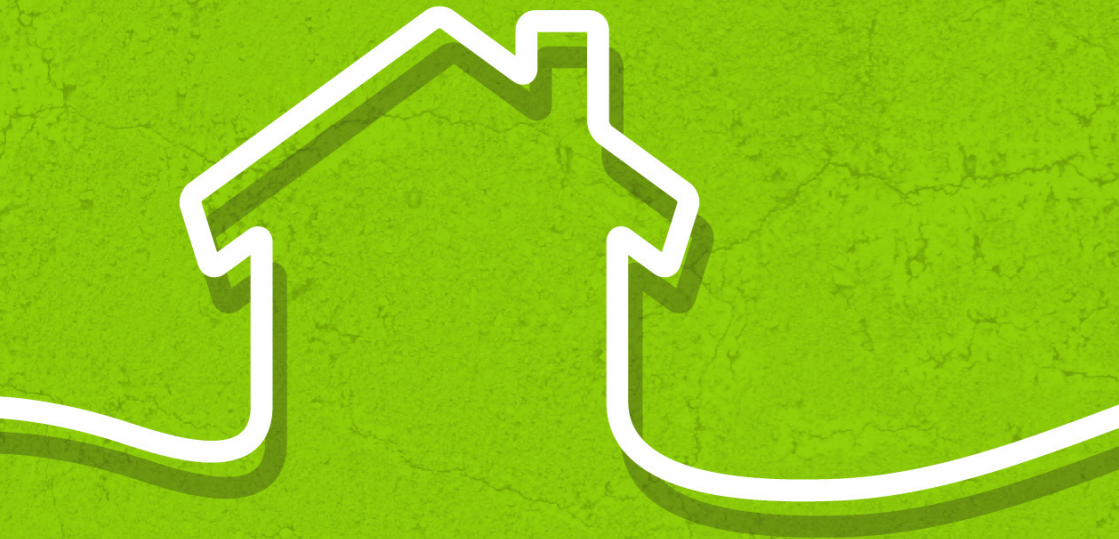


TÁMOGATOTT ÉLET

TANULMÁNYOK



Filadelfia Integrált Szociális Intézmény
Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ

TÁMOGATOTT ÉLET

TANULMÁNYOK

TÁMOGATOTT ÉLET

Fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg
személyek társadalmi beilleszkedése, lakhatása

Szerkesztette:
Serafin József



Baptista Egyházi Szociális
Módszertani Központ

Budapest
2021

A kötetet a Filadelfia Integrált Szociális Intézmény Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központja gondozta.

Szerzők:

Bódy Éva, Cserti-Szauer Csilla, Hajdu Julianna, Herold Krisztián, Horváth Dániel, Dr. Juhász Péter, Katona Vanda, Nelhübel-Oláh Henriette, Marton Krisztina, Nyitrai Imre, Sándor Anikó, Sziklai István, Szirtes-Tankó Tünde, Tőkés Tibor

Előszó:

Dr. Andrászi-Tóth Veronika

Szakmai lektorok:

Dr. Andrászi-Tóth Veronika és Molnár István János

© Filadelfia Integrált Szociális Intézmény

© Szerzők, szerkesztő

Nyomtatott változat: ISBN 978-615-01-0617-5

Digitális változat: ISBN 978-615-01-0618-2

Felelős kiadó: Opauszki György, a FISZI vezetője

Borító és tördelés: Sinka Csaba (Grafikrea Design)

Nyomda: DELACH 2016 Kft

Tartalom

Előszó	7
Hajdu Julianna Támogatott lakhatás pszichiátriai és szenvedélybetegek részére <i>Az elméletek gyakorlata – különös tekintettel az alkoholbetegek ellátására</i>	9
Herold Krisztián Pszichiátriai betegeknek nyújtott otthon közeli rehabilitáció a támogatott lakhatás és a célcsoporti alapszolgáltatások vonatkozásában.....	32
Horváth Dániel Támogatott lakhatás a számok tükrében.....	56
Juhász Péter A támogatott lakhatás koncepciója a támogatott döntéshozatal paradigmájának tükrében	79
Marton Krisztina Komplex kérdések <i>Szenvedélybetegek körében végzett komplex szükséglet- felmérések tapasztalatai az elmúlt 5 év tükrében</i>	95
Nyitrai Imre Harmadik út? – a támogatott lakhatás innovatív hatásai és lehetőségei	120
Nelhübel-Oláh Henriette Brüsszel kiváltása – komplex szemléletváltás	147

Sándor Anikó – Bódy Éva – Cserti-Szauer Csilla – Katona Vanda

A teljes társadalmi részvétel és az önrendelkező élet támogatása
A lakhatási és egyéb közösségi alapú szolgáltatásokban rejlő
potenciálról 171

Sziklai István

A kiváltás és a támogatott lakhatás kapcsolata: megközelítések
és kritikák..... 200

Tőkés Tibor

A félutas programoktól a támogatott lakhatásokig 220

Emberek, életek, történetek a támogatott lakhatásban

Az interjúkat készítette és a szöveget összeállította:

Szirtes-Tankó Tünde 232

Válogatott bibliográfia 257

Szerzők 272

Előszó

Kedves Olvasó!

Egy hiánypótló tanulmánykötetet tart a kezében, amely a támogatott lakhatás szociális szolgáltatást mutatja be annak minden aspektusából. A támogatott lakhatás kifejezésről mindenkinek más-más jut eszébe elsöre: nagylétszámú intézmények kiváltása, önálló életvitel, önrendelkező élet, személyközpontú, szükséglet alapú szolgáltatásnyújtás, társadalmi befogadás, közösségi alapú szolgáltatás... és még hosszan folytathatnám a felsorolást, amit az egyes tanulmányok meg is tesznek. A kötet szerzői minden létező megközelítésből megvizsgálják a támogatott lakhatást, annak szabályozását és gyakorlatát. A tanulmányok betekintést nyújtanak az elmúlt tíz év szabályozásába, annak hátterébe, az egyáltalán nem elhanyagolható finanszírozási szabályozás változásaiba, valamint a külföldi irányzatokba és elméletekbe, kitérve a magyar irány nemzetközi kritikáira is. Olvashatunk a cselekvőképesség és a támogatott döntéshozatal kérdéséről, valamint a fogyatékos emberek önrendelkezését támogató szolgáltatásokról is. A kötet egyedülálló voltát azonban mégiscsak az adja, hogy számos tanulmány a támogatott lakhatás gyakorlati működésébe enged bepillantást. Olyan, gyakorlati oldalról csak szűk körben ismert szolgáltatások bemutatása kapott helyet a kötetben, mint a szenvedélybetegek és a pszichiátriai betegek támogatott lakhatása. A szenvedélybeteg célcsoport esetében megismerhetjük a támogatott lakhatás szolgáltatás „specialitását”, többlettartalmát, hiszen a szenvedélybetegek esetében más a cél: a felépülés érdekében tevékenykednek, és a cél a társadalomba való visszailleszkedés, munkavállalás és önálló lakhatás megteremtése.

Pályám során megtanultam, hogy az egy dolog, hogy mi szerepel a jogszabályban, ettől még nem biztos, hogy az a végrehajtás során, a gyakorlatban is úgy van. Különösen igaz lehet ez egy új szemléletű szolgáltatás esetén, amikor egy több évtizedes szemlélet és annak gyakorlata helyébe alapjaiban

más ellátásszervezés és szolgáltatásnyújtás lép. A paternalista és medikális szemléletről áttérni az egyént és az ő szükségleteit középpontba helyező, a képességei kibontakoztatását segítő, majd ezekre építő és a döntése, igényei alapján szerveződő szolgáltatásra, egy folyamat, nem megy egyik napról a másikra. A dolgozóknak idő kell ahhoz, hogy az intézményi kultúrában biztosított uniformizált ellátás helyett, a hétköznapi szintjén elsajátítsák a korábbi rögzült, napi rutinnal szemben a jóval nagyobb odafigyelést igénylő új szerepet. Az intézményi keretek között szocializálódott, de még a családjából költöző fogyatékos személyek esetében is időigényes folyamatot jelent az új életformára való áttérés, a beilleszkedés. Természetesen eltérő lehet a szemléletváltásból adódó kihívás a nagylétszámú intézmények kiváltása során és a kiváltástól függetlenül létrejövő támogatott lakhatás működtetése esetében. A támogatott lakhatás és a közösségi alapú szolgáltatások létrejötte, kiépülése is egy folyamat része, amely 2013-ban kezdődött, és most is tart. Nem dőlhetünk hátra, hiszen mindig van teendő a rendszer finomhangolása, továbbfejlesztése terén, akár a szabályozás, akár a végrehajtás szintjét nézzük. Abban azonban biztos vagyok, hogy a támogatott lakhatás olyan innováció, amelynek köszönhetően az ott élők kerülnek a középpontba szükségletüknek, igényeiknek megfelelően, elképzeléseik, döntéseik figyelembevételével, életminőségük pedig eléri a XXI. század elvárásainak megfelelő szintet. E kötet tanulmányai a jelen állapotról adnak pillanatfelvételt, és sok esetben a jövőt, a továbblépés lehetséges irányait is felvillantják.

