

Saufert Eszter

A gyógypedagógia szociális modellje

A kitagolás

Szakmailag ellenőrizte: Regényi Enikő Mária

Absztrakt

Jelen tanulmány célja a gyógypedagógia szociális modelljén keresztül a kitagolás folyamatának, valamint a lakóotthonok bemutatása. A gyógypedagógia tudománya a fogyatékosággal foglalkozik. Az idők során a fogyatékoságot többféle szempont szerint közelítették meg; ezeket paradigmáknak nevezzük. A dolgozat bemutatja a morális, orvosi, szociális és emberi jogi modelleket. A legújabb törekvések, egyezmények az emberi jogi modell szemléletét tükrözik – azaz a fogyatékos embereknek igyekeznek olyan körülményeket biztosítani, mely közelít a nem fogyatékos társaik világához. A normalizációs elv célja az, hogy az érintett személyek életkörülményei illeszkedjenek a nem fogyatékos társaikéhoz a normális tisztelet, normális lehetőségek a heteroszexuális világba történő beilleszkedés, normális életszínvonal és normális környezeti feltételek területein. A deinstitutionalizáció, azaz intézménytelenítés folyamata is azt a célkitűzést fogalmazta meg, hogy a rengeteg fogyatékos embert befogadó, olykor embertelen nagyintézeteket fel kell oszlatni, és a lakóit emberséges, kis létszámú otthonokban kell ellátni. Ezek a kis létszámú intézmények a lakóotthonok, ahol értelmi fogyatékos, pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg embereket fogadnak.

1. A gyógypedagógia fogalma, modellek

A gyógypedagógia tágabb értelemben véve a fogyatékos személyekkel foglalkozó komplex tudomány, melynek tárgya a fogyatékos emberek gyógyító nevelése. A rendellenességek tudományos kutatása a gyógypedagógiában több mint 150 éves múltra tekint vissza.

A gyógypedagógia tehát a fogyatékosággal foglalkozik; a fogyatékoságnak négy közismert gondolati modellje van, melyek megmutatják, hogy hogyan gondolkodtak a fogyatékoságról adott korokban: morális, medikális, szociális és emberi jogi modell.

A **morális modell** szerint a fogyatékoság egy bűn következménye, melyet vagy a sérült személy, vagy egy felmenője követett el. A fogyatékoság az egyén problémája, a fogalom valamiféle rossz leírására szolgál. Ez a megközelítés nagyon régi, de a világon még ma is léteznek olyan társadalmak, melyekben él ez a modell. A morális modell csúcspontját a kora középkorban és a középkor későbbi századaiban érte el. Jó példa a morális modell bemutatására az ószövetségi Mózes harmadik könyvéből vett idézet (18-22): *„Mert senki sem áldozhat, akiben fogyatkozás van: vagy vak, vagy sánta vagy csonka orrú, vagy hosszú tagú. Sem az, aki törött lábú vagy törött kezű. Vagy púpos, vagy törpe, vagy szemfájós, vagy viszketeges, vagy sömörögös, vagy aki megszakadott. Senki, akiben fogyatkozás van, elő ne álljon Áronnak, a papnak fiai közül, hogy tűzáldozatot vigyen fel az Úrnak; fogyatkozás van benne, ne álljon elő, hogy megáldozza az ő Istenének kenyerét. Az ő Istenének kenyeréből, a legszentségesebbikből és a szentségesből ehet.”* A fogyatékos személyek tehát nem

mutathattak be áldozatot az Úrnak, mert nem tartották őket tisztának a fogyatékoságuk miatt.

