ICsSzEM rendelet tartalmazza:

- segítő: 15 fő foglalkoztatottként 1 fő
A szociális foglalkoztatásban segítőként az vehet részt, aki legalább középfokú végzettséggel és a foglalkoztatott által végzett munka jellegének megfelelő szakismerettel, vagy gyógypedagógiai asszisztensi, gyógyfoglalkoztató szakasszisztensi képzettséggel rendelkezik.
- foglalkoztatási koordinátor: 30 fő foglalkoztatott felett 1 fő
A szociális foglalkoztatásban foglalkoztatás-koordinátorként az vehet részt, aki legalább középfokú gazdasági, közgazdasági, kereskedelmi szakirányú végzettséggel rendelkezik.

A munkavégzés terén történő továbblépés lehetősége

A szociális foglalkoztatás egymásra épülő lépcsőfokai:

- munkarehabilitáció
- fejlesztő-felkészítő foglalkozás
- védett külső munkahely
- félvédett külső munkahely
- nyílt munkaerőpiac

Az egyes szintek nyitottak, mindkét irányban átjárási lehetőség biztosított, mely a fejlesztő folyamat hatására az egyre magasabb szintek elérését teszi lehetővé.

7.3. DR. KOVÁCS ZSOLT: A KÖZÖSSÉGI FOGLALKOZTATÁSPOLITIKA

7.3.1. A közösségi szintű foglalkoztatáspolitikai kialakulása

Bár a munkavállalók szabad áramlása gyakorlatilag a Közösség létrejöttétől kezdve lényeges eleme volt a közösségi gondolatnak, átfogó, stratégiaileg megalapozott foglalkoztatáspolitikai gondolkodásról csak a 90-es évek első felétől beszélhetünk, amikor a tagállamok felismerték azt, hogy néhány közös probléma egyaránt jelen van az egyes országok munkaerőpiaci folyamataiban. Mintegy 40 éven keresztül – bár a Közösséget létrehozó gazdasági érdekhez szorosan kapcsolódó területről van szó – egységesen nem próbálták meg a tagállamok kezelni az „európai” munkaerőpiacon felmerülő jelenségeket.

Másik vetületből nézve látni fogjuk, hogy ugyan a foglalkoztatáspolitikai egy elkülönült szabályrendszert alkot az Unió rendszerében mind szabályozási, mind támogatási oldalról, mégis nagyon sok ponton kapcsolódik a szociális ügyekhez, az esélyegyenlőségi dimenzióhoz – ezt a lisszaboni folyamat kapcsán már áttekintettük. Ezt a kapcsolódást különösen megerősítette a lisszaboni folyamat, annak is elsődlegesen a 2005-től „felújított” verziója. Tehát bár beszélünk önálló foglalkoztatáspolitikáról, a valóságban egyre nehezebb meghúzni a határokat a szociális – foglalkoztatáspolitikai – esélyegyenlőség dimenziói között. Egyre inkább összefüggő, egységes, céljaiban és stratégiájában összehangolt közösségi szintű fellépésről beszélhetünk ezen a területen, amely mindegyik szakterület eszközeit igyekszik felhasználni. Emellett a foglalkoztatáspolitikai egyben mintegy „átvezető” szerepet is kap a szociális-társadalmi és a gazdasági dimenzió között a Közösségen belül, nagyon sok ponton hangsúlyozva a „szolidaritás” és a „versenyképesség” összekapcsolásának szükségességét.

Amint említettük bár egyes elemek korábban is megjelentek a Közösség szakpolitikái között, valójában „a foglalkoztatás kérdésköre a kilencvenes évek elején került az Európai Unió politikái, döntéshozó fórumainak állandó témái közé.”⁷

Az, hogy az Unió komolyabb figyelmet szentelt a foglalkoztatáspolitikának, összefüggésben van azzal, hogy a 90-es évek elején „stabilizálódtak” azok a munkaerőpiaci jelenségek – magas munkanélküliség, tartós munkanélküliség, mint jelenség, a pályakezdekők munkanélkülisége, a női munkavállalók munkaerőpiaci problémái –

amelyek szinte minden akkori tagállamban – többé-kevésbé – megjelentek, s igényelték, hogy a tagállamok egy szorosabb viszonyt alakítsanak ki ezen problémák kezelésében. A folyamat eredményeként ma már elválík egymástól a „közösségi foglalkoztatáspolitikai” szintje és a „tagállami foglalkoztatáspolitikai” szintje. A közösségi foglalkoztatáspolitikai elsődlegesen közvetetten hat a munkaerőpiaci szereplők helyzetére (munkavállalók, munkaadók, érdekképviseleti szervezetek), szerepe a tagállami foglalkoztatáspolitikák koordinálása. Ugyanakkor az alapvető kérdések és hatáskörök a tagállami foglalkoztatáspolitikai keretén belül jelennek meg, közvetlenül befolyásolva a munkaerőpiaci szereplő helyzetét. Már korábban említettük, hogy a maastrichti szerződés keretében a Közösség már szeretett volna egy egységes stratégiát

⁷ Nagy Katalin: Az Európai Unió foglalkoztatáspolitikája: Az Európai Foglalkoztatási Stratégia – In.: Foglalkoztatáspolitikai az Európai Unióban, SzCsM, 2000.

megvalósítani a szociális-foglalkoztatáspolitikai területén, ez azonban több tényező eredőjének következtében gyakorlatilag eredménytelen maradt. Ugyanakkor az egyes szakpolitikák megkezdtek önálló fejlődésüket, s nem volt ez másképp a foglalkoztatáspolitikával sem. 1993-ban a Közösség kiadta a „Foglalkoztatás, növekedés, versenyképesség” c. Fehér Könyvét, amelyben már szerették volna a szociális helyzet javítására felhasználni az egységes belső piac addigra kivívott előnyeit. Ezt követően az 1994-es ún. „Esseni következtetések” meghirdetése jelentett fordulópontot, 1994-ben.

Az esseni döntésnek 5 fontos kulcsterülete volt:

- a munkaerő foglalkoztatási lehetőségeinek javítása a szakképzés fejlesztésével,
- a növekedés foglalkoztatásintenzív jellegének növelése,
- a közvetett munkaerőköltségek csökkentése,
- a munkaerőpiaci politikák hatékonyságának javítása, és a munkanélküliség által különösen sújtott rétegek támogatása.

Az egységes foglalkoztatáspolitikai kereteit az Amszterdami Szerződés alapozta meg. A szerződés egyéb céljait tekintve – különösen az intézményi reformot illetően – eléggé hatástalan maradt, viszont a foglalkoztatáspolitikai, mint közösségi szakpolitika szempontjából meghatározó szerepet játszik. Az Alapító Szerződések a következő fontos szabályokat tartalmazzák a foglalkoztatáspolitikai fejezet tekintetében:

„A tagállamok és a Közösség az Európai Unióról szóló szerződés 2. cikkében, valamint az e szerződés 2. cikkében meghatározott célkitűzések megvalósítása érdekében e címnek megfelelően egy összehangolt stratégia kialakítására törekednek a foglalkoztatás, és különösen a szakképzett, képzett és alkalmazkodásra képes munkaerő, valamint a gazdasági változásokra reagálni képes munkaerőpiacok fejlesztése terén.”⁸

A Szerződés 126. cikke megerősíti, hogy „A tagállamok foglalkoztatáspolitikájuk révén hozzájárulnak a 125. cikkben említett célkitűzések eléréséhez olyan módon, amely összhangban áll a tagállamok és a Közösség gazdaságpolitikájának a 99. cikk (2) bekezdése alapján elfogadott átfogó iránymutatásaival.” Ezzel mintegy alátámasztja, hogy a közös foglalkoztatáspolitikai szoros kapcsolatban áll a gazdasági célkitűzésekkel, s nem lehet olyan stratégia meghatározása, amely ne lenne összhangban a gazdaságpolitika céljaival.

A Közösség az alábbi célt tűzi ki a közösségi szintű foglalkoztatáspolitikai céljának megfogalmazásakor:

- „(1) A Közösség hozzájárul a foglalkoztatás magas szintjéhez azáltal, hogy bátorítja a tagállamok közötti együttműködést, támogatja és szükség esetén kiegészíti tevékenységüket. Ennek során tiszteletben tartja a tagállamok hatáskörét.
- (2) A közösségi politikák és intézkedések meghatározásánál és végrehajtásánál figyelembe kell venni a foglalkoztatás magas szintjének célkitűzését.”⁹

Két lényeges megállapítása van a fenti rendelkezésnek:

- egyrészt a Közösség megfogalmazta, hogy a foglalkoztatáspolitikával kapcsolatos hatásköröket elsődlegesen a tagállamok gyakorolják, a közösségi foglalkoztatáspolitikai csak ezek támogatását jelenti,
- másrészt ez a támogatási, ösztönzési jelleg a koordinációs mechanizmus alapját is jelenti, amelyre a közösségszintű foglalkoztatáspolitikai épül.

Látható, hogy az egyik kulcsfontosságú célkitűzés a „foglalkoztatás magas szintje”, mely a későbbiekben több, közösségi szintű dokumentumban is szerepel.

A közösségi foglalkoztatáspolitikai koordinációs mechanizmusa egy folyamatot mutat, melyet a következőképpen szabályoz a Szerződés:

„(1) A Tanács és a Bizottság által készített együttes éves jelentés alapján az Európai Tanács évente megvizsgálja a foglalkoztatottság helyzetét a Közösségben, és következtetéseket fogad el arra vonatkozóan.

(2) Az Európai Tanács következtetéseiből kiindulva a Tanács a Bizottság javaslata alapján és az Európai Parlamenttel, a Gazdasági és Szociális Bizottsággal, a Régiók Bizottságával és a