dr. Andráczi-Tóth Veronika

főosztályvezető

EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya

Hajdu Julianna

Támogatott lakhatás pszichiátriai és szenvedélybetegek részére

Az elméletek gyakorlata – különös tekintettel az alkoholbetegek ellátására

Absztrakt

Jelen tanulmányban a pszichiátriai, és szenvedélybetegek támogatott lakhatásának biztosítását vizsgálom, ezen belül kiemelve a szenvedélybetegeket. Közülük pedig az alkoholbetegek életében történő változás/változtatás jelentőségét a támogatott lakhatás biztosításával. Különbséget teszek a szenvedélybetegekkel foglalkozó támogatott lakhatások küldetésében: tiszta házak kontra absztinenciát nem követelő támogatott lakhatások. A tanulmány mellett érvel, hogy a támogatott lakhatás az alkoholbetegség minden szakaszában segítséget tud nyújtani, akár megérett az alkoholbetegekben a változás/változtatás vágya, s elindultak ebbe az irányba, vagy még csak érlelődik bennük, és segítséggel, támogatással ráléphetnek a felépülés útjára.

A támogatott lakhatás szerepe a szociális ellátások helyi rendszerében

A rendszerváltást követően felszínre kerültek a társadalmi problémák, így a szociális munka jelentősége is előtérbe került. Az államszocializmus ideológiája szerint a szociálpolitika és a szociális munka is szükségtelen volt, mivel *nem voltak társadalmi problémák*, melynek kezelésével foglalkozni kellett volna. Köztudott, hogy a szociálpolitika a társadalom működésével foglalkozó szaktudomány, a társadalom működését kívánja befolyásolni a szociális élet területén. Meghatározza a célokat, s ehhez hozzárendeli az eszközöket. A szociálpolitikának közvetlen hatása van az állampolgárok jólétére azzal, hogy széleskörű program keretében jövedelmet és szolgáltatásokat biztosít számukra. A rendszerváltást követően megindult a szociális törvényalkotási

folyamat, hatályba lépett a 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban: Szociális Törvény). A Szociális Törvény meghatározza a célokat és hozzárendeli az eszközöket is, annak érdekében, hogy közvetlen segítséget nyújtson a rászoruló állampolgárnak. 1993 és 2021 között, a 28 év alatt számos módosításon ment keresztül, a fenti, változatlan alapcél érdekében új szolgáltatások biztosítására is lehetőség nyílt.

Szociális ellátórendszerünk felosztható szociális alapszolgáltatásokra, szakosított ellátásokra és fejlesztő foglalkozásra. Az alapszolgáltatások megszervezésével az állam és a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan rászorulóknak részére saját otthonukban és lakóközösségükben önálló életvitelük fenntartásában, valamint egészségi állapotukból, mentális állapotukból vagy egyéb okból származó problémák megoldásában. A szakosított ellátási formában kell gondozni az egyéneket, ha életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt az alapszolgáltatás keretében nem lehet gondoskodni ellátásukról.

Itt meg kell említeni a szociálpolitika egyik fontos alapelvét, a szubsidiaritást a segítségnyújtásban. Az egyénről való gondoskodás elsődlegesen a család feladata. Ahol a probléma keletkezett, ott kell kezelni. Amennyiben a közvetlen környezet, a család már nem tud gondoskodni a személyről, akkor lép be következő szinten az állam, önkormányzat az alapszolgáltatások biztosításával. Ha az egyén egészségi, mentális állapota, szociális helyzete miatt már az alapszolgáltatás sem elegendő a szociális biztonság megteremtésére, akkor a következő szinten a szakosított ellátások nyújtanak megfelelő ellátást.

A támogatott lakhatás nagyon fiatal szolgáltatásnak minősül: 2013. január 1-én lépett hatályba az a módosítás, mely tartalmazza 3 célcsoport számára ezen ellátási forma biztosításának feltételeit. A részletszabályok ezzel az ellátási formával kapcsolatosan 2013. augusztus 1-i hatállyal kerültek be a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendeletbe. A támoga-

tott lakhatás a törvény értelmében személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás, ami nem tartozik sem a tartós bentlakásos intézmények, sem az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények körébe. Ugyanakkor a törvény nevesíti, hogy a bentlakásos intézményekre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni a támogatott lakhatások esetében is. A támogatott lakhatás szakosított, bentlakásos intézmény.

A támogatott lakhatás elsődleges célja az intézményi férőhely kiváltásnak az elősegítése volt. Ennek alapján különbséget kell tennünk az új támogatott lakhatás szolgáltatás létrehozása és a meglévő szociális intézmény átalakítása között. Az intézményi férőhely kiváltás paradigmaváltás a szociális szolgáltatások területén. Célja a nagy létszámú tartós bentlakást biztosító szociális intézmények átalakítása, úgy, hogy a lakhatás mellett személyközpontúan, a személyes szükségletekre reagálva szerveződjön a szolgáltatás, az alapszolgáltatások bevonásával. A támogatott lakhatás tehát olyan szakosított ellátási forma, ahol a szolgáltatási elemeket az alapszolgáltatásokkal biztosítja.

A támogatott lakhatás természetes és professzionális támogatói hálózat létrehozásával, működtetésével támogatja a lehetőség szerinti önálló életvitel kialakítását és fenntartását. Személyközpontú, egyénre szabott szolgáltatások, támogatások, programok révén az egyén elvárásaihoz és igényeihez igazodó lakhatást nyújt a szolgáltató. Az egyén meglévő képességeire építve, azt fejlesztve, a lakhatás és a mindennapi életvitel támogatásának különválasztásával lehetőséget biztosítunk új készségek elsajátítására.¹

A Szociális Törvény 75 § (1) bekezdése értelmében a támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek – ide nem értve a demens személyeket – és szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően,

1. Pszichiátriai betegek esetén, a szakvizsgálatokon való megjelenés és a felírt gyógyszerek előírászerű használatának elősegítése, meglévő készségek fenntartása, újak kialakítása a fő feladat. A szenvedélybetegeknél a szerhasználat káros következményeinek a feltérképezése és a minőségi változásra/változtatásra alkalmas belső motiváció megtalálása a fő cél a lakóval közösen.

az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja a következő szolgáltatásokat, szolgáltatási elemeket:

- lakhatási szolgáltatást,
- az önálló életvitel fenntartása, segítése érdekében a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt,
- a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételeiben való segítségnyújtást.

Az ellátott komplex szükségletfelmérése alapján, erre vonatkozó igény esetén:

- felügyeletet,
- étkeztetést,
- gondozást,
- készségfejlesztést,
- tanácsadást,
- pedagógiai segítségnyújtást,
- gyógypedagógiai segítségnyújtást,
- szállítást,
- háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást.

A szolgáltatási elemek biztosítása a helyi szolgáltatási gyűrű kialakításával, együttműködésével érhető el.

Szolgáltatási elemek	Releváns szolgáltatások			
Felügyelet	jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás	
Étkeztetés	étkeztetés	nappali ellátás		
Gondozás	házi segítségnyújtás	közösségi alapellátás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás

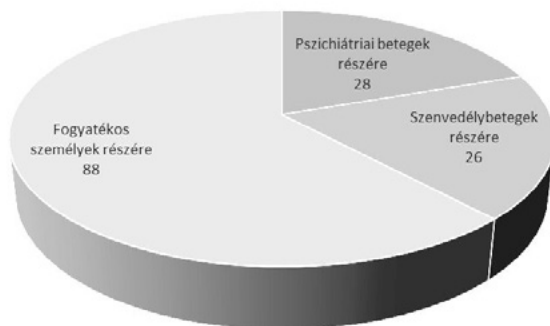
Támogatott lakhatás pszichiátriai és szenvedélybetegek részére

Szolgáltatási elemek	Releváns szolgáltatások			
Készségfejlesztés	közösségi alapellátás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás	
Tanácsadás	közösségi alapellátás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás	család-és gyermekjóléti szolgáltatás
Pedagógiai segítségnyújtás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás	család- és gyermekjóléti szolgáltatás	gyermekek napközbeni ellátása
Gyógypedagógiai segítségnyújtás	támogató szolgáltatás	nappali ellátás	család- és gyermekjóléti szolgáltatás	
Szállítás	támogató szolgáltatás	falugondnoki és tanya-gondnoki szolgáltatás		
Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás	házi segítségnyújtás	nappali ellátás	támogató szolgáltatás	

A szolgáltatási elemek biztosításához elengedhetetlen, hogy az igénybevevő szükségleteivel tisztába legyen a szolgáltató. Az igénybevétel előtt komplex szükségletfelmérést kell elvégezni. A komplex szükségletfelmérés határozza meg, hogy a szolgáltatónak milyen szolgáltatási elemeket kell biztosítania. Ennek alapján készül el a szolgáltatási terv, mely minden lakóra nézve egyéni. Célja, hogy a szolgáltatói környezet együttműködésével a támogatói háló erősödjön.