A **medikális vagy orvosi modell** alapja a reneszánsz korig vezethető vissza; a fogyatékoság itt még mindig az egyén problémája, de itt ennek a megközelítése már nem statikus: szakemberek akarnak változtatni rajta. A medikális modellben a fogyatékoság fogalma egyrészt rossz dolog, másrészt a fogyatékos emberhez kötött, aki a beavatkozások tárgya; a modell célja a fogyatékoság megelőzése vagy megszüntetése. A WHO 1980-ban három fajtáját különböztette meg a fogyatékoságnak: károsodás, fogyatékoság, hátrány. A *károsodás* az ember valamely biológiai, pszichológiai funkciójának komolyabb rendellenessége, a *fogyatékoság* csökkent képességeket jelent bizonyos tevékenységekben, a *hátrány* pedig a fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány.

A **szociális modell** szerint a fogyatékoságot, akadályokat, korlátokat a többségi társadalom alkotja, így nem az egyén a fogyatékos, hanem a társadalom, amely azzá teszi az embert és stigmatizálja is. A medikális modellt sok kritika érte emberjogi szervezetek felőle, így az ENSZ Emberjogi Világszervezete 2003-ban új osztályozást készített, melyben a két vezérszempont a tevékenység és a részvétel, valamint utal egy egyén feletti összefüggésre is, a környezetre. Ezáltal egyértelmű lesz, hogy gyakran nem az állapota, hanem a társadalom tesz egy embert fogyatékosá.

1. kép: A fogyatékoság értelmezése az FNO alapján



Forrás: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_a_fogyatekossagtudomany_a_mindennapi_eletben/FM/sfmjs43g.htm

Az **emberi jogi modell** szerint a fogyatékoság az elnyomással, mássággal, kirekesztéssel, emberi jogokkal kapcsolatos kérdés. E modell a 20. század hatvanas- hetvenes éveig vezethető vissza; definíciója szerint fogyatékos embernek tekintjük azokat a személyeket, akik fizikai, intellektuális mentális vagy érzékszervi károsodással élnek, és ezek a károsodások korlátozhatják az egyén egyenlő társadalmi szerepvállalását. A modell alapján született egyezményeknek a fogyatékos személy nem tárgya, hanem *alanya*; ez egy nagy előrelépés a korábbi modellek fogyatékoság-megítélései után [Nagy, 2011].

2. A normalizációs elv

A normalizációs elvet a hatvanas években dolgozták ki Svédországban, Bengt Nirje nevéhez fűződik, aki egy értelmi fogyatékosok érdekvédelmével foglalkozó szervezet elnöke volt. Az értelmi fogyatékos embereket kifejezetten érintik az elszigetelődés és elkülönítés problémái; a normalizáció ezekkel szemben biztosítja az alapot az interperszonális kapcsolatok fejlesztésére, szociális integrációra. Olyan pedagógiai eszközöket szeretne kidolgozni, melyek által az érintett személyek életkörülményei, lehetőségei legjobban illeszkednek az adott kultúrában elfogadott mintákhoz.

A normalizációs elv 8 területre kell, hogy hatással legyen Nirje szerint: a normális napi, heti és éves ritmus, a normális tapasztalatok az egyes életszakaszokról, a normális tisztelet, normális lehetőségek a heteroszexuális világba történő beilleszkedésre, normális életszínvonal és normális környezeti feltételek területeire. Wolfensberger szerint, ha az emberek olyan nagyintézményben élnek, amelyről a társadalomnak negatív képe van, akkor az adott személyek bennragadhatnak ebben a negatív képben. A totális intézmények tehát alkalmatlanok arra, hogy megállítsák a stigmatizálás folyamatát, és hogy normalizált életterré váljanak a fogyatékos ember számára. A normalizációs elv elismeri azt, hogy olykor speciális segítségnyújtásra van szükség, és nem az a célja, hogy az akadályozott embereket segítség nélkül helyezze ki a társadalomba. Sikeres beilleszkedésről akkor beszélünk, ha az integráció hat szintje – téri, funkcionális, szociális, perszonális, társadalmi és organizatorikus integrációk – egyszerre valósulnak meg.