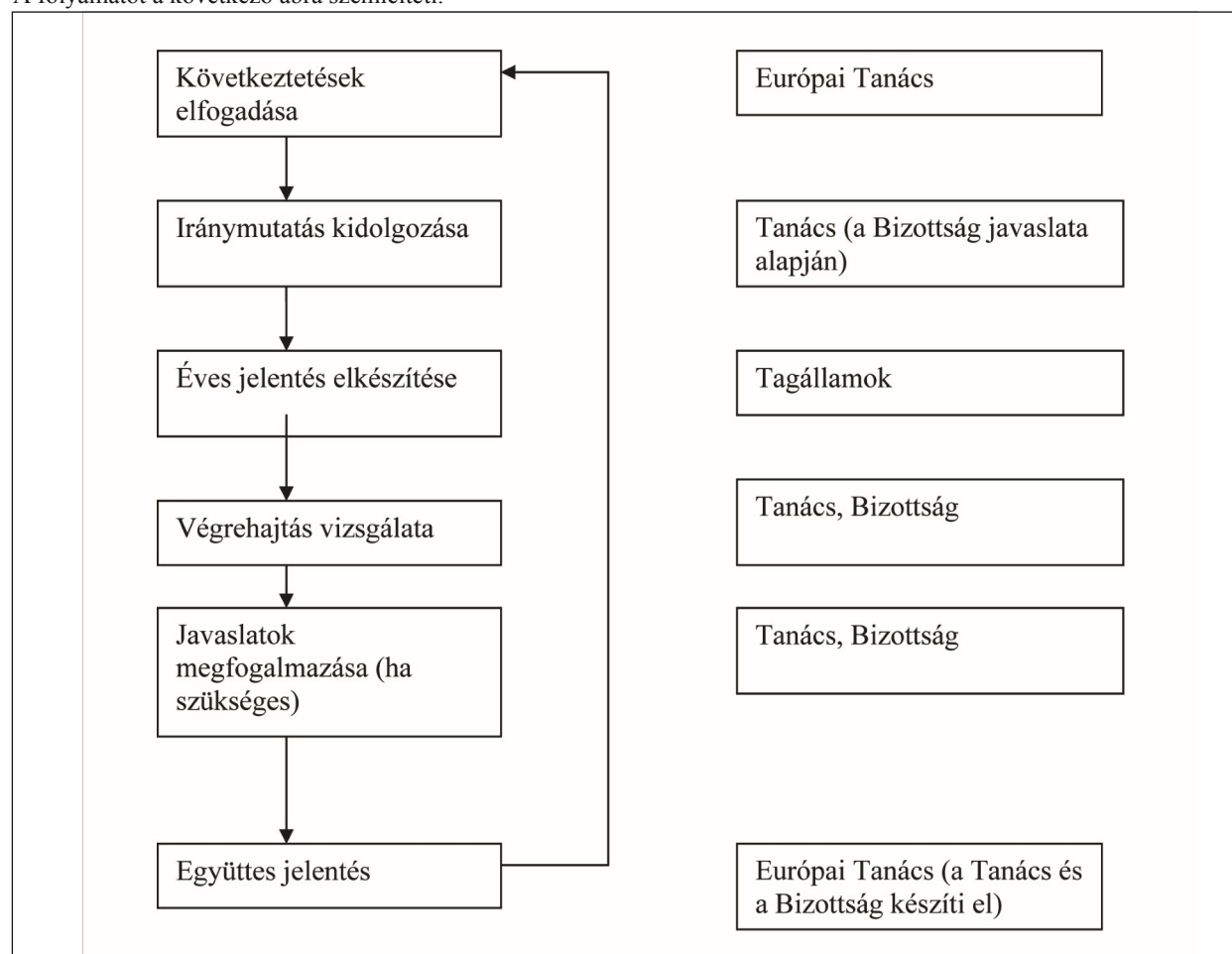
⁸ Szerződés az Európai Közösség létrehozásáról 125.cikk – egységes szerkezetbe szerkesztett változat. Forrás: www.irm.hu

⁹ Szerződés az Európai Közösség létrehozásáról 127.cikk – egységes szerkezetbe szerkesztett változat. Forrás: www.irm.hu

7. Komplex rehabilitáció

- (...) Foglalkoztatási Bizottsággal folytatott konzultációt követően minősített többséggel évente iránymutatásokat dolgoz ki, amelyeket a tagállamok foglalkoztatáspolitikájukban figyelembe vesznek. Ezeknek az iránymutatásoknak összhangban kell állniuk a 99. cikk (2) bekezdése alapján elfogadott átfogó iránymutatásokkal.
- (3) Minden tagállam éves jelentést nyújt be a Tanácsnak és a Bizottságnak azokról a főbb intézkedésekről, amelyeket a (2) bekezdésben említett foglalkoztatási iránymutatások fényében a foglalkoztatáspolitikája végrehajtása céljából hozott.
- (4) A Tanács a (3) bekezdésben említett jelentések alapján és a Foglalkoztatási Bizottság véleményének kézhezvételét követően a foglalkoztatási iránymutatások fényében évente megvizsgálja a tagállamok foglalkoztatáspolitikájának végrehajtását. A Tanács a Bizottság ajánlása alapján, minősített többséggel ajánlásokat tehet a tagállamok számára, amennyiben ezt a vizsgálat nyomán célszerűnek tartja.
- (5) A vizsgálat eredményei alapján a Tanács és a Bizottság együttes éves jelentést készít az Európai Tanács számára a Közösség foglalkoztatási helyzetéről és a foglalkoztatási iránymutatások végrehajtásáról.”¹⁰

A folyamatot a következő ábra szemlélteti:



3. táblázat: A közösségi foglalkoztatáspolitikai feladata az Amszterdami Szerződés alapján (a szerző rajza)

A Szerződés 129. cikke alapján a foglalkoztatáspolitikai koordináció elemei a következők:

- a tagállamok közötti együttműködés bátorítása,
- az információk és a bevált gyakorlatok cseréjének fejlesztése,
- összehasonlító elemzések és tanácsok szolgáltatása,
- az innovatív megközelítések támogatása és a tapasztalatok kiértékelése, különösen kísérleti projektek útján.

A közösségi szintű foglalkoztatáspolitikai hatékonyabb megvalósítása érdekében „a Tanács az Európai Parlamenttel folytatott konzultációt követően létrehozta a tanácsadói jogkörrel rendelkező Foglalkoztatási Bizottságot annak érdekében, hogy elősegítse a tagállamok közötti koordinációt a foglalkoztatási és munkaerő-piaci politikák területén.

¹⁰ Szerződés az Európai Közösség létrehozásáról 128.cikk – egységes szerkezetbe szerkesztett változat. Forrás: www.irm.hu

A Bizottság a következő feladatokat látja el:

- figyelemmel kíséri a foglalkoztatási helyzetet és a foglalkoztatáspolitikát a tagállamokban és a Közösségben;
- a (...) Tanács vagy a Bizottság kérésére vagy saját kezdeményezésére véleményeket dolgoz ki, és hozzájárul a Tanács 128. cikkben említett tevékenységének előkészítéséhez.
- Feladatának teljesítése során a bizottság konzultál a szociális partnerekkel.
- Minden egyes tagállam és a Bizottság két-két bizottsági tagot nevez ki.”

A Foglalkoztatáspolitikai Bizottság tehát egy olyan szakértői, tanácsadói testület, amely specifikusan a foglalkoztatáspolitikai tekintetében segíti a Tanács munkáját.

II. A luxemburgi folyamat elindítása és továbbfejlesztése, kapcsolata a lisszaboni folyamattal

Az Amszterdami Szerződés elfogadását követően 1997 novemberében került sor az első, 1998-ra vonatkozó foglalkoztatáspolitikai iránymutatások kidolgozására. Ezzel indult el az ún. „luxemburgi folyamat”, amely időben megelőzte a lisszaboni folyamatot, azonban eszközrendszerében, módszereiben, céljaiban a később induló lisszaboni folyamat sokat merített ennek az eredményeiből. Különösen hangsúlyozni kell a koordinációs mechanizmus szerepét a tagállamok közötti együttműködés erősítése szempontjából. A Közösségnek meg kellett találni az egyensúlyt a tagállamok hatáskörének védelme és a közösségi fellépés, stratégia elfogadása között. Ennek eredménye a koordinációs mechanizmus, mely inkább közvetett, indirekt módon próbálja a tagállamok jogrendjében a szociális és foglalkoztatási jogalkotást közelíteni egymáshoz. A luxemburgi folyamatban első alkalommal négy foglalkoztatáspolitikai iránymutatás kidolgozására került sor, melyek a következők voltak:

- a foglalkoztathatóság növelése,
- a vállalkozóképesség erősítése,
- az alkalmazkodóképesség fejlesztése,
- a nők és a férfiak közötti esélyegyenlőség előmozdítása.

A luxemburgi csúcs igen heves vitát hozott abból a szempontból, hogy konkrét, számszerűsíthető célok kitűzésre kerüljenek-e, végül is elvetették ezt a törekvést. Így a kitűzött iránymutatások csak stratégiai célokat jelenítettek meg, de a későbbiekben látni fogjuk, hogy fokozatosan mégis csak megjelennek egyes kérdések tekintetében (különösen a foglalkoztatottság szintje esetében) konkrét, számszerűsített célok.

A luxemburgi folyamat továbbfejlesztése eredményezte az ún. „Európai Foglalkoztatási Paktum” létrehozását, melyről 1999-ben Kölnben döntöttek („kölni folyamat”). Ebben nagyobb hangsúlyt helyeztek a foglalkoztatáspolitikai gazdasági vetületére, céljai elsősorban a gazdaságpolitika oldaláról jelentősek, melyet három fő célban foglaltak össze:

- a gazdaságpolitika egyes területeinek, a költségvetés-, a bér-, és a monetáris politikák közötti kölcsönhatás ja-vitása,
- a foglalkoztatáspolitikai koordináció folyamatos és hatékony végrehajtása,
- a versenyképesség növelése, az áru-, a tőke-, és a szolgáltatások piacának megerősítése.

A lisszaboni folyamat szervesen illeszkedik abba a struktúrába, stratégiai célrendszerbe, melyet a gazdasági növekedés érdekében a foglalkoztatáspolitikai területén kialakítottak. Bár – amint láttuk az előzőekben – elsődlegesen a szegénység elleni fellépésként ismert, kiindulási alapját mégis a következő általános politikai célok határozzák meg:

- az EU dinamikus, tudásra alapozott és befogadó, nyitott gazdaságot teremtsen,
- felgyorsuló és fenntartható gazdasági növekedés elérése,
- a teljes foglalkoztatottság elérése,
- a szociális jóléti rendszerek modernizációja.

Jól látható tehát, hogy a lisszaboni folyamat tágabb alapokról indul ki, ugyanakkor azokat az eredményeket és célokat, melyeket a luxemburgi folyamat elindított, szervesen beépítette célrendszerébe és innentől kezdve szorosan összekapcsolódnak még akkor is, ha eszközeik, végrehajtásuk elkülönül egymástól.