Az 1. ábra a támogatott lakhatás célcsoportjainak megoszlását mutatja. A tanulmány ezek közül két csoportra fókuszál, a pszichiátriai betegekre és a szenvedélybetegekre.

Támogatott lakhatás célcsoportonkénti megoszlása



1. ábra (Forrás: Szociális Ágazati Portál)

Pszichiátriai betegek

A pszichiátriai betegek megítélése a történelem során hatalmas változáson ment át. A dologházak, tébolydák, közőrüldék és elmeegógyintézetek „ellátásai”, „kezelései” adnak képet arról, hogy a pszichiátriai betegekről való gondoskodás hogyan változott. A Lipótmező 2007-ben bezárt, a szociális ellátórendszer pszichiátriai ellátására nagyobb teher hárult.

A BNO az egészségügyben használt, a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer rövidítése. A pszichiátriai betegségek besorolása a BNO alapján a következő:

BNO kód	Betegség megnevezése
F00-F09	Organikus és szimptomás zavarok
F10-F19	Pszichoaktív szerek okozta zavarok
F20-F29	Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid zavarok
F30-F39	Hangulat- (affektív) zavarok

BNO kód	Betegség megnevezése
F40-F48	Neurotikus, stresszhez társuló és szomatomorf zavarok
F50-F59	Viselkedészavarok, fiziológiai és testi tényezőkkel
F60-F69	Felnőtt személyiség viselkedészavarai
F70-F79	Mentális retardáció
F80-F89	A lelki fejlődés zavarai
F90-F98	Gyermek- és serdülőkor viselkedészavarai
F99	Nem meghatározott mentális zavar

A pszichiátriai betegségek, személyiségzavarok sokszínűsége, összetettsége kiemelten fontossá teszi az egészségügyi ellátórendszer és a szociális ellátórendszer szoros együttműködését. E két ágazat közötti hatékonyabb együttműködés hosszú évek óta jelentős cél. Bizakodásra ad okot az egészségügyi szakemberek azon szemlélete, miszerint a betegeiken való segítség egyik eszköze – az egészségügyi ellátórendszer mellett – a szociális terület. A kórházi szociális munkások kulcsszereplők ebben a szemléletváltásban.

Szenvedélybetegek

Tringer László a szenvedély fogalmát a következőképpen határozza meg: *„Szenvedélybetegségnek nevezünk azokat a kórképeket, amelyek az agy állapotát befolyásoló, szenvedélykeltő anyagok túlzó vagy tartós használatával kapcsolatosak. A szenvedély valamilyen szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan készletés, amely minden más törekvést megelőz, és maga alá gyűr. A fogyasztásra ösztökélő belső hiányállapotot sóvárgásnak (craving) nevezünk.”²*

2. Tringer 2019 p. 269–270

Tringer az alábbi módon csoportosítja a szenvedélybetegségeket:

Szerrel kapcsolatos szenvedélyek	Nem szerrel kapcsolatos szenvedélyek és impulzusok ³
alkohol	játékszenvedély
opiátok	pyromania
cannabinoidok	kleptománia
nyugtatók, altatók	trichotillomania (szőrtépés szenvedély)
kokain	intermittáló explozív zavar (aránytalan agresszió, dühöngési zavar)
stimulánsok, koffein	egyéb impulzusok
hallucinogének	
dohányzás	
oldószerek	
több szer és drog	

A szenvedélybetegségek között az alkoholbetegségre koncentrálna fontosnak tartom az alkohol hatásainak, fokozatainak bemutatását annak érdekében, hogy az alkoholfüggő embert jobban megérthessük.

Magyarország előkelő helyet foglal el az elfogyasztott alkohol mennyiségét tekintve.⁴ Az egy főre jutó tiszta szesz mennyisége 10,4 liter évente. 800.000 testi tünetet mutató alkoholbeteg van hazánkban.⁵ A társadalmi életben az alkoholfogyasztás megszokott, elfogadott. Az alkoholbetegség

3. A mai szokásokat figyelembe véve a nem szerrel kapcsolatos szenvedélyeket kiegészíthetjük a médiafüggőség/internetfüggőséggel, ami egyre nagyobb problémát okoz különösen a fiatalok körében.

4. Tényleges mértékét nehéz megítélni.

5. Zacher Gábor egy interjú során beszélt arról 2016-ban, hogy 10 év alatt 600 000-ról 800 000-re nőtt az alkohol betegek száma.

kialakulásában szerepet játszanak a szocializációs zavarok, a tartós feszültség, valamint viselkedési minták, családi és társadalmi szokások.

Jellinek⁶ szerint alkoholizmusról beszélünk abban az esetben, amikor az egyén vagy közösség, vagy mindkettő károsodásához vezet az alkoholfogyasztás. Alkoholbeteggé akkor válik az egyén, ha elveszti uralmát fogyasztása felett és függő viszonyba kerül az alkohollal (dependens)

Az alkohol rövid távú hatása, hogy csökken a központi idegrendszer (agy) aktivitása, aluszékonyság, szédülés, romlik a koordináció, kettős látás, eszméletvesztés lép fel. A magas véralkoholszint függ az elfogyasztott alkohol mennyiségétől, az egyén testsúlyától és a gyomorban lévő táplálék mennyiségétől.

Az alkohol hosszú távú hatása, hogy nő a májzsugorodás, a rák, a gyomorfekély, a szívbetegségek valószínűsége. Megnő az alkoholtűrő képesség (kialakul a szervezetben a tolerancia az alkohol iránt). Jellemző az étvágytalanság, vitaminhiányos állapot, gyomorbántalmak, fertőzések, bőrbetegségek, impotencia. Kifejlődhet idegsorvadás a végtagokban. Májzsugorodás, érrendszeri betegségek is kialakulhatnak.

Az alkoholizmus jelenségformái:⁷

- Alfa-típusú alkoholizmus: konfliktusos ivó: megvonási tünetekkel nem jár, többnyire rendszertelen, de folyamatos alkoholfogyasztás jellemzi, melynek súlyos szociális és egészségügyi következményei lehetnek. (nem alkoholbetegség). Nincs kontrollvesztés.
- Béta-típusú alkoholizmus: alkalmi ivó: testi és idegrendszeri károsodással jár (alkoholfüggőség nem feltétlenül alakul ki). Nincs kontrollvesztés.
- Gamma-típusú alkoholizmus: szenvedélyes ivó, iszákos: időszakos, egyre gyakoribb részegség, kontrollvesztéssel, fizikai függőséggel, kényszerű ivásvágygal, de képes az absztinenciára.

6. E. M. Jellinek – aki az alkoholizmus betegségfogalma és az alkoholológia mint tudományág megteremtésével foglalkozott – apai ágon magyar származású.

7. Símek – Fekete 1994. p. 116. Jellinek a gamma és a delta típust tartotta betegségnek, az alfa és a béta veszélyeztetett csoport.

- Delta-típusú alkoholizmus: rendszeres, szokás ivó: megszokásból ivók, fizikai függőség és folyamatos kontrollvesztés nélkül. Absztinenciára képtelen, ritkán részeg, de folyamatos alkohol-hatás van.
- Epsilon-típusú alkoholizmus: pszichés ivó: bizonyos alkalmakkor isznak, pszichés függőség áll fenn, kontrollvesztés van, de képes az absztinenciára. Többnapos ivási időszakok.