A normalizációs elv képviselői szerint nem valós elvárás az, hogy a normalizáció az abszolút független életet jelentse, hiszen gyakorlatban megvalósulva ez több formában jönne létre, így nem csupán az enyhe fokban sérült emberekre irányul, hanem a halmozottan hátrányos helyzetűekre is. Amikor ezeket az embereket totális intézménybe, a társadalomtól messze zárjuk, azzal alábecsüljük a képességeiket, hiszen egy olyan környezetet teremtünk nekik, amely a társadalom valós jelenségeit nem modellezzik, és gyakran embertelen körülmények közé kényszerítjük őket.

Törekvés indult tehát a totális intézmények felszámolására és lakóotthonok kialakítására azért, hogy az olyan káros folyamatoknak, mint a stigmatizáció, elejét vegyék. A normalizációs elv feltárta azt az ellentmondást, mely szerint a fogyatékos emberek életmódját függetlenné kell tenni az intézményektől, azonban az értelmi akadályozottak megszüntethetetlenül függenek a társadalomtól és az adaptációval is gondjaik lehetnek [Zászkaliczky, 1998].

3. A deinstitutionalizáció

A deinstitutionalizáció vagy intézménytelenítés olyan folyamat, amely a fogyatékos személyek számára fenntartott intézetek, totális szociális intézmények felszámolását célozza. Legalább két területe különíthető el egymástól: az ideg- és elmegyógyintézetek értelmi fogyatékos részlegeinek emberségessé tétele, felszámolása és a lakók kisebb lakóközösségekbe helyezése, valamint a regionális ellátási rendszer létrehozása [Zászkaliczky, 1998]. Bugarszki szerint az intézménytelenítés fogalma nem pontos, mivel a totális intézmények felszámolását helyezi központba, és a közösségi-alapú szolgáltatások hiányoznak belőle. Az intézménytelenítés fogalmának tisztázására négy kritériumot alakított ki. Az első szerint a nagy intézetek kisebb méretűekre váltódnak ki, integrálódnak a közösség közé, és humanizálódnak. A második szerint a közösség keretei között szervezik meg az egészségügyi, szociális stb.

szolgáltatásokat. A harmadik kritérium azt foglalja magában, hogy az intézménytelenítésben paradigmaváltás is megfigyelhető, ugyanis eltűnik az a szándék, hogy az érintetteket tartsák távol a közösségtől, és horizontálisan szerveződő, együttműködésre építő módszerek kerülnek előtérbe. Végül leszögezi, hogy az intézménytelenítés tudatos szakmapolitikai lépésként értelmezhető [Bugarszki, 2011].

4. A kitagolás jogi előkészítői

Az **1998. évi XXVI. törvény** (A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról) célja *„a fogyatékos személyek jogainak, a jogok érvényesítési eszközeinek meghatározása, továbbá a fogyatékos személyek számára nyújtandó komplex rehabilitáció szabályozása, és mindezek eredményeként a fogyatékos személyek esélyegyenlőségének, önálló életvitelének és a társadalmi életben való aktív részvételének biztosítása.”* A 17.§ azt foglalja törvénybe, hogy a fogyatékos személyeknek személyes körülményeiknek megfelelő lakhatási formamegválasztásához van joguk, valamint az 50 főnél nagyobb intézetek kiváltásáról is szól. 2013. december 31-éig minimum 1500 fő nagyintézményi lakóhelyet kell kiváltani. [<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.TV>]

A törvény alapelvei szerint olyan lakóintézményeket kell létrehozni, amelyekben a lakók a nem fogyatékos társaikhoz hasonló körülmények között élhetnek házakban vagy lakásokban; képesség szerinti önállóságot biztosítanak, mely szerint nem gondolnak túl senkit, de aki igényli a kiemelt figyelmet, az megkaphatja; az egyéni képességek kibontakoztatása, fejlesztése is előtérbe kerül; valamint a megfelelő szakemberek, szolgáltatások és módszerek biztosítása is központi kérdéssé válik.