III. A foglalkoztatáspolitikai iránymutatások és a hangsúlyok változása az elmúlt években

A foglalkoztatáspolitikai iránymutatások aktuális változata a 2005-2008-as évekre vonatkozóan mutatja be, hogy milyen prioritásai vannak a közösségi fellépésnek ezen a területen. A vonatkozó tanácsi határozat egyértelműen megfogalmazza, hogy milyen szerepe van az iránymutatásoknak a lisszaboni folyamat végrehajtásában a következők szerint:

„A foglalkoztatási iránymutatások és az átfogó gazdaságpolitikai iránymutatások integrált csomagjának bemutatása hozzájárul a lisszaboni stratégiának a növekedés és foglalkoztatás irányába történő újbóli meghatározásához. Az európai foglalkoztatási stratégiának vezető szerepe van a lisszaboni stratégia foglalkoztatásra irá-

7. Komplex rehabilitáció

63

nyuló célkitűzéseinek a végrehajtásában. A társadalmi kohézió erősítése a lisszaboni stratégia sikeréhez is alapvető fontosságú. Az európai foglalkoztatási stratégia sikere pedig, a szociális menetrendben meghatározottak szerint, hozzájárul a társadalmi kohézió növeléséhez.”¹¹

2005-ben a következő iránymutatások kialakítására került sor a foglalkoztatáspolitikai iránymutatások tekintetében: „A teljes foglalkoztatás elérésére, a munka minőségének és termelékenységének javítására és a társadalmi és területi kohézió megerősítésére irányuló foglalkoztatáspolitikák végrehajtása

- A munka életciklus-alapú megközelítésének elősegítése
- Befogadó munkaerőpiac biztosítása, a munka vonzóvá és kifizetődővé tétele az álláskereső – köztük a hátrányos helyzetűek – és az inaktívak számára
- A munkaerő-piaci igények összehangolásának javítása
- A rugalmasságnak a foglalkoztatás biztonságával együtt járó elősegítése és a munkaerőpiac szegmentálódásának csökkentése, kellő figyelemmel a szociális partnerek szerepére
- A foglalkoztatás barát munkaerőköltség-fejlesztés és bérszabályozó mechanizmusok biztosítása
- A humán erőforrás terén tett befektetések kiterjesztése és javítása
- Az oktatási és képzési rendszereknek az új munkahelyi körülményekre figyelemmel történő kiigazítása

IV. A tagállamok foglalkoztatáspolitikáira vonatkozó iránymutatások

A tagállamok, a szociális partnerekkel együttműködve, az alábbiakban meghatározott fellépés célkitűzéseinek és prioritásainak végrehajtására figyelemmel alakítják politikáikat. A lisszaboni stratégiát tükrözve, a tagállamok politikái – kiegyensúlyozott módon – az alábbiakat segítik elő:

- Teljes foglalkoztatás: a teljes foglalkoztatás elérése, valamint a munkanélküliség és az inaktivitás csökkentése a munkaerő-kereslet és -kínálat növelésével létfontosságú a gazdasági növekedés fenntartásához és a társadalmi kohézió megerősítéséhez.
- A munka minőségének és termelékenységének növelése: a foglalkoztatás növelésére irányuló erőfeszítések nem választhatók el a munkahelyek vonzóbbá tételének, a munka minőségének és a munkatermelékenység növelésének a javításától, illetve a „dolgozó szegények” arányának csökkentésétől. A munka minősége, a termelékenység és a foglalkoztatás közötti szinergiákat teljes mértékben ki kell használni.
- A szociális és a területi kohézió erősítése: határozott fellépésre van szükség a társadalmi integráció erősítésére, a munkaerőpiacról való kizárás megakadályozására és a fogyatékkal élők foglalkoztatási integrációjának támogatására érdekében, illetve a foglalkoztatás, a munkanélküliség és a munka termelékenysége regionális különbségeinek csökkentése érdekében, különösen a hátrányos helyzetű régiókban.”¹²

Itt is nagyon jól látható, hogy a három alapvető cél a lisszaboni folyamat eredményeként és azzal összhangban került megfogalmazásra, a szociális és foglalkoztatási dimenzió összekötésével. A közösségi foglalkoztatáspolitikai stratégia nagyon erős törekvése, hogy a szegénység elleni fellépés egyik fő kitűzése a „munka kifizetődővé tétele” legyen, s ebben az alapelvben – többek között – tükröződik az is, hogy a szegénység elleni hatékony küzdelem fontos eleme a munkavállalás ösztönzése, a segélyekkel szemben a munkavégzés prioritásának megfogalmazása, s a munkavégzés, a foglalkoztatás biztosítása a szegénységből kivezető egyik legfontosabb alternatíva.

Hasonló elveken nyugszik – egyes részleteiben ugyan módosítva – a 2008-2010 közötti iránymutatások tervezetének megfogalmazása is a következők szerint:

- a teljes foglalkoztatottság elérésének végrehajtása, a munka minőségének és hatékonyságának javítása, a területi és társadalmi kohézió erősítése,
- a munka végzésének életciklus alapú megközelítése,
- befogadó munkaerőpiac kialakítása, a munka vonzóvá tétele és a munka kifizetődővé tétele különösen a fogyatékos emberek és az inaktív személyek részére,
- a munkaerőpiaci szükségleteknek megfelelő feltételek kialakítása,
- a rugalmasság erősítése, a munkahelyi biztonság megerősítésével, a munkaerőpiaci szegmentáció csökkentése, a szociális partnerek bevonásával,
- munkavállaló-barát környezet megteremtése, különösen a munkaerőköltségek és a fizetések feltételeinek javításával,
- a humán erőforrásba történő befektetések erősítése, ösztönzése,
- a munkaerőpiac kihívásainak megfelelő képzési és szakképzési rendszerek működtetése, kialakítása.”¹³

11 A TANÁCS HATÁROZATA (2005. július 12.) a tagállamok foglalkoztatáspolitikáira vonatkozó iránymutatásokról (2005/600/EK) – bevezetés (3)

12 A TANÁCS HATÁROZATA (2005. július 12.) a tagállamok foglalkoztatáspolitikáira vonatkozó iránymutatásokról (2005/600/EK) – Melléklet

13 COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE SPRING EUROPEAN COUNCIL - INTEGRATED GUIDELINES FOR GROWTH AND JOBS (2008-2010) including a proposal for a COUNCIL DECISION on guidelines for the employment policies of the Member States (under Article 128 of the EC Treaty)

V. A rugalmas biztonság (flexicurity) fogalma

A munkaerőpiaci folyamatok bonyolultsága, a gazdasági és a szociális szakpolitikákkal való kapcsolat igényli, hogy a foglalkoztatáspolitikai területén a versenyképesség és a szolidaritás egyége megvalósuljon. Ez szükségszerűen maga után vonja, azt, hogy miközben a munkaerőpiaci kínálatnak kellően rugalmasnak kell lennie, addig a biztonság kritériumainak is teljesülniük kell. Ezt az elvárást fogalmazza meg a „rugalmas biztonság” kifejezés¹⁴, amely egy új filozófiát teremt a közösségi foglalkoztatáspolitikai tekintetében. A rugalmas biztonság elveiről szóló közösségi dokumentum az alábbiakban fogalmazza meg az európai munkaerőpiacok előtt álló kihívásokat: „Európában napjainkban rohamos változás megy végbe az életmód és foglalkoztatás terén.”

A változások okai közül négyet lehet kiemelni:

- az európai és nemzetközi gazdasági integrációt; új technológiák kifejlesztését, elsősorban az információ és kommunikáció területén;
- az európai társadalmak demográfiai elöregedését,
- a viszonylag alacsony mértékű átlagos foglalkoztatási aránnyal és a nagyarányú hosszú távú munkanélküli-séggel együtt, amely veszélyezteti a társadalmi védelmi rendszerek fenntarthatóságát;
- a szegmentált munkaerőpiac kialakulását több országban is, ahol egymás mellett találhatók viszonylagos védelemmel rendelkező és kiszolgáltatott munkavállalók (úgynevezett „bennfentesek” és „kívülállók”).¹⁵

Ezen kihívások kezelése a Lisszaboni Stratégia egyik legfontosabb célja, amelyben az új alapelvek érvényesítése jelentős előrelépést eredményezhet. A dokumentum az alábbiakban határozza meg a rugalmas biztonság fogalmát: „A rugalmas biztonság olyan integrált stratégia, amely egyidejűleg irányul a munkaerőpiaci rugalmasság és biztonság erősítésére. A rugalmasság ezzel szemben az egyén sikeres alkalmazkodásait (váltások) jelenti élete során; az iskolapadból a munkahelyre, egyik munkahelyről a másikra, munkanélküli vagy inaktív időszakból új munkahelyre, és a munkahelyről nyugdíjba. A rugalmasság nem csupán azt jelenti, hogy a vállalatok szabad kezet kapnak a felvétel és elbocsátás kérdésében, és azt sem jelenti, hogy a határozatlan idejű szerződések korszerűtlenné váltak. A rugalmasság a munkavállalók pályáján bekövetkező haladás sorozata jobb munkahelyekre, felfelé irányuló mobilitás, és a tehetség legoptimálisabb kibontakoztatása. A rugalmasság emellett rugalmas munkaszervezést, az új produktív szükségletek és készségek gyors és eredményes elsajátítását, valamint a munkahelyi és magánéleti kötelezettségek egyensúlyban tartásának elősegítését jelenti. A biztonság sem kizárólag annak biztonságát jelenti, hogy a munkavállaló nem veszti el állását: lényege az, hogy a munkavállalók rendelkezzenek az ahhoz szükséges készségekkel, hogy szakmai előmenetelt érjenek el, és könnyen találjanak új munkát. A biztonsághoz tartoznak a váltásokat megkönnyítő munkanélküli ellátások. Végezetül beletartoznak a valamennyi munkavállaló – különösen az alacsony képzettségűek és az idősebbek – számára biztosított képzési lehetőségek.

A vállalkozások és a munkavállalók így mind a rugalmasság, mind a biztonság előnyeiből részesülhetnek, amilyen pl. a jobb munkaszervezés, az elsajátított készségek hatására bekövetkező felfelé irányuló mobilitás, a képzésbe való beruházás, amely kifizetődő a vállalkozások számára, a munkavállalókat pedig segíti a változáshoz való alkalmazkodásban, illetve a változás elfogadásában.”¹⁶

A rugalmas biztonság elve tehát kínálja a munkaerő-piaci mobilitás lehetőségét, ugyanakkor az egyéneket is ösztönzi arra, hogy maguk váljanak részesévé az aktív munkaerő-piaci folyamatoknak. A munkavállalás ciklikus megközelítése magában foglalja a tényleges szükségletekhez való igazodást és így a passzív munkavállalói magatartás visszaszorítását is.

A dokumentum a rugalmas biztonság tartalmát az alábbiak szerint határozza meg:

- „Rugalmas és megbízható szerződéses rendelkezések (a munkaadó és a munkavállaló, a „bennfentesek” és a „kívülállók” szempontjából) korszerű munkaügyi törvények, kollektív szerződések és munkaszervezés által;
- Az egész életen át tartó tanulásra irányuló átfogó stratégiák a munkavállalók – különösen a leginkább kiszolgáltatott csoportok – folyamatos alkalmazkodóképességének és foglalkoztathatóságának biztosítására;
- Eredményes aktív munkaerő-piaci politikák, amelyek segítenek a gyors változással való szembenézésben, le-rövidítik a munkanélküli időszakokat és megkönnyítik az új munkahely találasáig tartó átmenetet;
- Korszerű szociális biztonsági rendszerek, amelyek megfelelő jövedelemtámogatást nyújtanak, elősegítik a foglalkoztatást és a munkaerő-piaci mobilitást. Ide tartozik a szociális védelmi rendelkezések nagy része (munkanélküli ellátások, nyugdíj, egészségügyi ellátás), amelyek lehetőséget nyújtanak a munkavállalóknak a munkahelyi és magánéleti, családi kötelezettségek (pl. gyermeknevelés) kiegyensúlyozására.”