Az alkohol *biológiai-, fizikai hatásait* nézve befolyásolja az immunrendszert, károsítja az idegrendszert, a szívet, a májat, a hasnyálmirigyet, gyomrot. Növeli a rák és májcirrózis (májzsugorodás) kialakulását. A *pszichés hatások* között tartjuk számon, hogy az alkoholisták állandó magyarázattal állnak elő, indokolják ivási szokásaikat. A valóságot eltorzítják, gondolkodásuk beszűkül, álokokat keresnek, másokra hárítják a felelősséget. Megbízhatatlanná válnak, gyakran nem emlékeznek cselekedeteikre. A *szociális hatásokat* tekintve előbb-utóbb a perifériára kerülnek, az állandó felelősségre vonás elől menekülve igyekeznek a családi kötelekekből kilépni. Marginális csoportokhoz vonzódnak, ahol az ivási szokások megengedettek. Munkahelyükön egy idő után nem tudnak megfelelni, munkanélkülivé válnak. Ahhoz, hogy elérhető legyen az absztinencia, a *család támogatására* is szükség van. Az alkoholista a család minden tagjára negatív hatással van, s így nekik is el kell ismerniük az alkoholista betegségét.

Az alkoholizmus nem egy nap alakul ki, hanem egy folyamat. Fokozatai vannak, és minden szakasznak megvannak a tünetei:

1. túlzott alkoholfogyasztás
2. alkoholizmus
3. alkoholfüggőség

A legtöbb alkoholistának az italozás közösségi tevékenységként kezdődik, s észre sem veszi, hogy problémái vannak. Ha valaki nem csak bulikban, összejöveteleken, vagy ünnepi alkalmakkor fogyaszt alkoholt, hanem minden hétfőn, akkor túlzott alkoholfogyasztásról beszélünk.

A túlzott alkoholfogyasztást a következő okok indokolhatják:

- barátokkal való találkozás öröme
- stressz, depresszió, traumák enyhítése
- unalom
- szomorúság, félelem, vagy magány enyhítése
- önbizalomhiány

Azok, akik naponta 3-4 vagy több pohár/egység vagy 3-4 vagy több alkalommal italt fogyasztanak, az alkoholfüggőség korai szakaszában vannak. Ennek oka az, hogy az alkohol toleranciaszintje fokozatosan növekszik. Amikor az alkoholfogyasztást követően pozitív visszajelzések érkeznek: felszabadultság, elégedettség, öröm, bátorság érzete, mind arra készítetik az egyént, hogy még többet igyon. Ezeket a kellemes élményeket szeretné állandósítani, még akkor is, ha negatív élmény kapcsolódik az alkoholfogyasztási eseményhez (pl. verekedés, vagy egyéb testi sérülés).

1. Amikor a túlzott alkoholfogyasztás alkoholizmussá alakul, már erősen befolyásolja az egyént minden életterületen. Nem képes kontrollálni az ital mennyiségét, problémái vannak a munkahelyén, ittas vezetés, családi konfliktusok, esetleg erőszakos magatartás, anyagi, egészségügyi problémák jelentkezhetnek. Ha megpróbálja csökkenteni a napi mennyiséget, akkor megjelennek a jól ismert elvonási tünetek: fejfájás, szorongás, gyomorpanaszok, álmatlanság, feszültség, remegés, verejtékezés. Az elvonási tünetek akkor jelentkeznek, amikor a szervezet hozzászokott az alkohol jelenlétéhez, és alkoholfüggővé válik.
2. Az alkoholizmust csak egy nagyon vékony hajsza választja el az alkoholfüggőségtől. Lehet valaki alkoholista, de még nem függő. A függőség, a rendszeres és mértéktelen italozás szakaszában alakul ki, melynek az eredménye az lesz, hogy egyre nagyobb alkoholmennyiségre lesz szüksége ahhoz, hogy a kívánt hatást elérje. Ahogy elkezdődik a kijózanodás, jelentkeznek az elvonási tünetek. Ebben a szakaszban már nem a felszabadultság vagy öröme az a cél, hanem a kényszeres fizikai és pszichológiai igény. Az alkoholfüggőségben szenvedő emberek fizikailag

vágyakoznak az alkoholra, és gyakran vigasztalhatatlanok, ha nem jutnak hozzá. Az aggódó családtagok gyakran megpróbálnak segíteni, de az alkoholfüggőségben szenvedők nem hiszik el hogy függők, s tagadják állapotukat.

Mit nyújt a támogatott lakhatás az alkoholbetegek számára?

A szenvedélybetegeknek biztosított támogatott lakhatásoknak két fő típusa van. Vannak úgynevezett *Tiszta Házak*, ahol az absztinencia vállalása kötelező. Rehabilitációs programban való részvételt követően az absztinencia stabilizálása a cél, felépülési program keretében. A másik típus jellemzője, hogy nem feltétel a teljes absztinencia tartása. A szerhasználat csökkentése, elhagyása a támogatott lakhatás keretein belül történik. Szakmai berkekben vitatott kérdés, hogy a támogatott lakhatás valójában mely csoportnak nyújt valós segítséget. Azoknak, akik absztinens szakaszban vannak, vagy azoknak is, akikben még nem született meg a döntés a szerhasználat elhagyására? Mindkét tábor érvekkel támasztja alá a nézőpontját, mely érvek vitathatatlanok. De vajon mi alapján lehet eldönteni, ha egyáltalán lehetséges, hogy ki „érdemes” és ki nem „érdemes” a segítségre? S ki az, aki teljes bizonyossággal és jó lelkiismerettel vállalkozna ennek eldöntésére?

Az első típusú támogatott lakhatásban a felépülő függők józanságának stabilizálása a fő cél. A döntés megszületett a változásra/változtatásra, s ennek megfelelően már nem az alkohol irányítja az egyén mindennapjait. A támogatott lakhatás nyújtotta segítséggel az egyén új élete stabilá válhat. A relapszus kockázatainak elemzésével segítséget kap egy biztonságos jövőkép kialakításához, megvalósításához. Az igénybe vevőknek nagy segítséget nyújt/nyújthat az önsegítő csoportokhoz való tartozás. A legismertebb önsegítő csoport az alkoholproblémával küzdő személyek számára az Anonim Alkoholisták közössége. Az Anonim Alkoholisták olyan férfiak és nők közössége, akik megosztják egymással tapasztalataikat, erejüket

és reményüket azért, hogy megoldhassák problémájukat, és segíthessenek másoknak felépülni az alkoholizmusból. A közösség ereje, támogatása nagy hatással van az egyénre, megváltozott életére. A felépülés alapja az Anonim Alkoholisták 12 lépése és 12 hagyománya.

12 lépés

1. Beismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben – hogy életünk irányíthatatlanná vált.
2. Eljutottunk arra a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyreállíthatja lelki egészségünket.
3. Elhatároztuk, hogy akaratumkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondviselésére bízuk.
4. Félelem nélkül mélyreható erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.
5. Beismertük Istennek, magunknak és egy embertársunknak hibáink valódi természetét.
6. Teljességgel készen álltunk arra, hogy Isten megszabadítson bennünket mindezeketől a jellemhibáktól.
7. Alázatosan kértük őt hiányosságaink felszámolására.
8. Listát készítettünk mindazokról, akiknek valaha kárára voltunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.
9. Közvetlen jóvátételt nyújtottunk nekik, ahol lehetséges volt, kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk, vagy másokra nézve. Folytattuk a személyes leltár készítését, és haladéktalanul beismertük, amikor hibáztunk.
10. Igyekeztünk ima és meditáció útján elmélyíteni tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel, csak azért imádkoztunk, hogy felismerjük velünk kapcsolatos akarátát, és hogy legyen erőnk a teljesítéséhez.
11. E lépések eredményeként spirituális ébredést éltünk át, megpróbáltuk ezt az üzenetet alkoholistákhoz eljuttatni, és ezeket az elveket életünk minden dolgában érvényre juttatni.