Magyarország 2007-ben csatlakozott a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló 2006. december 13-án elfogadott **ENSZ Egyezményhez**, ezt a 2007. évi XCII. törvényben legitimálták. A törvény szól az önálló életvitelről, közösségbe való befogadásról a következő területeken: egyenlő jog a közösségben való élethez, szabad döntéshez, teljes közösségi részvétel, lakhely megválasztásának joga, támogató szolgálatok heterogenitása, igényekhez igazított, hozzáférhető közösségi szolgáltatások.

2010 márciusában **országgyűlési döntés** született az 50 férőhelynél nagyobb szociális intézmények kiváltásáról, következő év tavaszára a Kormány **határozatot** bocsátott ki a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról (**Stratégia**). A határozat megbízza a nemzeti erőforrás minisztert egy, a Stratégiában leírt feladatok koordinálására létrehozandó testület felállításával: Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület (1257/2011. (VII.21.) Korm. határozata). [<http://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/06/Kormanyhatározat-es-Strategia-a-fogyatekos-szemelyek-szamarapolast-gondozast-nyujto-szocialis-intezmenyi-ferohelyek-kivaltasarol.pdf>]

A Stratégia célja az, hogy lakóköznyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, öngondoskodáson alapuló lakhatási formák felé kezdeményezze az elmozdulást. Az eddigi bentlakásos intézmények komplex szolgáltatásai két ágra bomlanak szét: önálló életvitelt segítő szociális és lakhatási szolgáltatásokra. A lakhatási szolgáltatások 3 formáját különböztetjük meg a lakók egyéni szükségletei szerint: lakás (max. 6 fő), lakóotthon (max. 12 fő) és lakócentrum (max. 50 fő). A Stratégia szerint azoknál a személyeknél, akik egész életüket nagy szociális intézményben töltötték, kiemelten figyelni kell a fokozatosság és folyamatosság elveire a kiköltöztetésekor [Radványi, Regényi & Csorba, 2013].

5. A lakóotthonok jogi szabályozása

Az 1993.évi III. törvény szól az ellátási formákról és keretekről: a személyes gondoskodást, azaz a *szociális alapszolgáltatásokat* és a *szakosított ellátásokat* az állam és az önkormányzatok kötelesek biztosítani.

A lakóotthon a szakosított ellátási formák közé tartozó, *személyes gondoskodás* keretébe tartozó, nagyintézményben történő ellátást felváltó lakhatási forma, ahol 8-12 (külön jogszabályban meghatározott esetben 14 fő) személy ellátása történhet. Kiket fogadnak be az adott lakóotthonok? Fogyatékos felnőtt embereket, pszichiátriai betegeket, autizmus spektrumzavarral élő személyeket, illetve szenvedélybetegeket. Az itt kapott ellátások megfelelnek az érintettek életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének. Három típusát különböztetjük meg a lakóotthonoknak:

- fogyatékos személyek lakóotthona
- pszichiátriai betegek lakóotthona
- szenvedélybetegek lakóotthona.

A lakóotthonok fogyatékos személyek ellátása esetén a következő ellátási formákban működhetnek: rehabilitációs céllal, illetve ápoló-gondozó céllal.

Az 1993. évi III. törvény 85/A.§ (4) szerint *Rehabilitációs célú lakóotthonba helyezhető az a személy:*

- akinél az intézményi elhelyezés során a felülvizsgálat alátámasztja azt, hogy az **önálló életvitel megteremtésében** indokolt a lakóotthoni elhelyezés.
- aki családban él, viszont **képességfejlesztése és ellátása** lakóotthoni keretek között biztosítható, valamint **rehabilitációja** a családban nem oldható meg.
- az előző két ponton túl a személy legalább részben **önellátásra képes**.
- 16 éven felüli, de még nem öregségi nyugdíjas.