¹⁴ A kifejezés a flexibility és a security kifejezések összevonásával keletkezett – (a szerző)

¹⁵ A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK, A TANÁCSNAK, AZ EURÓPAI GAZDASÁGI ÉS SZOCIÁLIS BIZOTTSÁGNAK ÉS A RÉGIÓK BIZOTTSÁGÁNAK A rugalmas biztonság közös elveinek kidolgozása felé: több és jobb munkahely a rugalmasságon és biztonságon keresztül, Brüsszel, 27.06.2007, COM(2007) 359 végleges

¹⁶ A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK, A TANÁCSNAK, AZ EURÓPAI GAZDASÁGI ÉS SZOCIÁLIS BIZOTTSÁGNAK ÉS A RÉGIÓK BIZOTTSÁGÁNAK A rugalmas biztonság közös elveinek kidolgozása felé: több és jobb munkahely a rugalmasságon és biztonságon keresztül, Brüsszel, 27.06.2007, COM(2007) 359 végleges

7. Komplex rehabilitáció

65

A fejezetben használt alapfogalmak:

- közösségi foglalkoztatáspolitikai, tagállami foglalkoztatáspolitikai
- Fehér Könyv
- esseni prioritások
- koordinációs mechanizmus
- luxemburgi folyamat
- foglalkoztatáspolitikai iránymutatások
- foglalkoztatásintenzív növekedés
- Európai Foglalkoztatási Paktum
- kölni folyamat
- rugalmas biztonság

A fejezethez kapcsolódó értelmező kérdések a résztvevők részére:

1. Milyen munkaerőpiaci tendenciák igényelték a közösségi foglalkoztatáspolitikai kialakítását?
2. Milyen tipikus, közös munkaerőpiaci problémák jelennek meg a tagállamokban?
3. Milyen hatása van a szegénység alakulására a munkaerőpiaci helyzetnek, státusznak?
4. Milyen eszközökkel próbálja a Közösség segíteni a tagállamok szakpolitikáit?
5. A szociális munkásoknak milyen kihívásokkal kell szembenéznük a munkaerőpiaci folyamatok hatásaként?
6. Milyen eszközökkel segíthetik a szociális munkások a munkaerőpiaci változások hatásait az egyének tekintetében?
7. Milyen negatív hatásai lehetnek az inaktív munkaerőpiaci státusznak?
8. Eddigi ismeretei alapján más EU-s tagállamokban milyen konkrét foglalkoztatáspolitikai konfliktusokról hallott, olvasott?
9. Milyen jelentősége van a rugalmas biztonság a munkaerőpiaci folyamatok befolyásolásában?
10. Mennyire látja reálisnak a hazai társadalomban a rugalmas biztonság megvalósítását?

7. Komplex rehabilitáció

8.

Esélyegyenlőség a gyakorlatban

Deákné Orosz Zsuzsa

KOMPLEX AKADÁLYMENTESÍTÉS

A szociális szakemberek nap, mint nap szembesülnek azokkal a jelenségekkel, hogy az emberek egy csoportja azért rekesztődik ki a társadalomból, mert környezetük nem teszi lehetővé, hogy eljussanak különböző közintézményekbe, munkahelyre, iskolába, vagy ha eljutnak, ott az épületek belső kialakítása jelent akadályt számukra.



1. kép: Kirekesztve



2. kép: Akadálymentes tömegközlekedés

A környezeti akadályok mellett nehézséget jelenthet a fogyatékos emberekkel való kommunikáció is. Mit tehet ezellen – kompetencia határait betartva – a szociális szakember?

Az elsődleges kiinduló pont, hogy önmaga ismereteket szerezzen az akadálymentesítésről, másodsorban pedig minden adott helyzetben felhívja a döntéshozók figyelmét, a komplex akadálymentesítés elvének érvényesülésére.

Az alábbiakban röviden áttekintjük azokat a legfontosabb elveket és gyakorlati megoldásokat, amelyek hozzájárulnak ahhoz, hogy a környezet ne akadály, hanem segítője legyen a fogyatékos és a nem fogyatékos embereknek egyaránt:

- egyenlő esélyű hozzáférés
- akadálymentesség
- komplex akadálymentesítés



3. kép: Számomra itt nincs akadály !

Egyenlő esélyű hozzáférés

Az 1998. évi XXVI. tv. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény illetve annak 2007. évi módosítása előírja a közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférést.

A törvény megfogalmazását idézve, nézzük meg mit is jelent ez: „egyenlő esélyű hozzáférés: a közszolgáltatás egyenlő eséllyel hozzáférhető akkor, ha igénybevétele – az igénybevevő állapotának megfelelő önállósággal – mindenki, különösen a mozgási, látási, hallási, mentális és kommunikációs funkciókban sérült emberek számára

8. Esélyegyenlőség a gyakorlatban – Deákné Orosz Zsuzsa

dálymentes, kiszámítható, értelmezhető és érzékelhető; továbbá az az épület, amelyben a közszolgáltatást nyújtják, mindenki számára megközelíthető, a nyilvánosság számára nyitva álló része bejárható, vészhelyzetben biztonsággal elhagyható, valamint az épületben a tárgyak, berendezések mindenki számára rendeltetésszerűen használhatók és a szolgáltatások egyformán igénybe vehetők.

Ez igen jelentős változás a korábbi szabályozáshoz képest, mert itt mindegyik fogyatékosági csoportra kiterjed az akadálymentesítés. Korábban, ha akadálymentesítésről esett szó leginkább a mozgássérült emberek szükségleteire gondoltunk.

A jogszabály előírja közszolgáltatások akadálymentesítését, ez magába foglalja :

- középületek akadálymentesítését, az
- információkhoz való hozzáférést és a kommunikáció lehetőségét.

A fenti idézet ráirányítja a figyelmet arra is, hogy a fogyatékos emberek fogyatékoságuk típusától, mértékétől függően más-más nehézségekkel kerülnek szembe a hétköznapi tevékenységeik során, ezért is lényeges számukra a "kiszámítható, értelmezhető és érzékelhető" környezet kialakítása.

Akadálymentesség

Az akadálymentesség az utcák, a terek, az épületek összefoglalóan az épített környezet elengedhetetlen tulajdonsága kell, hogy legyen, mert így válnak alkalmassá arra, hogy az emberek funkciójuknak megfelelően használhassák azokat. Így aktív részesei tudnak lenni a társadalmi és gazdasági életnek, és hozzájutnak a szolgáltatásokhoz.

„Az 1997. évi LXXVIII., az épített környezet alakításáról és védelméről szóló törvény 2.§-a alapján az épített környezet akkor akadálymentes, „ha annak kényelmes, biztonságos és önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy ember csoportokat is, akiknek ehhez speciális létesítményekre, eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük.”

Az akadálymentes tervezés kiindulópontja tehát a különleges igények (fogyatékossgal élő személyek szükségletei) kielégítésének szempontja speciális eszközök, berendezések, műszaki megoldások alkalmazásával. Az ilyen tervezés gyakorlásával az épületek tervezésénél figyelembe vett használói kör bővül a fogyatékos személyekkel, ugyanakkor ezáltal olyan létesítmények jönnek létre, amelyek más használóknak is kényelmesebbek, biztonságosabbak.” (Pandula A. 2009)

Az épített környezet akadályai:

Az épületeket valamint azok környezetének kialakítása, a benne működő szolgáltatások elérhetőségét és az ott folyó munka hatékonyságát nagyban befolyásolja. Az épületek akadálymentes tervezése komoly szakmai ismereteket igényel.

Egy „laikus” megoldás látható az alábbi képen.



Akadályok a szolgáltatást igénybevevők előtt: – Egy nagyvárosi családsegítő szolgálat, amit csak lépcsőn lehet megközelíteni és a második emeleten van, eleve kizárja a szolgáltatást igénylők egy részét. A fenntartó úgy próbálta megoldani ezt a problémát, hogy kaputelefont szereltetett fel kb. 150 cm. magasságban. Tehát a kerekesszékes kliens így sem tudott bejutni, de nem csupán számukra jelentett ez problémát, hanem a babakocsival érkezőknek, az időseknek, a betegeknek is hiszen felmenni ők sem tudtak.

– Az idősek klubjában a bejáratnál lévő lépcső akadálymentesítését szerették volna az ott dolgozó szakemberek elvégeztetni. A működtető karbantartási csoportja el is végezte a feladatot, a lépcső közeit egyszerűen kibetonozták, az emelkedő dőlésszöge így olyan meredekké vált, hogy életveszélyes lett volna rajta kerekesszékesekkel közlekedni. Az akadálymentesítésből akadályépítés lett, mert ha a lépcsőn közlekedők a lejtőre

4. kép: Látszattmegoldás lépnek elcsúsznak rajta.

Az épített környezethez, valamint az abban elérhető, megvalósuló szolgáltatásokhoz való teljes értékű hozzáférés és használhatóság különböző akadályokba, problémákba ütközhet.

Az épületekkel, valamint az azokban található szolgáltatásokkal kapcsolatban felmerülő akadályok lehetnek:

- építészeti akadályok,
- a horizontális és vertikális közlekedés akadályai,
- térbeli akadályok,
- ergonómiai akadályok,
- antropometriai akadályok
- érzékelési és
- kommunikációs akadályok.

A lakosság körülbelül 12%-a él tartós fogyatékossgal, az ő mindennapjaikat nehezítik meg ezek az akadályok, de ugyanakkor a társadalom más tagjának is nehézséget jelentenek, átmenetileg vagy tartósan. (Pl.: csökkent mozgásszervi és érzékszervi képességgel rendelkezők, – gyermekek, – idősek, kisgyermekkel közlekedő szülők)

„Az épített környezethez való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása érdekében az épületek, valamint az azokon belül nyújtott szolgáltatások tervezésénél az épületet használók eltérő képességeit figyelembe kell venni. Az eltérő képességgel rendelkező használók igényeit azonban nem külön-külön létesítményekkel kell kielégíteni, hanem az egyetemes tervezés elveit alkalmazva a különböző igényeket egyesíteni kell a tervezés során. „(Pandula 2009.)

Az egyetemes tervezés:

Az egyetemes tervezés eszméje a preventív gondolkodásmódban nyilvánul meg. A prevenció gondolata végigkíséri az egész tervezési folyamatot és figyelembe veszi a használók képességeinek különbözőségeit. Így olyan épületek, használati eszközök, szolgáltatások, infrastruktúra jön létre, amelyek a lehető legtöbb ember számára biztosítják a legteljesebb és legönállóbb használhatóságot. A cél az, hogy egy termékkel szolgáljuk ki a használók különböző, időben, szituációban változó igényeit, szükségleteit. Az egyetemes tervezés elve, a humánus és a kölcsönös elfogadás mintapéldája is lehet, hiszen biztosítja az egyenlő esélyeket.

A teljes vagy komplex akadálymentesítés:

Kétféle szempontból értelmezhetjük a komplex akadálymentesítést: – valamennyi fogyatékosági csoportot figyelembe véve, – szolgáltatás tekintetében.

Valamennyi fogyatékosági csoportot figyelembe véve az emberek különbözőek. Különbözhetnek nemük, életkoruk, nemzetiségük, anyagi helyzetük, képzettségük alapján, élhetnek átmenetileg vagy tartósan valamilyen fogyatékossgal.

A társadalomnak arra kell törekedni, hogy képességeink szerint, valamennyi polgára részt tudjon venni a közösség életében.

A feltételeket közösen kell megteremtelnünk, a szociális szakember felelőssége abban áll, hogy felhívja mindazon döntéshozók figyelmét az egyetemes tervezés eszméjére, akik egy-egy politikai döntés vagy beruházás kapcsán eljárnak.