12 hagyomány

1. Közös boldogulásunk álljon az első helyen, személyes felépülésünk az A.A. egységétől függ.
2. Csoportügyekben egyetlen abszolút tekintély létezik – egy szerető Isten –, aki csoporttudatunkban megnyilvánulhat. Vezetőink csupán bizalmunkat élvező szolgálattevők, nem pedig irányítók.
3. Az A.A.-tagság egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya.
4. Legyen minden csoport független, kivéve azokat az ügyeket, amelyek más csoportokat, vagy az A.A. egészét érintik.
5. Minden csoport egyetlen, elsődleges célja az, hogy eljuttassa üzenetét a még szenvedő alkoholistához.
6. Egy A.A.-csoport soha ne adja pénzét, nevét vagy támogatását semmilyen kapcsolódó intézménynek vagy külső vállalkozásnak, nehogy a pénzzel, tulajdonnal és presztízzsel kapcsolatos problémák eltérítsék elsődleges céljától.
7. Minden A.A.-csoport legyen teljesen önfenntartó, hárítsa el a külső hozzájárulásokat.
8. Az Anonim Alkoholisták Közössége maradjon mindig nem hivatásos, bár szolgálati központjaink alkalmazhatnak hivatásos szakembereket.
9. Az A.A. maga soha ne szerveződjék, de alakíthatunk szolgálati testületeket vagy bizottságokat, amelyek közvetlen felelősséggel tartoznak azoknak, akiket szolgálnak.
10. Az Anonim Alkoholisták Közösségének nincs véleménye külső ügyekről, ezért az A.A. név soha ne legyen bevonható nyilvános vitába.
11. A nyilvánossághoz való viszonyunk alapja elsősorban a vonzerő, nem a reklám. Személyes névtelenségünket mindig meg kell őriznünk a sajtóban, a rádióban és a filmekben.
12. Hagyományaink spirituális alapja, a névtelenség mindig emlékeztet bennünket arra, hogy az elvek előbbre valók az egyes személyeknél.

Forrás: <http://www.anonimalkoholistak.hu>

„A Piszkos 12”

A másik típusú csoportnál a támogatott lakhatást igénybe vevők életében még nem fogalmazódott meg a döntés az alkohol elhagyására. Sokakban felmerülhet a kérdés, hogy akkor milyen segítséget tud nyújtani a támogatott lakhatás? A komplex szükségletvizsgálatban meghatározott szolgáltatási elemeken túl az ellátottak esélyt is kapnak. Esélyt arra, hogy alkoholfogyasztásukat segítséggel csökkenteni vagy megszüntetni tudják, ezzel javítva jelentősen az életminőségüket. A Prochaska-DiClemente féle felépülési modell segítség lehet ennek a változásnak az előmozdításában.

A Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell

Az önerőből, egyedül is végezhető változtatási programot James O. Prochaska, John C. Norcross és Carlo C. DiClemente alkották meg.⁸ Ennél a modellenél nem azon van a hangsúly, hogy miért alakult ki az addikció, hanem hogyan lehet felépülni belőle. A változásnak hat szakaszát mutatják be:

1. **PREKONTEMPLÁCIÓ:** a változásra elszánás előtti idő. Ebben a szakaszban az ellátott még nem akar változni, mivel a szerhasználat számára jó érzést ad.
2. **KONTEMPLÁCIÓ:** elszánás szakasza. Az ellátott egyre jobban tudatába van szerhasználatára káros következményeinek (anyagi, egészségi, szociális).
3. **DÖNTÉS:** megszületik a döntés a változásra. Előkészületeket tesz a szerhasználat csökkentésére, elhagyására. Az egyén használja, hogy rájön a szerhasználat haszontalanságára.
4. **AKCIÓ:** aktív lépések a szerhasználat csökkentésére, elhagyására.
5. **FENNTARTÁS:** ez a fázis akkor kezdődik, ha az ellátott már megváltoztatta szerhasználatát.
6. **RELAPSZUS:** visszaesés, az ellátott visszakerülhet egy korábbi fázisba.

8. DiClemente – Norcross – Prochaska 2009

A felépülés különböző szakaszaiban a szerzők 9 nagy változást/történést határoztak meg, ami azért nagyon fontos, hogy a segítő is lássa, melyik szakaszban tart az ellátott, mert ez erősen meghatározza a felépülés kimenetelét.

- Tudatosítás
- Társadalmi könnyítések
- Az érzelmek felkeltése
- Önmagunk újraértékelése
- Elköteleződés
- Helyettesítés (szembeállítás)
- A környezet ellenőrzése
- Jutalmazás
- Segítő kapcsolatok

Minden szakaszban nagy hangsúly van az esetfelelős hozzáállásán az alábbiak szerint:

1. A prekontempláció szakaszában az igénybe vevőket meg kell ingatni abban a hitében, hogy valóban jó-e ez a helyzet számára? Fel kell kelteni a kételkedést, ki kell „zökkenteni” őt abból a komfortzónából, amit számára az alkoholfogyasztás ad.
2. A kontempláció szakaszában fel kell vázolni a jelenlegi szerhasználatának jövőbeni következményeit (egészségi, szociális, mentális). Erősíteni kell a változás hasznosságát. Ha rájön, hogy amit csinál, az haszontalan, akkor kész a változásra.
3. A döntés szakaszában segíteni kell az ellátottat abban, hogy a legmegfelelőbb lépéseket tegye meg a változáshoz.
4. Az akció szakaszában segíteni kell őt abban, hogy tartsa a megfelelő irányt a változás érdekében.
5. A fenntartás szakaszában az elért változás fenntartásában kell segítséget nyújtani. Szükséges a relapszus kockázatainak a felmérése, felkészülés azokra a helyzetekre, amelyek visszaesést idézhetnek elő.
6. A relapszus szakaszában, ha megtörtént a visszaesés, akkor segíteni kell őt abban, hogy a felépülési folyamatot újra kezdje, s ne ragadjon bele egyik szakaszba se.

A felépülési modellt tekintve azon támogatott lakhatások lakóinál, ahol a teljes absztinencia elvart, ott már megszületett a *döntés* a szerhasználat

nélküli életre. Ez esetben nagyobb hangsúlyt kap az *akció* és a *fenntartás*, illetve a relapszus megelőzése.

Azoknál a TL ellátottaknál, ahol az absztinencia vagy az előzetes rehabilitációs programban való részvétel nem feltétel, ott a felépülési modell valamennyi pontja nagyobb jelentőséggel bír. A lakók legtöbb esetben az elszánás előtti szakaszban vannak. A kontempláció, elszánás szakaszát gyakran a tarthatatlan anyagi, szociális helyzetük vetíti elő. Az alkohol biológiai, fizikai hatása erősen érinti a szervezetüket, egészségi állapotukat. Ezt érzik a munkavállalás terén, a betegségeket követő egyre hosszabb felépülési időben. Családi kapcsolataik gyengülnek vagy teljesen megszakadnak.

Lényeges szempont a felépülési folyamatban az egyén motivációja. A motivációnak két jelentős típusa van. Egyfelől a külső motiváció, amikor a külső környezet erős késztetése révén hoz döntést az egyén (*„Azért kérek segítséget, mert azt mondta a feleségem, hogy elváll tőlem, ha nem változok meg.”* vagy: *„Azt mondta a főnököm, kirúg, ha nem kezdek magammal valamit. Hát eljöttem, segítsenek.”*). A külső motiváció egy megfelelés a környezet számára, és gyakran egy öngazolás is, hogy *„én megtettem mindent, kértem segítséget”*. Másfelől a belső motiváció, amikor az adott személy valóban változni/változtatni akar eddigi szerhasználatán, s nem a külső környezet nyomására, hanem saját maga miatt hozott döntést. Itt fontos a kimene- tel. A jövőkép alapja a szermentes élet. A prekontempláció szakaszában a külső motiváció is nagy szerepet kap. A professzionális segítőknek ebben a szakaszban nagy feladata a kételkedés felkeltése a lakók életében. Ezen túlmenően a belső motiváció formálása, megtalálása elősegíti a felépülést. Ez a folyamat, személytől függően eltérő időt vesz igénybe.

Láthatjuk, hogy az egyes szakaszok, a motiváció jelentősen befolyásolják a felépülést. A Tiszta Házak felépülés központú terápiáinak eredményes- sége vitathatatlan.

Egy interjúsorozat tanulságai

Kézenfekvő módon vetődik fel a kérdés, hogy vajon a „piszkos házak” milyen eredményeket tudnak felmutatni, hogyan tudják befolyásolni lakóik felépülését. Az autentikus válasz összetett vizsgálatot igényel. Ebben a tanulmányban nincs mód arra, hogy ennek akárcsak több részletére is kitérjek, csupán egy szempontból reflektálok a kérdésre. A szolgáltatást igénybe vevők egy kisebb körében készített interjúk tapasztalatait összegezve szeretnék néhány rövid távú lehetséges hatást, eredményt számba venni, és ehhez kapcsolódva bemutatni olyan igényeket, szükségleteket, amelyeket a támogatott lakhatás szolgáltatásban élők megfogalmaztak.

2020-ban 10 alkoholbeteggel készítettünk személyes interjúkat arról, hogy hogyan változtak alkoholfogyasztási szokásaik a támogatott lakhatás igénybevétele alatt. Konkrétan arra kértük őket, hogy az elmúlt egy évhez képest becsüljék meg a bennük végbement változásokat. A válaszadók olyan támogatott lakhatás szolgáltatást vesznek igénybe, ahol nem előírás a teljes absztinencia, de a házirend értelmében a lakásokban, lakások udvarán tilos az alkoholfogyasztás. Valamennyien több mint egy éve laknak TL-ben.