Ugyanezen törvény (5) bekezdése szerint *ápoló-gondozó célú lakóotthonba* fogyatékoságának jellegétől és súlyosságától függetlenül elhelyezhető a fogyatékos személy, figyelemmel a következőkre: 16. életévét már betöltötte; családban él, viszont képességfejlesztése és ellátása lakóotthoni keretek között biztosítható, valamint rehabilitációja a családban nem oldható meg. E típusú lakóotthonba a nagykorú személyek elhelyezésének feltétele az orvosi dokumentáció felhasználásával elvégzett alapvizsgálat. [<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV#lbj638id4b60>]

6. A kitagolás pozitív hozadékai a külföldi példák alapján

A külföldi tapasztalatok adnak egy jó példát, alapot arra, hogy a kiscsoportos lakóotthonok jól működnek. A tapasztalatok alapján el lehet mondani, hogy ez a forma jobb életminőséget biztosít a lakóinak, minden fogyatékos személy ellátására megfelel, és a normál lakhatási formákhoz való közeledéssel a magánszférához és önrendelkezéshez való jogok területén is a normálhoz közelednek. Az életminőség a következőkben javul: döntési lehetőségek kibővülése, szociális kapcsolatok szélesebbé válása, szorosabb kapcsolat a hozzátartozókkal, lehetőség a közösségi szolgáltatások igénybe vételére, képességfejlesztés nagyobb lehetősége, szabadidő aktív eltöltésének lehetősége, agresszív és autoagresszív események visszaszorulása (kisebb közösségben kevesebb az ütköző érdek, vélemény), szorosabb együttműködés [Radványi, Regényi & Csorba, 2013].

7. Valós magyarországi helyzet

A kilencvenes évek végén ugyan épültek lakóotthonok a Soros Alapítvány segítségével, néhány intézetet felújítottak, építészetiileg átalakítottak, hogy javuljon a lakók életminősége (foglalkoztató termek, csoportszobák, közös termek, terápiás helységek), de sajnos nagy változások nem figyelhetők meg. Modernizációk tehát történtek, azonban még mindig dominál a közösségtől elszigetelt, nagy létszámú lakhatási formák megléte és igénybe vétele.

A meglévő *lakóotthonok*ban azonban nagy tere van az önrendelkezés kibontakoztatásának: a lakók kis létszámú szobákban (1-2 ágy) élnek, szabad a lakótársválasztás, saját eszközeikkel rendezhetik be szobáikat, napirendjüket és tevékenységüket szabadon alakíthatják, viszont segítők megválasztásában nincs ekkora szabadságuk.

A **dominálo lakhatási forma** még mindig az értelmi fogyatékosok *bentlakásos intézete*, melyre a már említett két sajátosság jellemző: a nagy távolság a városoktól, községektől, valamint a nem megfelelő szakember-ellátottság. Azt, hogy ki és miért veszi igénybe az intézeti ellátást, több tényező befolyásolja: családnak nyújtott támogatások, szolgáltatások, szociális ellátások, megközelíthetőség, elérhetőség, ár és a kínált szolgáltatások [Radványi, Regényi & Csorba, 2013].

A 2011-ben megalkotott kiváltási stratégia hozta a fordulatot, hiszen ez határozta meg a folyamat alapvetéseit, és ennek nyomán indultak el az első kiváltási projektek. Ez a folyamat a szakemberek között megindította a szakmai párbeszédet, vitákat gerjesztett, és meg is teremtette a 2017-2036. évekre vonatkozó koncepciót, melynek fő gondolata: a kiváltási folyamat középpontja a fogyatékos ember. A 2007-2013-as progamozási időszak főbb tapasztalatai, következtetései a következők: mindenféleképpen szükséges egy olyan belső szakértői csapat létrehozása, amely szakmailag megfelelően felkészült, és a folyamatot jól érti. Ha szakemberként nem értjük a lakókat, családjukat, a velük dolgozó szakembereket, ellenállásba ütközhetünk, és nem fog létrejönni az a férőhelykiváltás, melyet szakmai fejlődés és innováció övez [IFKT módszertan, 2017].