A törvényben megfogalmazott jogok gyakorlásának egyik alapfeltétele középületeink által nyújtott szolgáltatások akadálymentes elérése és használhatósága, mely elsősorban az építészet, belsőépítészet, grafika eszközeivel valósítható meg.

A mozgásukban korlátozottak részvételét elősegítő fizikai akadálymentesség mellett a többi fogyatékos csoport számára infokommunikációs eszközökkel, így többek között a gyengén látók számára kontrasztos színhasználattal, tapintható információkkal érhetjük el a teljes körű használhatóságot.



A beszédükben akadályozott emberek számára pl. a betűtábla használata jelenti a kommunikáció egyik eszközét. 5. kép: Miénk is a tér!

69

8. Esélyegyenlőség a gyakorlatban – Deákné Orosz Zsuzsa



Az egyetemes tervezés elve érvényesülhet a játékok tervezésénél is, amit ép és fogyatékos emberek egyaránt tudnak használni. Ilyen pl. a speciális sakktábla, amit látássérültek is használhatnak, de utazás közben is praktikus, mert nem mozdulnak el a figurák:

Az akadálymentes kommunikáció egyik eszköze a jelnyelv:

A jelnyelv a vizuális kódrendszerek legfejlettebb formája. A szakemberek a nemzeti jelnyelveket önálló nyelveknek tekintik az 1960-as évek óta, amikor a washingtoni Gallaudet Egyetemen a világ egyetlen siket szakembereket képző egyetemén-létrejött a jelnyelvészeti tanszék. Itt a William Stoke által vezetett siket és halló nyelvészek úttörő lépéseket tettek az amerikai jelnyelv kutatása terén. Bebizonyítva, hogy a jelnyelvnek is van „hangtana”, alaktana, mondattana, általában hasonló nyelvi kategóriák jellemzik, mint a beszélt nyelv-

6. kép: Betűtábla használatban veket. Szókincese, amely soha nem mutat egy az egyben megfelelést az adott ország beszélt nyelvének szavaival,

pontos nyelvtani szabályok alapján rendeződik, az így létrejövő rendszernek pedig éppúgy vannak regionális és szociális változatai, mint a beszélt nyelvnek. (Forrás: A Magyar Jelnyelv Szótára, Lancz Edina jelnyelvkutató)



7. kép: Játsszani jó- speciális sakktábla látássérülteknek



8. kép: Speciális sakktábla

Egy tévhit a jelnyelvvvel kapcsolatban az, hogy a gesztusok természeténél fogva lassabban lehet vele kommunikálni, mint beszéddel. Bár a kézmozgás valóban lassúbb, mint az artikulációs mozgás, a minden szinten jelen lévő egyidejűségnek köszönhetően a jelelés és a beszéd tempója közel azonos, sőt gyakran a jelelés gyorsabb.

A jelek egyes részeit – a kézformát, a pozíciót, a mozdulatot, az arckifejezést és a többi – fizikai képtelenség lenne egymás után felsorakoztatni. Ehelyett egyszerre jelennek meg mindezek az elemek, ami nagyban meggyorsítja a kommunikációt.

Az alaktan szintjén is csak a jelösszetételeknél jelenik meg a beszélt nyelvekre jellemző egymásutánosság, a nyelvtani viszonyokat módosult – más szóval ragozott – formák fejezik ki. Amihez tehát magyarul toldalékokra és névmásokra van szükség (pl. neked adom), az a jelnyelvben a mozdulat megváltoztatásával is kifejezhető.

9.

Társadalmi, közösségi szintű érzékenyítés – a fogyatékos emberek szerepének, helyzetének bemutatása, társadalmi szemléletváltás, elfogadottság elősegítése a kommunikáció eszközeivel Szauer Csilla

9.1. BEVEZETÉS

Egészen az 1960-as évekig, amikor a fogyatékos emberek különféle élethelyzeteit vizsgáltuk, elemeztük a medikális modellt alkalmaztuk világszerte. Picit sarkítva a modellt jellegzetességeit, ennek az elképzelésnek az alapján ezek az emberek elszigetelt személyiségek a világnak, akik leginkább családjaik támogatására számíthatnak. Fogyatékoságuk orvosi kérdés, amelyet kezelni, gyógyítani szükséges. Komoly nehézséget jelent oktatásuk a többségi iskolák tanárai számára, így speciális megsegítést igényelnek, amelyet vagy állami, vagy civil segítő szervezetektől kaphatnak meg. Rehabilitációs programokban vesznek részt. Terhet jelentenek a társadalomnak.

Az elmúlt évtizedekben az emberi jogi mozgalmak által tért nyert társadalmi modell máshogyan értelmezi a fogyatékos emberek lehetőségeit, közösségi befogadásuk kérdését. A fogyatékosügy emberi jogi kérdés, így az egész társadalom érdeklődésére tart számot. A fogyatékosügyi kérdések horizontális prioritásként jelennek meg, így minden szakmapolitikai fejlesztés során figyelemmel kell lenni ennek az ügynek az alapelveire. A fogyatékoság a társadalmi sokszínűség része, akár az etnikai, vallási vagy kulturális különbözőségek. [1] [2] A fogyatékos emberek önálló, önrendelkező állampolgárok, látható tagjaik közösségeiknek, akik egyenlő hozzáférést követelnek a társadalmi erőforrásokhoz, így a befogadó oktatáshoz, képzéshez és munkaerőpiachoz, az új technológiákhoz, a fogyasztási javakhoz, termékekhez és szolgáltatásokhoz. [3]

Az Európa Tanács Malaga Deklarációja szerint, mely a “Fogyatékos emberek életminőségének javítása: a teljes körű részvételre irányuló és annak révén működő politika erősítése” címet viseli, abban a folyamatban, mely a Mindenki Társadalmának (Society for All) megteremtését segíti elő minden érintettnek, érdekeltnek együtt kell dolgoznia. Ide értik a fogyatékos embereket, az őket képviselő érdekvédelmi szervezeteket, a politikai és szakma politikai véleményvezéreket, a különféle szakembereket és szakmai szolgáltató szervezeteket, valamint a média, a kommunikációs terület képviselőit és a többségi társadalom minden tagját, aki támogathatja a cél megvalósulását. [4]

A Malaga Deklarációhoz kapcsolódó tíz évre szóló Akcióterv szerint a Mindenki Társadalmának megteremtését jelentős mértékben gátolják azok a „fejekben lévő akadályok”, melyek sokszor negatív attitűdöt sugároznak a többségi társadalom tagjai felől a fogyatékos emberek irányába. Éppen ezért a társadalmi tudatformálás, érzékenyítés kiemelt szerepet kell, hogy kapjon a XXI. század fogyatékosügyi kezdeményezéseiben.

- Főáramba kell helyezni a fogyatékoság pozitív megjelenítését minden kormányzati kommunikációban, hogy ezzel változást érjenek el a társadalom hozzáállásában;
- Ösztönözní kell a médiát és annak szervezeteit, hogy törekedjenek a fogyatékos emberek teljes értékű társadalmi szereplőként való bemutatásra közvetítéseikben és írott híryagaikban. Közzétehetik például a fogyatékos emberek méltóságával kapcsolatos etikai irányelveiket;
- Ösztönözní kell a televíziós csatornákat és rádióállomásokat arra, hogy programjaikban foglalkozzanak a fogyatékos személyeket érintő kérdésekkel, és amennyiben szükséges, készítsenek ilyen témájú rétegműsorokat is;
- Szorgalmazni kell olyan tudatformáló kampányok végrehajtását, amelyek a fogyatékos emberek jogaival, lehetőségeivel és társadalmi szerepvállalásával foglalkoznak;

- Szorgalmazni kell azoknak az újszerű és gyakorlati megoldásoknak az alkalmazását, amelyek a gyermekekkel és a felnőttekkel ismertetik meg a fogyatékos embereket érintő kérdéseket;
- Ösztönözni kell a fogyatékos embereket és szervezeteiket arra, hogy mind helyi, mind országos szinten mu-tassák meg magukat a társadalomnak azáltal, hogy irányelveket dolgoznak ki a médiakapcsolatokról;
- Támogatni és segíteni kell azoknak az élet különféle területeiről összegyűjtött jó gyakorlatoknak a terjesztését, amelyek a társadalom tudatformálásához járulnak hozzá az iskolai és munkahelyi közösségekben, valamint a lakókörnyezetben.

[5]

Az alfejezetben ezekre az alapokra építve azokat a legfontosabb nemzetközi trendeket, forrásokat ismertetem, amelyek befolyásolják a fogyatékos emberek társadalmi integrációját a tudatformálás, társadalmi érzékenyítés szempontjából. Az alfejezet második részében pedig bemutatom azokat az eszközöket, jó gyakorlatokat, szakterületi együttműködéseket, amelyekkel ez a tevékenység hatékonyan végezhető a fogyatékosügyben érintett szakemberek által is.

9.2. NEMZETKÖZI TRENDK, DOKUMENTUMOK

Az ENSZ „Alapvető Szabályok a fogyatékos emberek esélyegyenlőségéért” című dokumentuma a társadalmi tudatosság növelését már 1993-ban minden egyéb integrációs terület előtt, 1. szabályként tárgyalta. [6]

Ennek alapján a közösségek tegyenek lépéseket az irányba, hogy a társadalom több tudomást szerezzen a fogyatékos emberekről, jogaikról, szükségleteikről, képességeikről, és lehetséges hozzájárulásukról a társadalom életéhez.

- A Tagállamok biztosítsák, hogy a felelős hatóságok juttassanak el friss információkat a fogyatékos emberek, családjaik, a területen dolgozó szakemberek és a nagyközönség számára elérhető programokról és szolgáltatásokról. A fogyatékosokkal élőknél szóló információk hozzáférhető formában álljanak rendelkezésre.
- A Tagállamok kezdeményezzenek és támogassanak felvilágosító kampányokat a fogyatékos emberekről és a fogyatékosági politikáról, azzal az üzenettel, hogy a fogyatékos emberek olyan polgárok, akiknek ugyanolyan jogaik és kötelességeik vannak, mint a többieknek, ami igazolja azokat az intézkedéseket, amelyeknek célja a teljes részvételük útjában álló akadályok eltávolítása.
- A Tagállamok bátorítsák a médiát, hogy pozitív módon ábrázolja a fogyatékos embereket, és konzultáljanak az ügyben a fogyatékos emberek szervezeteivel.
- A Tagállamok biztosítsák, hogy a közoktatási programok minden szempontból tükrözzék a teljes részvétel esélyegyenlőség elvét.
- A Tagállamok hívják meg a fogyatékos embereket, családtagjaikat és szervezeteik képviselőit, hogy vegyenek részt a fogyatékosokkal kapcsolatos oktatási programokban.
- A Tagállamok bátorítsák a magánvállalkozásokat, hogy tevékenységük minden formájában érvényesítsék a fogyatékosági kérdéseket.
- A Tagállamok kezdeményezzenek és támogassanak olyan programokat, amelyek növelik a fogyatékos emberek tudatosságát saját jogaikkal és lehetőségeikkel kapcsolatban. Az önállóság tudatának növelése segíti a fogyatékos embereket, hogy kihasználják a rendelkezésükre álló lehetőségeket.
- A tudatosság növelése képezze jelentős részét a fogyatékos gyerekek oktatásának, és a rehabilitációs programoknak. A fogyatékos emberek egymást is segíthetik e téren saját szervezeteikben.
- A tudatosság növelése képezze részét minden gyerek oktatásának, valamint a tanárképző és az összes szakemberképző tanfolyamnak.