Rövid távú eredmények az alkoholhasználatban

A beszélgetésekhez az alkoholhasználat zavarainak szűrőtesztjét használtam, amelyet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával fejlesztettek ki. A kérdőív 10 kérdésből áll, és három fő területre koncentrálnak: az alkoholfogyasztás mértékére (1-3. kérdés), az alkoholfüggőségre (4-7. kérdés) és az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatására (8-10. kérdés).

A WHO AUDIT kérdőív 10 kérdése:

1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?
2. Mennyi italt fogyaszt egy átlagos napon?
3. Milyen gyakran iszik hat vagy több egység alkoholt egy alkalommal?
4. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem tudta abbahagyni az ivást, ha egyszer elkezdte?

5. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem tudta teljesíteni az önnel szemben jogosan elvártakat alkoholfogyasztás miatt?
6. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nagyfokú italozás követően reggel innia kellett alkoholt ahhoz, hogy összeszedje magát?
7. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy büntudata vagy lelkiismeret-furdalása volt italozást követően?
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az italozást követő napon nem emlékezett az előző este történéseire?
9. Előfordult már valaha, hogy ön vagy más megsérült az alkoholfogyasztása következményeként?
10. Előfordult már, hogy rokona, barátja, orvosa vagy más egészségügyi dolgozó aggodalmát fejezte ki az italozása miatt vagy azt javasolta, hogy csökkenteden kellene?

Kérésemre kétszer vettük végig a kérdéseket. Az első körben a beköltözés előtti időszakra koncentráltunk, majd a jelen állapotra reagáltak. Az eredményeket nem tekinthetjük „objektívnek”, hiszen a jelen állapot és a visszatekintés is a lakó saját véleményén, önmagával kapcsolatos meglátásán alapul. Mint ahogy korábban szó volt róla, a támogatott lakhatás szolgáltatás az egyént állítja fókuszba, s szükségleteihez igazítja a szolgáltatások biztosítását. Így szubjektíven megélt helyzetének, működésének, az alkoholfogyasztás aktuális jellemzőinek felderítése mégis fontos támpontokkal egészíti ki a kapcsolható szolgáltatások meghatározását.

Az alkoholfogyasztás mértékét tekintve (1-3. kérdések) az ellátottak nagy része egyértelműen arról számolt be, hogy mind a szerfogyasztás gyakoriságában, mind mennyiségében sikerült előrébb lépni.⁹

Az alkoholfüggőséget vizsgálva (4-7. kérdések) minden tekintetben pozitív változás történt. A kötelességük teljesítése nem került háttérbe az

9. Kiemelendő például, hogy míg 8 lakó nyilatkozott úgy, hogy korábban meglehetősen sokat ivott (10, vagy 10-nél több ital egy átlagos napon), jelenleg csupán 1 főre jellemző ugyanez a mennyiség.

alkoholfogyasztás miatt. A büntudat megjelenése néhány igénybe vevő részéről az elmozdulást jelenti/jelentheti jelenlegi szerhasználatukban.

Az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatásaira (8-10. kérdés) rákérdezve az derült ki, hogy megjelent az aggodalom más személy részéről. Míg a beköltözés előtt ez nem volt tapasztalható az egyén környezetében, a TL-ben a közösség, az esetfelelősök kifejezésre juttatták odafigyelésüket és aggodalmukat is.

A válaszok tükrében megállapíthatjuk, hogy bár mindegyikük életében továbbra is jelen van az alkohol, többségük mégis úgy ítéli meg, hogy az elmúlt egy év pozitív változásokat hozott az italfogyasztásukat tekintve, és ez változást hozott az életük más területein is.¹⁰

Motiváció, jövőkép, igények, szükségletek

Az AUDIT kérdőívet az alábbi kérdésekkel egészítettem ki, annak érdekében, hogy a lakók motivációiról, jövőképéről is ismereteket szerezhessünk, és jobban meghatározhassuk az adott ponton szóba jöhető segítségnyújtás irányait.

1. Minek hatására csökkent az alkoholfogyasztása az elmúlt egy évben?
2. El tudja-e képzelni az életét alkohol nélkül?
3. Hogyan képzelel el az életét 5 év múlva az alábbi területeken: munka, párkapcsolat, lakóhely, család, egészségi állapot?
4. Mire lenne szüksége, hogy tartós változást érjen el az alkoholfogyasztás területén?

A válaszokban vegyes kép rajzolódik ki a viselkedést mozgató motivációkról. A belső féken tartó erők között olyan indoklásokat hallhattam, hogy *„nem érzem szükségét az alkoholnak”, „tönkreteszem saját magamat és a környezetemet, ha iszok”, „nyugodtabb, kiszámíthatóbb az életem”, „jobb a közérzetem”,*

10. Az interjúk adta kereteken túllépve, röviden utalok arra, hogy a mindennapi tapasztalataink szerint a vizsgálatban résztvevőknél nem csupán az alkoholfogyasztási szokásaikban történt változás. Többnek azóta bejelentett munkahelye lett, így anyagi helyzetük stabilizálódni tudott. Volt, aki családtagokkal vette fel a kapcsolatot, s hosszú-hosszú évek után most már csekély anyagi támogatást tud nyújtani kiskorú gyermeke neveléséhez.

„nem szeretem, ha be vagyok rúgva, mert sok butaságot csinálok”. A külső indokok között megjelent a pénztelenség, a szeretett személynek való megfelelés igénye és – örömteli módon – a TL szolgáltatás hatása is: „jobb körülmények között élek, szeretném ezt megtartani”, „meg akarom hálálni a sok segítséget, azért iszok kevesebbet.”

A jövőkép nagyon fontos szerepet játszik a felépülésben. Mindenkinek szüksége van egy jövőképre, ami meghatározza a céljait, vágyait. A válszokból összességében az derül ki, hogy többnyire nincs jövőképük. Ám mindenképpen előremutató, hogy a többség lát lehetőséget egy alkohol nélküli életre, és csupán két fő mondta határozottan, hogy nem tudja alkohol nélkül elképzelni az életét.

Ha külön-külön nézzük az élet egyes területeit, akkor a beszélgetésekből az körvonalazódik, hogy többségük a jövőben a munka, a párkapcsolat területén jelentős változást szeretne elérni, néhányuk célja pedig a meglévő helyzet fenntartása. A családi kapcsolatok rendeződésének igénye is megjelenik. Többen átmeneti megoldásként tekintenek a támogatott lakhatásra. A jövőkép és az alkoholfogyasztás közötti összefüggés azonban több esetben még nem nyilvánvaló.

A tartós változást elősegítő elemek között leginkább a szerető család, a munka, a jó párkapcsolat, az önálló életvitel, megfelelő lakáskörülmények szerepelnek. A jövőképükben meghatározott célok elérése hozna tartós változást a szerhasználatban.

Összességben a beszélgetésekből az körvonalazódott, hogy – ha őket a fentebb bemutatott Prochaska-DiClemente-féle felépülési modellben szeretnénk elhelyezni – a megkérdezettek többsége jelenleg a prekontempláció, a fontolgatás előtti szakaszban van. Ebben a formában az ártalomcsökkentés áll a segítség fókuszában (munkahely megtartása/létesítése, családi kapcsolatok erősítése stb.). Két főt sorolhatunk a döntés szakaszába jelenleg. Az igénybevétel előtti időszakhoz képest ezt mindenképp jelentős változásnak tekintjük.

A támogatott lakhatás szolgáltatás valamennyi szakaszban jelentős szerepet tud játszani. Ha az esetfelelősök látják, hogy a lakó milyen szakaszt él meg éppen, akkor a változás segítése is hatékonyabb lehet. Ezzel lehet elkerülni, hogy olyan változásra ösztönözzük az ellátottat, amire még nem áll készen.

Mindezek fényében a leoptimalisabb az lenne, ha minél több támogatott lakhatás lenne oly módon kialakítva (s erre nagyon jó példák vannak hazánkban is), ami egymásra épülő módon, az egyén valós szükségleteit, s felépülési szakaszát figyelembe véve biztosítja a megfelelő segítséget.