8. Intézmények – magyarországi helyzet

Az utóbbi 40 évben alig építettek intézeteket azért, hogy azok értelmi fogyatékos személyeknek adjanak otthont; államosított kastélyok, kúriák, laktanyák töltik be jelenleg ezt a funkciót. Az épületek jellege miatt az következik, hogy a nagyintézetek távol vannak a városoktól, településektől, ahol a társadalom többi része él, sőt az intézetek az azokban lakók lakhelyétől is messze helyezkednek el. Ez több problémás pontot is felvet: a hozzátartozóknak nagy költség meglátogatni a lakót (a Budapesthez tartozó intézetek 2-300 km-re található a fővárostól), a lakókat ingerszegény környezet veszi körül, és a foglalkoztatás kérdése is kimerül a ház körüli munkák elvégzésében. Az intézetekben a két munkakört betöltő csoport között megfigyelhető az a különbség, hogy az ellátást biztosító személyek (karbantartók, pénzügyi munkatársak stb.) többnyire szakirányos végzettséggel rendelkeznek, és a munkakörüknek megfelelő tevékenységet végeznek, míg a szakmai csoport résztvevőinek (lakók nevelése, gondozása stb.) nagy része nem rendelkezik megfelelő képesítéssel. Ez adódhat abból, hogy az intézetek távol esnek a nagy településektől, így a kínálgzó munkákat olyan személyek töltik be, akik közel élnek az intézethez – az intézetek foglalkoztatott-állományát a település munkaerő-kínálata erősen befolyásolja.

A magyarországi intézetek egymástól eltérnek létszámukban, infrastrukturális

jellemzőikben, a lakók homogenitása és heterogenitása szempontjából, de van pár vonás, amelyben hasonlóság figyelhető meg köztük: mind felnőttkorúakat gondoznak, akik valamilyen fogyatékossgal élnek, és ezek az otthonok állami fenntartásúak [Zászkaliczky, 1998].

A fővárosban nincsen bentlakásos otthon a felnőtt fogyatékos személyeknek, az intézményei általában az ország nyugati határszélein találhatóak. Ugyanez figyelhető meg a megyék szintjén is: a megyeszékhelyeken nincs, vagy alig van intézet, míg a megyék periferiáin vagy eldugottabb területeken magasabb az előfordulási arányuk. Így a fogyatékos személyek arra kényszerülnek, hogy a lakóhelyüktől távol vegyék igénybe e szolgáltatásokat, és elvándoroljanak. E mellett a probléma mellett a lakóknak még egyéb hátrányaik vannak ezekben az intézetben, mert a szociális kapcsolataik szegényebbek, gyengébbek, választási lehetőségeik és mozgásszabadságuk korlátozott (igen gyakran szélsőséges mértékben). Ezek az intézmények sok esetben életre szóló, végleges szállásként funkcionálnak az értelmi fogyatékos személyeknek; csak az esetek egyharmadában szűnik meg a gondozás indokoltsága, más esetekben végleg bent maradnak, és ott hunynak el vagy helyeződnek át más intézetbe az érintett személyek [Verdes, Scharle & Váradi, 2011].

9. Az igénybevevők

Ezeket a bentlakásos intézeteket a felmérések szerint az értelmi fogyatékos személyek egy kisebb csoportja veszi igénybe, mert legtöbbjük a családjukkal él. Az igénybevevők döntően középsúlyos értelmi fogyatékosok, akik támogatásra, gondozásra szorulnak. Magyarországon 30 éve nem készült átfogó vizsgálat a fogyatékossgokról, a 2001-es népszámlálás próbálkozott ilyen jellegű vizsgálattal: akkori számítások szerint az országban 57 ezer értelmi fogyatékos ember van. 2004-ben a Kézenfogva Alapítvány felmérése szerint a súlyosan-halmozottan fogyatékos emberek száma 12 ezer fő körülire tehető. Az előző két vizsgálat adatai bizonytalanak, nem tekinthetők tökéletesen megbízhatónak vagy módszertani szempontból, vagy az intézetben élők és idősek számának megbecsülhetőségi nehézsége miatt. Bass 2006-2007-ben készített egy reprezentatív kutatást összességű felmérést, mely szerint kb. 25 ezer súlyos, középsúlyos értelmi fogyatékos van az országban [Radványi, Regényi & Csorba, 2013].