Az Európai Unió fogyatékosügyben érintett szereplői 2002-ben Madridban tartott konferenciájukon fogadták el azt a dokumentumot, a Madridi Nyilatkozatot, mely a tagállamok számára cselekvési tervet ad a diszkriminációmentes társadalom megteremtésére. Ez a dokumentum a társadalmi tudatformálás tekintetében a különféle médiumok hangsúlyos szerepét emeli ki: „A média hozzon létre partnerségeket és erősítse azokat a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezeteivel annak érdekében, hogy a fogyatékos emberek kedvezőbb bemutatásban részesüljenek a tömegközvetítési eszközök közvetítésével. Az emberi sokféleség elismeréseként a médiában több információt kell közölni a fogyatékos emberekről. Amikor fogyatékosügyi kérdésekről esik szó, a média kerülje a leereszkedő és megalázó hangnemet, és ehelyett azokkal a korlátokkal foglalkozzanak, amelyekkel a fogyatékos emberek küszködnek, valamint azzal, hogy e korlátok megszűnésével a fogyatékos emberek miként vehetnek részt aktívan a társadalomban.” [3]

Az Európai Fogyatékosügyi Fórum 2007. évi kampányában, mely a „Legyen a fogyatékos emberek diszkriminációja a múlté” címet viselte már gyakorlati javaslatokat is megfogalmazott a média és a kommunikáció tekintetében az ezen a szakterületen dolgozó szakemberek számára:

- Ne használjuk a „fogyatékosok” kifejezést, beszéljünk „fogyatékos emberekről” vagy „fogyatékos személyekről”.

- Ne használjuk a „nyomorék” kifejezést, mert ez negatív képet fest az egyénről.
- Ne mondjuk azt, hogy valaki „kerekeszékhez kötöttten él”, sokkal inkább azt, hogy „kerekeszék-használó”.

9. Társadalmi, közösségi szintű érzékenyítés ... – Szauer Csilla

- Ne használjunk olyan szavakat, amelyek úgy mutatják be a fogyatékos embereket, mint esendő és másoktól függő személyeket; ilyenek például az „áldozata valaminek”, a „béna”, a „szenvet valamilyen fogyatékoságban”, vagy a „rokkant”.
- Olyan eseményeket, képeket mutassunk be, ahol a fogyatékos emberek nem jótékonykodás alanyai, illetve nem a medikális modellt erősítik. Kerüljük a sztereotípiákat!
- Segítsük a fogyatékos emberek látható állampolgárrá válását azáltal, hogy olyan helyzetekben mutatjuk be őket, ahol közösségeik aktív, önrendelkező tagjaiként jelennek meg.
- Olyan műsorokat, programokat készítsünk, ahol fogyatékos emberek is megjelennek szereplőként; ezek ne ki-zárólag a számukra készített rétegműsorok legyenek.

Összefoglalva, egy kis szaktudás, kétszer annyi érzékenység, néhány egyszerű és jól szervezett akció a hozzávalói a sikeres fogyatékosügyi társadalmi tudatformálásnak. [7]

9.3. HAZAI DOKUMENTUMOK, KERETEK

Az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat a fogyatékos személyeket érintő társadalmi szemlélet kedvező irányú megváltoztatásához szükséges tennivalókat, illetve az ezeket megalapozó okokat három csoportba sorolja.

- A társadalmi kirekesztettség szemléletbeli okai, szükséges tennivalók
- A társadalmi kirekesztettség információhiányból következő okai, szükséges tennivalók
- A társadalmi kirekesztettség intézményi okai, szükséges tennivalók

Ezek közül a szemléletbeli okok és az ezek megváltoztatását célzó tennivalók kapcsolódnak tárgyalt témánkhoz az alábbiak szerint:

A fogyatékos személyek sokáig láthatatlan polgárai voltak Magyarországnak, így számos előítélet alakult ki, téves információk rögzültek velük kapcsolatosan. Az előítéletek lebontásában, a fogyatékos személyek megismertetésében elsődleges szerepe a médiának, a fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezeteinek, illetve a nekik szolgáltatást nyújtó civil szervezeteknek van. Támogatást kell biztosítani ezen szervezetek számára a társadalmi tudatformálást segítő programokhoz (személyes találkozást lehetővé tevő rendezvények, az információ közvetett eljuttatását célzó kiadványok, a különböző szakmacsoportok képviselői számára biztosított képzési programok).

A társadalmi tudat formálásában igen fontos szerepe van az érintetteknek; a személyes példamutatásnak, a pozitív példák bemutatásának. Ennek érdekében támogatni szükséges a fogyatékos személyek önálló életvitel-mozgalmait; a sportban, a kultúra, a művelődés vagy más területen tehetséges fogyatékos fiatalok tevékenységét, az értelmiségivé válást, a fogyatékos személyek főiskolai, egyetemi tanulmányait. [8]

Az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007-2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat 1. pontja úgy nyilatkozik, hogy biztosítani kell az előítéletek lebontása érdekében, hogy antidiszkriminációs műsorok, kampányok induljanak a médiában, valamint, hogy kiadványok készüljenek a fogyatékos személyek kedvezőbb társadalmi megítélése érdekében. [9]

A kormányhatározatban megfogalmazott feladat sikeres megvalósulására példa a Miniszterelnöki Hivatal Kormányzati Kommunikációért Felelős Szakállamtitkársága által szervezett, 2008. decembere és 2009. márciusa között zajló "Együtt a fogyatékos emberekért" elnevezésű társadalmi célú kampány, amely a fogyatékos emberek esélyegyenlőségére hívta fel a figyelmet. A kampány megtervezését és sikerre vitelét a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége, a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége, az Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, valamint az Autisták Országos Szövetsége segítette. A reklámfilmeket olyan ismert alkotók jegyzik, mint Spáh Dávid, Herendi Gábor, Gigor Attila és Pater Sparrow. A filmek azt kívánják tudatosítani, hogy a fogyatékos személyeket többnyire társadalmi környezetük, nem pedig fogyatékoságuk akadályozza a mindennapi életben. [10] A filmek a www.egyenloesely.freeblog.hu oldalon tekinthetők meg.

További konkrét lehetőség ajánlkozik média bevonására a 2010. évben, mivel a kétszáz médiavállalkozás felületein hirdető Médiaunió jövőre a fogyatékos emberek integrálásának fontosságáról készít majd kampányokat. A cél, hogy 6 milliárd forintnyi társadalmi reklámmal szórják meg az emberek tudatát. „A Médiaunió legfőbb célja

hogy évente egy témában valódi, mérhető hatékonyságú, társadalmi célú (reklám és PR) kampányt valósítson meg, a legfontosabb társadalmi problémákban érdemi szemléletváltozást előidézve. Ez csak széleskörű szakmai összefogással és többlépcsős, egész éven áthúzódó kampánnyal érhető el, mely elsőprő nagyságrendben bontakozik ki. A Médiaunió

alapító tagjai az RTL Klub, a Tv2, a Magyar Televízió, az MTV Networks, a Sláger Rádió, az ESMA, az Origo, az Index, a Port.hu, a Metro, az Axel Springer, a Heti Válasz, a Népszabadság, a Pannon Lapok Társasága, az Est Csoport, a Hamu és Gyémánt kiadó, az ARC Kft, az Europlakát, a Helyi Rádiók Országos Egyesülete és a Campus Média. A Ringier, Danubius, a Gazdasági Rádió, a POS Hungary és a Klub Rádió partoló tagként csatlakozott az alapítók köréhez.” [11]

9.4. KOMMUNIKÁCIÓS ALAPFOGALMAK ÉS ALKALMAZHATÓ ESZKÖZÖK

Az előzőekben említett célok jellegükből adódóan (tudatosság és preferenciák kialakítása) a public relations részeivel érhetőek el a leghatékonyabban. Az alábbiakban a pr fogalmát, részterületeit és eszközeit mutatom be gondolatébresztő céllal.

A Magyar Public Relations Szövetség (továbbiakban: MPRSZ) Szakmafejlesztő Bizottságának I. számú útmutató állásfoglalása szerint a public relations, rövidítve pr tevékenység tervszerű és tartós erőfeszítés azért, hogy egy szervezet és környezete között a vélemény és a viselkedés befolyásolásával kölcsönös megértést, jóakaratot (goodwill) és támogatást építsen és tartson fenn. A public relations a kommunikáció tudatos szervezése. [12]

Az MPRSZ felosztása szerint a pr tevékenység belső és külső public relations aktivitásokra bontható. A belső pr tevékenység elsősorban az adott szervezeten belüli kommunikáció hatékonyságát hivatott növelni, míg a külső pr aktivitások a szervezet külső környezetével történő kommunikáció és kapcsolatok szervezésének a szakterülete.

A belső pr részterületei, melyek relevánsak a téma szempontjából:

- Az alkalmazott – alkalmazottkapcsolatok a szervezet munkatársai között meglévő kapcsolatok és kommunikáció tudatos szervezése. Célja, hogy a szervezet szempontjából kívánatos munkatársi kapcsolatokat hozzon létre, valamint, hogy csökkentse az informális kommunikáció negatív hatásait és feltárja a félreértésből, információhiányból vagy érdekkülönbségből eredő problémákat.
- A belső szervezeti kapcsolatok különböző szervezeti egységekkel és az azok között folytatott kommunikációra és kapcsolatszervezésre vonatkoznak. Célja, hogy mindenki számára kölcsönösen előnyös kapcsolatokat létesítsen és tartson fenn az egyes szervezeti egységek között, valamint, hogy csökkentse az informális kommunikáció negatív hatásait és feltárja a félreértésből, információhiányból vagy érdekkülönbségből eredő problémákat.
- Atulajdonosi – vezetői kapcsolatok a szervezet meghatározó tulajdonosaival folytatott kommunikáció és kapcsolatépítés. Célja, hogy kölcsönösen előnyös kapcsolatokat létesítsen és tartson fenn a szervezet vezetése és annak tulajdonosai között mind a szervezet teljesítményének és stratégiájának megítélése, mind az ezzel szemben megfogalmazódó tulajdonosi elvárások tekintetében.
- A vezetői – alkalmazotti kapcsolatok a munkatársakkal folytatott kommunikációt jelentik. Célja, hogy kölcsönösen előnyös kapcsolatot létesítsen és tartson fenn a szervezet vezetése és alkalmazottai között.
- A vezetői – vezetői kapcsolatok a szervezet felső vezetése és a szervezeti hierarchia vezető beosztású dolgozói közötti kapcsolatok és kommunikáció tudatos szervezése. Célja a hatékony szervezeti irányítás és feladatmegoldás elősegítése, a szervezet vezetése és irányítása összhangjának, egységének és hatékonyságának elősegítése.