Összegzés

Az alkoholbetegség hosszú idő alatt alakul ki. Az egyén sok esetben nem tudja elképzelni az életét az alkohol nélkül. Egyszer ezt mondta nekem egy beteg: „*Higgye el, nem tudok nem inni!*” Segítséggel, támogatással, együttműködéssel és motivációval el lehet érni, hogy tudjon nem inni, ha valóban megfogalmazódik benne a változás igénye – ahogy a lakóinknál is elindult egy változás: nem egyik napról a másikra, nem látványosan, gyakran visszaesésekkel, de elindult. A biztonságos jövőkép kialakítása, formálása nagyon fontos, mert az alkohol olyan mértékben át tudja venni az irányítást az egyén élete felett, ami nem teszi lehetővé a jövőtervezést. Mi kell ahhoz, hogy jövőképünk legyen? Önbizalom, hogy képesek vagyunk elérni, ami számunkra jó és fontos, s ehhez elengedhetetlen a megfelelő önértékelés. Mindenkit megillet az egyéni bánásmód, hiszen más-más életutat jár be mindenki, más módon szocializálódott, más a személyisége. A támogatott lakhatás az alapszolgáltatások segítségével és az esetfelelősök professzionális segítségnyújtásával lehetővé teszi az egyéni bánásmódot, legyen az alkoholbeteg absztinens vagy útkereső, egy olyan szakaszban, amikor kéri a segítséget.

Minden szenvedélybeteg támogatott lakhatás fenntartója már az elején – de akár menet közben is – felteszi magának a kérdést: mi a célja a szolgáltatásnak? A józanság stabilizálása vagy a józanság elérése? A válasz a fenntartók, szolgáltatók kezében van, csakúgy, mint a szemléletváltás

lehetősége. Én személyesen azt gondolom, mindkét cél nagyon fontos, attól függően, hogy hol tart az alkohollal küzdő ellátott. Az interjúk és az elmúlt hónapok tapasztalatai alapján még inkább megerősödött bennem, hogy miközben fontos, hogy segítséget nyújtsunk azoknak is, akikben még nem fogalmazódott meg az elhatározás a változtatásra, de tartósan nem szabad támogatni a szerhasználatot az absztinencia mellőzésével, mert pontosan ezzel gátoljuk, akadályozzuk az egyént abban, hogy meghozza a döntést. Az egyensúly megtalálása a szenvedélybeteg támogatott lakhatást működtetők mindennapi, szép és nemes kihívása.

Felhasznált irodalom

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. Link:

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

Diclemente, Carlo C. – Norcross, John C. – Prochaska, James O. (2009):

Valódi újrakezdés : hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest, Ursus Librus.

Simek Zsófia – Fekete János (1994): Az alkohológia megújításáért : I. : Az alkoholizmus – és gyógyítása. Budapest, Országos Alkohológiai Intézet.

Link: <http://mek.oszk.hu/10x600/10677/pdf/alkohologia1.pdf>

Tringer László (2019): A pszichiátria tankönyve. Budapest, Semmelweis Kiadó.

Herold Krisztián

Pszichiátriai betegeknek nyújtott otthon közeli rehabilitáció a támogatott lakhatás és a célcsoporti alapszolgáltatások vonatkozásában

Absztrakt

A pszichiátriai betegeknek nyújtott támogatott lakhatást az integrált, lakó-környezetben nyújtott pszicho-szociális rehabilitáció szemszögéből tekintem át, különösen a pszichiátriai alapszolgáltatásokkal és a pszichiátriai egészségügyi ellátásokkal történő együttműködések tekintetében. Az integrált szolgáltatási környezetben nyújtott ellátások tekintetében kiemelek vezérelveket, amelyek a hétköznapi életben folyamatosan velünk vannak, a pszicho-szociális rehabilitációs úton tartva minket. Kitérek a rehabilitációs tekintetben kiemelt célcsoportra, amely kapcsán a pszichiátriai egészségügyi rendszer is partnerként számol velünk, azokra a pszichiátriai nehézséggel élőkre, akiknél helye van a hosszantartó esetviteli kísérésnek. Bemutatom röviden a pszichiátriai szociális és egészségügyi szolgáltatásokat, amely után kitérek a betegutak, ellátotti utak koordinációjának jelentőségére és az együttműködésekben rejlő többlet támogatásokra. A nyújtott szolgáltatások kapcsán az esetvitel és a készségfejlesztés keretében említem a két nagy életviteli területet: a munkavállalással kapcsolatos rehabilitációs kihívásokat és a szabadidőben rejlő fejlesztő lehetőségeket.

1. Integrált szolgáltatási környezet, vezérelvek

Pszichiátriai betegeknek nyújtott támogatott lakhatás sajátosságait a rehabilitáció elve, mint nevesített védett lakhatási alapérték szemszögéből közelítem meg, amely mentén a szolgáltatás gyakorlati megvalósulása szerveződik. A rehabilitáció elve szerint a komplex bio-pszicho-szociális szolgáltatásban résztvevőket képessé kell tenni arra, hogy a meglévő képességeikre alapoz-

va, azokat fejlesztve érdemi erőfeszítéseket tehessenek állapotuk szinten tartására, javítására.

A pszichiátria betegeknek nyújtott otthon közeli pszicho-szociális rehabilitációs szolgáltatások a hosszantartó pszichiátriai betegséggel küzdők kínálnak segítséget a kompenzált egészségügyi állapot fenntartásában, a szociális kompetenciáik fejlesztésében. Az eredeti lakókörnyezetben nyújtott, Szociális törvényben nevesített, pszichiátriai rehabilitációs szolgáltatások módszertani alapjainak Magyarországon, a Közösségi ellátások szolgáltatása mentén kidolgozott felépülésselvű rehabilitációs módszertani szolgáltatásokat tekintjük.

Otthon közeli pszicho-szociális szolgáltatások

- Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére
- Pszichiátriai betegek nappali ellátása
- Pszichiátria betegek támogatott lakhatása
- Védett foglalkoztatás, munkaerőpiaci szolgáltatások

A közösségi ellátások tudatos kialakítása, magyarországi elterjedésének, lefedettségének alakulásában fontos szempont volt az interprofesszionalitás elve, amelyben szektorközi közös gondolkodás valósulhat meg a pszichiátriai egészségügyi és szociális szolgáltatások között. Kölcsönösen elfogadott interprofesszionális együttműködésben, bizonyos területeken a pszichiátriai egészségügyi gondozóval funkcionális integrációban, otthon közelben valósul meg a pszichiátriai problémával élők felépülési folyamata. Ahogy említettem, a közösségi pszichiátria módszertan nélkülözhetetlen eleme a pszichiátriai betegek nappali ellátásának, támogatott lakhatásának, szociális-rehabilitációs célú pszichiátriai foglalkoztatási formáknak.

Pszicho-szociális rehabilitációs vezérelvek

A pszichiátriai betegek támogatott lakhatás szolgáltatását igénybe vevők körét, egyrészt az intézményi férőhely kiváltási programon keresztül intéz-

ményből kiköltözők, másrészt az eredeti lakókörnyezetből igényt támasztó, komplex, *bio-pszicho-szociális* *szükségelek azonosítását* követően önkéntes szándékkal jelentkezők jelentik.

A pszichiátriai otthon közeli szolgáltatások rehabilitációs módszertana képes a támogatott lakhatás szolgáltatást igénybe vevőknek azokat a szolgáltatásokat nyújtani, amivel elősegíthetik a személyes felépülést, az integrált szociális működést.

- Az igénybe vevőknek a védett lakhatás új támogató környezetként jelenik meg, amely segíthet a társadalmi, családi, személyes kapcsolatok fenn-tartásában, szükség esetén újraélesztésében.
- Esetviteli támogatást nyújt a támogatott lakhatást igénybe vevő saját életterében, ott, ahol megélik mindennapjaikat, megfogalmazzák céljaikat, nehézségeiket.
- A szakemberek egyénre szabott *felépülésselvű gondozást* végeznek, amelyben egyszerre több szolgáltatás több szakembere is jelen lehet, összehangolt esetviteli munkával.
- *Pszicho-szociális rehabilitációs szolgáltatások rendszerszemléletű megközelítése* mentén figyelmet fordít az igénybe vevők mellett a hozzátartozókra, a társas környezetére, lakótársakra, családi kapcsolódási viszonyaira.
- *Interprofesszionális szemléleten* keresztül hatékony együttműködésekkel valósít meg a társ szociális szolgáltatók és a pszichiátriai egészségügyi ellátórendszer szereplőivel. Továbbá a lakók ellátásában résztvevő más szolgáltatókkal, hivatalokkal személyes, szakmai együttműködést alakít ki.
- *Edukatív*, rehabilitációs szemléletű tevékenységeivel segíti a pszichiátria tünetek, azokból kialakult nehézségek megértését.
- Figyelmet fordít a professzionális segítőn túli erőforrásokra, az önkéntesekre, a *saját élményű segítőkre*, az igénybe vevő környezetében lévő, számára fontos személyekre.
- *Krisisintervenció szerep*, amelyben kulcsfontosságú a krízisek megelőzése, azok időbeni észlelése, jelzése az egészségügyi szakemberek irányába.