10. Javaslatok a kitagolás folyamatára

Az értelmi fogyatékos személyek számára létrehozott és működő bentlakásos lakóotthonok tehát nem megfelelőek számukra, nem biztosítanak olyan jogokat és lehetőségeket, melyekkel a többségi társadalom tagjai rendelkeznek, ezért nagy szükség van a kitagolásra, és közösségi lakóotthonok létrehozására, e folyamat kivitelezésére több javaslat létezik. Az intézménytelenítés folyamata több parlamenti ciklust is átfog, így felméréseket és terveket kell végezni a folyamat megkezdéséhez. A kitagolás elköteleződést igényel, ezért meg kell szüntetni a források áramlását a nagy intézetekhez nagy beruházásokra. A központi költségvetésből el kell különíteni bizonyos összegeket a kitagolásra és közösségi lakhatási szolgáltatásokra. Azokra is figyelmet kell fordítani, akik a lakóhelyüktől nagyon távoli intézetekben éltek – ők főként budapesti lakosok, így fontos a főváros közigazgatási határain belül is létrehozni közösségi lakhatási formákat. A nagyintézményekben dolgozó személyzetet

a település munkaerő-állománya alkotta, így a totális intézmények feloszlásával az ő munkahelyük is megszűnik, vagy a lakóotthonok lakóhelyhez közelivé tételével a dolgozók lakóhelyétől kerülnek távol, így a kitagolási folyamat során arra is figyelmet kell fordítani, hogy milyen segítséget lehet nyújtani ezeknek az embereknek.

Mindent számba véve és felsorolva felmerülhet a kérdés, hogy miért halad ilyen lassú ütemben a haza kitagolás folyamata. A kitagolási folyamatnak ún. *stakeholderei* vannak – ez azt jelenti, hogy a folyamat szereplői olyan személyek, akiknek sérti az érdekeit a kitagolás. Azok a személyek, akiknek nagy befolyása van a folyamatra, megakadályozhatják a kitagolás végbemenetelét; ilyenek például az intézetek vezetői, dolgozói, a bürokrácia. Az a legnagyobb probléma, hogy a kitagolási folyamat kulcsszereplői általában a folyamat legnagyobb ellenzői is egyben, így a nagy intézetek jövőjéről az ő befolyásuk, döntésük fog rendelkezni. Erre a patthelyzetre lehetséges megoldás a kompromisszumkötés, közös stratégiák alkotása és a kompenzálás [Verdes, Scharle & Váradi, 2011].

11. Egy hazai, jól működő példa: a Baráthegyi Lakóotthon

2009. január 1-jén nyitotta meg kapuit a Baráthegyi Lakóotthon, egy szociális farm a Kisszilvás völgyben. Az intézmény sérült fiatalokat (értelmileg akadályozott személyeket, autizmus spektrumzavarral élőket és halmozottan sérült személyeket) lát el; célja, hogy az ott élő fogyatékos személyeket foglalkoztassa, és önálló élet kialakítására képessé tegye őket.

A lakóotthonban 14 fiatal él, alapterülete 600 négyzetméter, mindenki egyágyas, saját fürdőszobás szobákban lakik: e kedvező körülmények között folyik az állattartó gazdálkodás, háziállat-tenyésztés, és itt történnek a lakókkal az önálló élet apró-cseprő dolgai. A munkavégzéssel kapcsolatban fontos megjegyezni: mindenki olyan munkát végez, mely a képességeinek megfelelő. Az állattartás mellett jellemzőek a kézműves tevékenységek, azaz a gyertyaöntés, gyöngy ékszerek készítése, szöttek termékek előállítás.