A külső pr-tevékenység részterületei, melyek relevánsak a téma szempontjából:

- Az ágazati kapcsolatok építése az ágazati partnerekkel folytatott kommunikáció és kapcsolatok szervezése. Célja, hogy a szervezet az adott ágazat szereplőivel kölcsönösen előnyös kapcsolatokat létesítsen és tartson fenn.
- Az issue management egy adott témában és/vagy időben megjelenő érdekcsoportokkal folytatott kommunikáció és kapcsolatok szervezése. Célja, hogy a szervezetnél kialakult szakértelmet összpontosítsa annak érdekében, hogy a szervezet hatékonyan vehessen részt a működésére kritikus hatást gyakorló nyilvános ügyek alakításában és megoldásában.
- A médiakapcsolatok építése a médiával folytatott kommunikáció és kapcsolatok szervezését jelenti. Célja, hogy a szervezet és a média intézményei, kiadói, szerkesztőségei és az újságírók között kölcsönösen előnyös kapcsolatokat létesítsen és tartson fenn, azáltal, hogy a szervezet üzeneteit célzottan tervezve, hírtékké formálva terjeszthesse a kiválasztott médiumokon keresztül, a médiának fizetendő ellenszolgáltatás nélkül, a szervezet érdekei érvényesülésének elősegítésére.
- A public affairs, a közügyek kezelése a szervezet működését és környezetét befolyásoló, társadalmi és politikai döntéshozó és végrehajtó hatalmi, illetve civil szervezetekkel folytatott kommunikáció és kapcsolatok szervezése. Célja, hogy kölcsönös előnyökön alapuló kapcsolatokat hozzon létre, tartson fenn a szervezet és a szervezet működését és környezetét alakító társadalmi és politikai környezeti tényezők között.

74

Részterületei a civil és nem kormányzati kapcsolatok építése, az érdekképviselési kapcsolatok építése, a kisebbségi kapcsolatok építése, a kormányzati kapcsolatok építése, az önkormányzati kapcsolatok építése, valamint a public interest¹⁷ erősítése.

¹⁷ A társadalom tagjaival folytatott kommunikáció. Feladata, hogy a társadalom egészében, illetve annak csoportjaiban felmerülő döntési alternatívákat vagy várható attitűdváltozásokat előkészítse, elősegítse, előmozdítsa, befolyásolja, a közvélekedést formálja a szervezet és az adott társadalom érdekében.

9. Társadalmi, közösségi szintű érzékenyítés ... – Szauer Csilla

- A szakmai kapcsolatok építése szakmai szervezetekkel és intézményekkel folytatott kommunikáció és kapcsolatok szervezését jelenti. Célja, hogy a szervezet és az adott szakterülethez tartozó tudományos, oktatási, szakmai szervezetek között kölcsönösen előnyös kapcsolatokat létesítsen és tartson fenn.
- A támogatáspolitikaa lehetséges támogatókkal történő kommunikáció és kapcsolatok szervezése. Célja a szervezet kedvező megítélésének erősítése és/vagy erkölcsi/anyagi támogatottságának növelése, más szervezet, egyén, vagy tevékenység elismert presztízsének, hírnevének felhasználásával. [12]

A public relations eszközei [13] [14]:

- Korszerű informatikai eszközök: például az internet, az intranet, az e-mail, a honlap, a DVD, a céges CD.
- PR-filmek:például a referenciatfilm, a belső pr-film, image-film, az oktatófilm, a video-hírlevél.
- News Release:például a hírlevél, amely a sajtókapcsolatok ápolásának egyik alap eszköze. Fontos, hogy áttekinthető és könnyen olvasható legyen.
- Rendezvények:a PR tevékenységben nem a hírek megtalálása, a hírek kitalálása a kihívás. Ennek egyik módja a rendezvényszervezés, az eseményteremtés. Fontos tényezők: az időpont, a helyszín, a program, az aktualitás és a résztvevők kiválasztása. [15]
- Nyomtatványok:papír alapú információs eszközök, például az éves jelentés, a vállalati újság, a naptárak, az üdvözlő kártyák, a meghívók, a sajtómappák.
- Sajtótálalkozók:például a sajtóreggeli, a sajtóvacsera, a sajtótájékoztató, a sajtó-háttérbeszélgetés. [16]
- Témagazda-rendszer/Sajtóklub: szakújságírókat kérnek fel a klubban való részvételre. Akkor működik hatékonyan, ha rendszeres a kapcsolattartás. Az újságírók a klub keretében foglalkoztathatók.
- Sajtómonitoring:két részből áll, sajtófigyelésből és sajtóelemzésből. Célja: saját szervezet megjelenéseinek gyűjtése és elemzése, a versenytársak kommunikációjának figyelése, az általános trendek nyomon követése.
- Road show:országjárás, vidékjárás, komplex rendezvény, több, változó helyszínnel. Élményt ad az embereknek és eseményt generál ott is, ahol nincs.
- Prezentáció:lehet előadás, bemutató és beszéd is. Sajátos kommunikációs helyzetet jelent, amelyben az előadó áll a középpontban, de a közönség jelzései, reakciói hatással vannak rá.
- Televíziós és rádiós produkciók.

9.5. A FOGYATÉKOSÜGY ÉS A KOMMUNIKÁCIÓS TERÜLET EGYÜTTMŰKÖDÉSÉBEN REJL LEHETISÉGEK

Ogilvy szerint, aki nélkül a reklámszakma talán soha nem válhatott volna korunk egyik meghatározó üzletágává, „jó termékeket kell eladni, őszinte reklámmal. Ha úgy véljük: a termék nem jó, ne vállalkozzunk a reklámozásra.” [17] Annak ellenére, hogy a reklám és a public relations eszköztára, céljai sok mindenben különböznek, a szerző alap gondolatát esetünkben is találónak gondoljuk.

A két szakterület együttműködése akkor lehet igazán sikeres és hatékony, ha a fogyatékosügyi szakemberek által megfogalmazott hiteles és őszinte célkitűzésekhez a kommunikációs szakemberek megtalálják a megfelelő üzenetet és üzenethordozót.

Kiváló példa egy ilyesfajta hatékony együttműködésre a Kézénfogva Alapítvány „Fogadd el, fogadj el!” címet viselő kampánya, ahol az Alapítvány fogyatékosügyben jártas munkatársai, valamint főállású kommunikációs szakembere dolgoztak közösen.

A kampánnyal kapcsolatosan megfogalmazott szakmai elvárások az alábbiak voltak:

- A többségi társadalom felelősségének tudatosítása az értelmi fogyatékos és a halmozottan fogyatékos ember-ekkel kapcsolatosan.
- Az előítéletek csökkentése.
- A tolerancia növelése.
- Szánalom helyett, segítő attitűd kialakítása az emberekben.
- A lakosság minél nagyobb hányadának elérése.
- Az értelmi fogyatékos emberek közvetlen közelében élő társadalmi csoportok célzott elérése.
- A kampány folytatásához, a hosszútávú eredmények eléréséhez az önfenntartás biztosítása.

A kommunikációs megoldás ezeknek a céloknak az eléréséhez pedig egy kamion lett, amellyel számos roadshow keretében bejárják az országot, helyi rendezvényekhez (falunap, fesztiválok, városi gyermeknap) kapcsolódnak és

lehetőséget adnak az embereknek, hogy személyesen is találkozzanak értelmi fogyatékos és halmozottan fogyatékos emberekkel. [18]

Az elmúlt négy év során évente közel 50.000 ember vett részt a kampány azon eseményein, programjain, mint amilyenek alább olvashatók:

- integrált színpadi produkciók;
- szírom-szüret – játékos „túra” az esemény helyszínén. A szervezők a rendezvényen belül megjelölnek 5-6 állomást, ahol a játékban résztvevőknek valamilyen feladatot kell elvégezniük (pl. megnézni a kamionban lévő kiállítást, és válaszolni 3 kérdésre ezzel kapcsolatban, min. egy pályát teljesíteni a speciális számítógépes játékokban, amelyek a kamionban találhatók, totót töltenek ki az esélyegyenlőséggel kapcsolatban, részt vesznek olyan kézműves foglalkozáson, amelyet sérült emberek tartanak stb.);
- integrált sorversenyek – a hagyományos sorversenyek mintájára (zsákban futás, célba dobás, egyik pontból amásikba víz eljuttatása stb.);
- „élő-malom” – A játékhoz 11 tagú csapatot kell kiállítani, amelyből 9-en „élő bábuként” az óriás táblán állnak, 2 tag pedig irányítja őket. A játék az ismert malomjáték szabályai szerint zajlik egy előre felrajzolt pályán.

Az elfogadás kamionja több mint négy éve járja az országot. A kezdeményezéshez ma már szponzorok és médiatámogatók is csatlakoztak: például az OTP Bank, a Magyar Telekom Nyrt., a Magyar Fejlesztési Bank Zrt., a Magyar Villamos Művek Zrt., az Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., a Szociális és Munkaügyi Minisztérium, a TV2, a Pesti Est, a Sláger Rádió és a CEMP. [19]

A Salva Vita Alapítvány jótékonyági rendezvénye mellyel az értelmi fogyatékos emberek nyílt munkaerőpiaci munkavállalásának fontosságára és a szervezet ez irányú szolgáltatásaira hívta fel a döntéshozók és a többségi társadalom figyelmét szintén érdekes kommunikációs elemeket tartalmaz.

A rendezvény szakmai célja az volt, hogy:

- tudatosítsa a többségi társadalom tagjaiban azt, hogy az értelmi fogyatékos embereket ugyanazok a gazdasági jogok illetik meg, mint bárki más,
- a szervezet jó színvonalú alternatív munkaerőpiaci szolgáltatást nyújt,
- népszerűsítsék a családok számára nyújtott szolgáltatásokat,
- sok nyíltipiaci munkáltató számára van mondanivalójuk, szolgáltatásuk.

A kommunikációs eszköz ehhez egy hagyományteremtő koncert volt a Zeneakadémián, ahol az operavilág egyik legkeresettebb csillaga Jose Cura lépett fel. A jótékonyági rendezvény az Alapítvány 15. születésnapjára kommunikációs akciója volt, amely nagy sajtóvisszhangot generált. A 2008. évi Salva Vita sajtómegjelenéseket 50%-al növelte meg az esemény. [20]

„Az alapítvány sérült emberek társadalmi beilleszkedését segíti képzési és foglalkoztatási programjaival. Mikor őt kérdezik, slágertigen rávágja, épp ez tetszett meg neki. A Salva Vita ugyanis nem könnyeket morzsol, hanem a munkaerőpiacon könnyíti az elhelyezkedésüket. Párhuzamként meséli Cura, hogy a keresztfia Down-szindrómás, és a szülőkkel arra jutottak: nem speciális iskola kell neki, hanem nagyon jó sulí.” [21]

„Február 6-án José Cura vezényelte a Zeneakadémián Verdi Requiemjét a Salva Vita Alapítvány jótékonyági hangversenyén. Azért vállalta el a felkérést, mert szimpatikus neki, hogy az alapítvány a támogatott fiatalokból minél többet próbál kihozni. Pontosan úgy, ahogyan ő áll a zenéhez.” [22]

A koncert főtámogatója a Concorde Értékpapír Zrt. volt. A rendezvény olyan sikeresnek bizonyult 2008-ban, hogy idén újra megrendezésre kerül ismét Jose Cura részvételével.

További remek példa a fogyatékosügyi és a kommunikációs terület szoros együttműködésére a Nonprofit Média Központ Alapítvány léte és szerepvállalása. Legfontosabb szakmai feladatuknak azt tartják, hogy gyakorlati képzések útján segítsék a civil szektor önmegjelenítő képességének kibontakozását a társadalmi kommunikáció során.

Az Alapítvány „Nézőpont Váltás” elnevezésű képzési programja fogyatékos emberek számára kínál lehetőséget arra, hogy a média aktív, közreműködő, felkészült szereplői legyenek. A hathónapos képzés a sajtó, a médiaszakma és a nyilvánosság előtt megtartott szemlével zárul, melyen a továbbképzés résztvevőinek elkészült munkáiból válogatnak. A szemle együtt egyfajta megmérettetés is: a látott/hallott művekről a közönség szavazhat, és a legjobb filmes, illetve rádiós alkotás a szemle végén közönségdíjban részesül.

A Handicap Alapítvánnyal közösen működtetett „Közelkép Hírügynökség” a fogyatékos emberek világát hozza közel a többségi társadalomhoz. Híreit, tudósításait elsősorban a médiaképzéseinken részt vett fogyatékos munkatársak

9. Társadalmi, közösségi szintű érzékenyítés ... – Szauer Csilla

szolgáltatják, írják. A honlapon megjelenő információk a témakörrel foglalkozó újságíróknak szólnak, kiindulási és háttéranyagokat szolgáltatva akár országos médiumban megjelenő sajtótermékek létrehozásához.

A „Szevasz! – köszönőviszonyban a toleranciával” című programsorozat találkozás. „Másokkal, önmagunkkal. Önmagunkkal és másokkal. Tíz alkalom, tíz nagyváros, tíz lehetőség, hogy gondolkodjunk és tegyünk a toleranciáért – magunk és mások elfogadásáért. Létrehoztunk egy helyet, ahol az emberek beülhetnek egy teára vagy egy kávéra. Egy egyszeri alkalmat, amikor figyelnek a másikra, és figyelnek most egy kicsit magukra is.”
[21]

Záró példaként a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány és a PR Herald közös munkáját ismertetem röviden. Az FSZK új fogyatékosügyi szereplőként fontosnak gondolta fejlesztési munkájának naprakész bemutatását a szakemberek, érdekvédelmi szervezetek, véleményvezérek számára, valamint az FSZK név ismertségének növelését tűzte ki célul.

A PR Herald a következő hatékony kommunikációs megoldásokat fogalmazta meg ezekre a célokra:

- havonta megjelenő hírlevél írása és kiküldése több mint 1000 partner számára, ahol a témákat az FSZK munkatársai adják, de a híreket a PR Herald generálja (<http://www.fszk.hu/fszk/hirlevelek/hirlevelek.htm>), – sajtóközlemények készítése és megküldése az on-line média képviselői számára az FSZK kutatásairól,
- állandó FSZK jelenlét biztosítása szócikkek által a PR Herald oldalain (<http://www.prherald.hu/cikk2.php?idc=20090524-110454>) és egyéb sajtótermékekben,
- tematikus beszélgetések generálása a Civil Rádió Rámpa és Handicap műsoraiban havi gyakorisággal,
- sajtóbeszélgetések az FSZK rendezvényeihez kapcsolódóan (pl. Dobbantó Program nyitó konferencia),
- sajtófigyelés az FSZK megjelenésekről,
- az FSZK honlap átalakítása, fogyasztóbaráttá tétele.

9.6. ÖSSZEGZÉS

Az alfejezetben azokat a nemzetközi és hazai trendeket igyekeztem bemutatni, amelyek alapvetően megváltoztatták a fogyatékosügyi szakemberek gondolkodását a társadalmi tudatformálás szerepéről, valamint ennek az érzékenyítésnek a fontosságáról a fogyatékos emberek közösségi befogadásában betöltött helyéről. Lényegesnek gondoltam röviden kitérni ennek a folyamatnak a „hogyanjára” is, vagyis azokra a hatékony megoldásokra, amelyeket a public relations szakemberek és az általuk használt eszköztár nyújthat. Hiszen a legtöbb fogyatékosügyi területen dolgozó szervezet, szakember működésével, szerepvállalásával, programjaival befolyásolja a környezetét, de talán a bemutatott együttműködésekkel még sikeresebben teheti ezt.

Biztos vagyok abban, hogy a két terület szakembereinek közös gondolkodása a szakterületi kompetenciahatárok betartása mellett igen gyümölcsöző lehet, példa erre azoknak a civil kezdeményezéseknek a működése, ahol a fogyatékosügyi munkatársak partnerségben dolgoznak együtt a főállású kommunikációs kollégákkal, vagy a külső ügynökséggel.

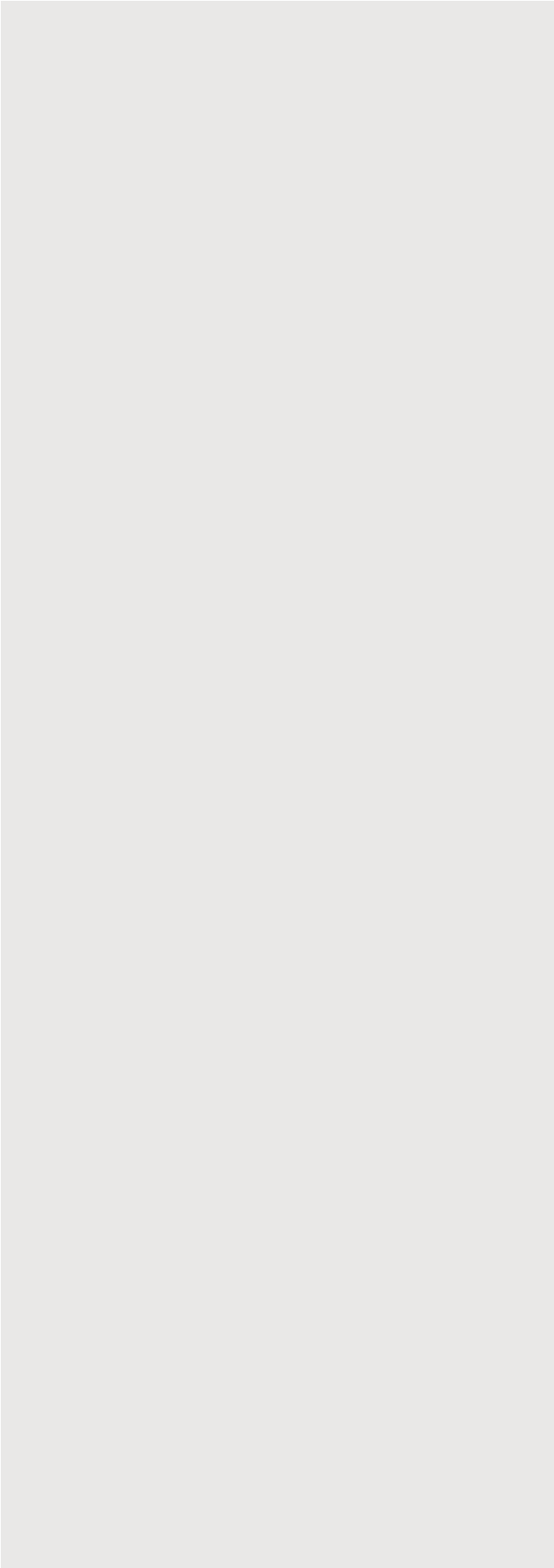
„Az a társadalom, amelyik számos tagját kirekeszti, elszegényedett társadalom. A fogyatékos embereket segítő feltételek javítását célzó intézkedések mindenki számára rugalmas világ kialakítását eredményezik. Amit ma a fogyatékosügy nevében megteszünk, annak a holnap világában mindenki számára értelme lesz.” [3]

Felhasznált irodalom

1. Claudia Werneck: Manual on Disabilities and Inclusive Development for the Media and Social Communications Professionals; 2005.
2. Kálmán Zsófia – Könczei György: A Taigetosztól az Esélyegyenlőségig; Osiris Kiadó, 2002.
3. ONCE: Madridi Nyilatkozat; 2002
4. Európa Tanács: A fogyatékos emberek életminőségének javítása: a teljes körű részvételre irányuló és annak révén működő politika erősítése – Politikai Nyilatkozat, (CONFMIN-IPH (2003) 3 final); 2003
5. Európa Tanács Miniszteri Bizottsága: A Miniszteri Bizottság Rec(2006)5. sz. ajánlása a tagországok számára az Európa Tanács Akciótervéről, amely a fogyatékos emberek jogainak érvényesítését, társadalomban való teljes körű részvételük előmozdítását segíti elő a fogyatékos emberek életminőségének javításával Európában a 2006-2015 közötti időszakban; 2006

6. United Nations: The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (Resolution 48/96); 1993

7. European Disability Forum: Adopt a Disability Attitude; 2007
8. Az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat
9. Az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007-2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedésintérvéről szóló 1062/2007. (VIII. 7.) Korm. határozat
10. MEH: Az "Együtt a fogyatékos emberekért" kampány került ki győztesen; Országos Fogyatékosügyi Portál, 2009
11. Médiaunió: Mi a Médiaunió?; www.mediaunio.hu, letöltve: 2009. szeptember 28.
12. MPRSZ: A Magyar Public Relations Szövetség Szakmafejlesztő Bizottságának I. számú útmutató állásfoglalása; <http://www.fibraco.hu/utmutato.htm>, letöltve: 2009. szeptember 28.
13. Szeles Péter: Public relations a gyakorlatban; Geomédia Kiadói Rt. 1999
14. Kollár Csaba: PR és sajtókapcsolatok; Protokollár Gazdaságkommunikációs Ügynökség, Budapest, 2004
15. Philip Kotler, Kevin Lane Keller: Marketing management; Akadémiai Kiadó, 2006.
16. Nógrádi Gábor: Ide nekem a címlapot is! A médiakapcsolatok művészete; Presskontakt, 2004.
17. David Ogilvy: Egy reklámszakember vallomásai; Park Kiadó, 2008.
18. Cseh Linda: Csak attól félünk, amit nem ismerünk – értelmi fogyatékos emberek megjelenése a médiában; 2007
19. Kézenfogva Alapítvány: Fogadd el, fogadj el!; www.kezenfogva.hu, letöltve: 2009. szeptember 29.
20. Salva Vita Alapítvány: 2008. évi Közhasznúsági jelentés; www.salvavita.hu; letöltve: 2009. szeptember 29.
21. Szemere Katalin: Segítő Cura; Népszabadság online, www.adhat.hu, letöltve: 2009. szeptember 29.
22. Papp Tímea: Minden út ugyanoda visz – Interjú Jose Curával; Fidelio Sugó, http://www.pestiest.hu/cikk/53699/minden_ut_ugyanoda_visz_-_interju_jose_curaval, letöltve: 2009. szeptember 29.
23. Nonprofit Média Központ Alapítvány: „Szevasz!” – köszönőviszonyban a toleranciával; www.nonprofitmedia.hu, letöltve: 2009. szeptember 29.



JEGYZET