A munka és a vidéki harmonikus élet mellett az ott élők fejlesztésekben és terápiákban részesülnek: a fejlesztéseknek hála a lakók képesek lesznek az önálló életvezetésre (ez egy halmozottan sérült vagy értelmileg akadályozott fiatal esetében rendkívüli fontosságú!), a terápiák által pedig a mindennapok színesednek, személyiségük gazdagabbá válik.

A Kitagoló ház pedig az első olyan intézmény Magyarországon, ahol két sérült személy is készülhet az önálló életre. Nekik egy külön apartman áll rendelkezésükre, egy tréninglakás, ahol megtapasztalhatók az önálló élet nehézségei és örömei, miközben a biztonságot nyújtó háttér rendületlenül a fiatalok mögött áll. [<https://szimbiozis.net/lakootthon>]

12. Összegzés

A társadalom általában elutasító véleményt fogalmaz meg a nagyintézetekkel szemben, így az ott élők esetében is fennáll annak a veszélye, hogy ez a kép rajtuk ragad, ezért a kitagolás folyamatát mihamarabb el kell végezni. A kiscsoportos lakóotthonokban és közösségi lakószolgáltatást igénybe véve a fogyatékos személyek életvitele, minősége közelít a „normálhoz” – azt, hogy ez létrejőjön, törvényi szabályozások is biztosítják, ugyanakkor ennek dacára jelentős változásokat nem tapasztalunk a kezdeti állapothoz viszonyítva. A kitagolási folyamatnak vannak visszatartói is, akikkel megegyezésre kell jutnunk annak érdekében, hogy a szolgáltatást igénybe vevő értelmi fogyatékos embereknek olyan életformát biztosítsunk, ahol érvényesül az önrendelkezés és öngondoskodás, szabadság elve.

Irodalomjegyzék

Nyomtatott források:

BUGARSZKI Zs. (2011). „Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén” *Esély* 22(2), 55-85.

NAGY Z. (szerk.) (2011). Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, TÁMOP 5.4.1./08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt, 9-16.

RADVÁNYI K. – REGÉNYI E. – CSORBA J. (2013). „Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is”. Értelmileg akadályozott emberek életminősége és a kitagolás kérdése” *Gyógypedagógiai Szemle* 41(4), 262-274.

VERDES T. – SCHARLE Á. – VÁRADI B. (2011). „Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól” *Esély* 22(4), 3-34.

ZÁSZKALICZKY P. (szerk.). (1998). *A függőségtől az autonómiáig*. Soros Alapítvány, Kézenfogva Alapítvány, Budapest

CSUMÁN-LECHNER A. – ESZIK O. – DR. GAZSI A. – KOVÁCS É. – MATOLCSI R. – PORDÁN Á. – SÁNDOR Z. – SZABÓNÉ IVÁNKU Zs. (2017). „Intézményi férőhely kiváltási terv módszertani útmutató” EFOP-1.9.1-VEKOP-15-2016-00001 kódszámú „TÁRS PROJEKT - Szociális intézményi férőhely kiváltási szakmai koordinációs műhely kialakítása”, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft, Budapest

Ábrajegyzék:

1. kép: A „fogyatékoság” értelmezése az FNO alapján. forrás:
http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_a_fogyatekossagtudomany_a_mindennapi_eletben/FM/sfmjs43g.htm letöltés dátuma: 2019. április 21.

Joganyag hivatkozása:

<http://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/06/Kormanyhatározat-es-Strategia-a-fogyatekos-szemelyek-szamarapolast-gondozast-nyujto-szocialis-intezmenyi-ferohelyek-kivaltasarol.pdf> A Kormány 1257/2011. (VII.21.) Korm. határozata a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociálisintézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról. letöltés ideje: 2019. április 21.

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. letöltés ideje: 2019. április 21.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.TV#lbg638id4b60> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról letöltés ideje: 2019.04.28.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700092.TV> 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről letöltés ideje: 2019. április 22.