- A szolgáltatások biztosítása során fontos kritérium, hogy a klienseknek azt a szükséges rehabilitációs támogatást nyújtsuk, amivel segítjük a saját sorsuk feletti felelősségük újraélését, az önálló döntéshozatalt.
- A pszicho-szociális szolgáltatásokban dolgozó szakemberek, különösen a támogatott lakhatásban, a közösségi ellátásban személyre szabott egyéni esetvitelt, rehabilitációs gondozást végeznek, amelyben elengedhetetlen a rendszeres kollegiális konzultáció, az esetmegbeszélések rendszeressége intézményen belül és intézmények között, különösen a közös esetvitelt érintő helyzetekben.

2. Rehabilitációs preferenciával érintett pszichiátriai célcsoport

A szolgáltatásokat felhasználók rehabilitációs igényei, a betegsége jellemző dinamikusan változó bio-pszicho-szociális szükségleteik alapján elsődleges célcsoportjába azok a hosszantartó, major pszichiátriai problémával élők tartoznak, akik betegségük remissziós fázisában vannak, vagy aktív tüneti szakaszt követő állapotban. Rendszeres pszichiátriai ambuláns gondozásban részesülnek, ugyanakkor otthon közeli, szükségleteiknek megfelelő, hosszú távú pszichoszociális rehabilitációs támogatást igényelnek, támogatott lakhatás esetében komplex szükségletfelmérést követően lakhatási szolgáltatásokkal együtt. Korosztály szempontjából többségében aktív korúak, akik kapcsán megjegyzendő, hogy ezen aktív korúak közül jelenleg is magas számban élnek pszichiátriai betegek otthonában úgy, hogy a bekerülésüket megelőzően nem vettek igénybe semmilyen pszicho-szociális rehabilitációs szolgáltatást, továbbá sokan vannak, akik a rehabilitációs szolgáltatások által még nem ismert otthonukban izoláltan, magányosan élő rászorulóak, ugyanakkor a jelzőrendszer nem észleli őket.

A krónikus pszichiátriai betegséggel élők, BNO10 diagnosztikai kritériumok szerint elsődleges célcsoportként tekinthetjük az alábbiakat.

Szkizofrénia, szkizotipias és paranoid (delusiv) rendellenességek

F20 - Szkizofrénia

F21 - Szkizotipias rendellenességek

F22 - Perzisztens delusionalis rendellenességek

F23 - Akut és átmeneti pszichotikus rendellenességek

F24 - Indukált delusionalis rendellenességek

F25 - Szkizoaffektív rendellenességek

F28 - Egyéb nem organikus pszichotikus rendellenességek

F29 - Nem organikus pszichózis k.m.n..

Hangulat zavarok (affektív rendellenességek)

F30 - Mánias epizód

F31 - Bipoláris affektív zavar

F32 - Depressziós epizód

F33 - Ismétlődő depressziós rendellenesség

F34 - Perzisztáló hangulati (affektív) rendellenességek

F38 - Egyéb hangulati (affektív) rendellenességek

F39 - Nem meghatározott hangulati (affektív) rendellenességek

A hosszantartó pszichiátriai problémával élők betegségük tünetei, azok mentén kialakult készségcsökkenéseik miatt személyes céljaikat nehezen valósítják meg, az akadályozó problémák azonosításában, azok megoldásában rendszeres támogatást igényelnek. A fejlesztő, kísérő szociális szolgáltatások biztosítása során alapvető rehabilitációs kritérium, hogy a klienseknek azt a szükséges rehabilitációs támogatást nyújtsuk, amellyel segítjük a saját soruk feletti felelősség újraélését, az önálló döntéseiket. Rendszerszemléletű megközelítéssel a szolgáltatást igénylők közvetett körei közé sorolhatjuk az igénybe vevők személyes céljainak megvalósításába bevont személyeket, lakótársakat, családtagokat, hozzátartozókat.

A célcsoportot illetően több fogalommal találkozhatunk a szakmai kiadványokban és a gyakorlatban. A hazai fogyatékoságügyi törvény 2013. január 1-től fogyatékosági kategóriaként ismeri el a pszichoszociális fogyatékosággal élő embereket. Mindez összhangban van 2007. évi XCII. törvény által kihirdetett a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény (Egyezmény) 19. cikkével, amely az önálló életvitel és a közösségbe való befogadásról rendelkezik.¹

A pszichiátriai egészségügyi szereplők a pszichoszociális fogyatékosági fogalmat ritkábban használják, inkább a körlefolyás és a diagnosztikus kategóriák mentén közelítik meg a célcsoporti megnevezést.

Duáldiagnózis. Hogyan lehet optimálisan segíteni pszichiátriai támogatott lakhatásban élőnek, ha van addiktológiai problémája is?

Ha támogatott lakhatásba duál diagnózisú személyt veszünk fel, vagy a lakók között megjelenik a szerhasználat, segítőként célszerű, ha elkerüljük az alkoholista életjátszmába való bekapcsolódást, és elfogadjuk, hogy egy éppen aktívan szerhasználó kliens rehabilitációja nem lehetséges, legfeljebb ártalomcsökkentésben segíthetjük. A szerfogyasztás és a szerhatás alatt bekövetkező tudatmódosulás, magatartásváltozás a sorstársi lakóközösségben a nem szerhasználók számára is fokozott stresszt fog jelenteni.²

A nagy pszichiátriai betegségek és a szerhasználati zavar gyakran társulnak egymással. A legkönnyebben hozzáférhető addiktív szereknek van vezető szerepük, ilyen szempontból az alkoholhasználati zavar és az alkoholfüggőség kialakulásának a veszélye jelentős.

A pszichiátriai betegség kezeletlensége, hatástalansága a leggyakoribb oka a szerhasználati zavar megjelenésének. Induló pszichózist, depressziós, vagy mániás dekompenzációt jelezhet a pszichiátriai betegséggel élő sze-

1. Balog-Urbanovszky 2014

2. Grósz 2020

mély esetén megjelenő, felerősödő szerhasználati magatartása. Nem ritka, hogy a szkizofrénia bevezető szakaszában a családi szubkultúrában mint a terápia alternatívája, egyfajta alternatív problémamegoldási stratégia szerepel (alkoholista család). A pszichiátriai, szenvedélybetegséggel kapcsolatos indokolatlan benzodiazepin (altató, nyugtató) alkalmazás szűrése megkerülhetetlen. Sajnos a magatartás később rögzülhet, megjelennek a biológiai addikció vonásai.³ A kezeletlen szenvedélybetegség általános egészségromlást, rosszabb pszichiátriai kórkimenetelt, gyakoribb állapotrosszabbodást, rövidebb életkilátást és komplex pszicho-szociális deficitet eredményez.⁴

A kettős (duál) diagnózisú páciensek ellátásának módszertana nem kidolgozott, az ellátórendszer nem mindenhol elérhető. A pszichiátriai támogatott lakhatásban élők addiktológiai zavara is komplex megközelítést igényel. A felépülés támogatása a pszichiátriai és addiktológiai egészségügyi gondozás, közösségi ellátás, öngyógyító csoport együttműködése mellett lehetséges.

3. Szociális szolgáltatások az otthon közeli pszichoszociális rehabilitációban

Az 1990-2000-es években az egészségügyi pszichiátriai ellátás fejlődésével párhuzamosan a szociális ágazatban is megjelent a rehabilitációs szemlélet, különösen az alapellátáshoz tartozó nappali ellátásban és a közösségi pszichiátriai szolgáltatásban. A közösségi pszichiátriai ellátás módszertanával, rehabilitációs szemléletű képzési előírásaival, interprofesszionális együttműködési kötelezettségével partneri lépést tett, és megtalálta helyét a komplex pszichiátriai egészségügyi-szociális rendszerben, alapvető szakmai áttörést elérve az interprofesszionális közös gondozás irányába. Módszertani fejlődés, annak szakmai követése, jó gyakorlatok megvalósulása segítette elő az egészségügyi és a szociális szolgáltatások elismert partneri viszonyának kialakulását.

3. Grósz 2020

4. Meyer – Nasrallah 2003

Az intézményi férőhely kiváltási stratégia a szakosított szolgáltatásokban is alapvető változást hozott azzal, hogy jogszabályban nevesítette a támogatott lakhatási szolgáltatást, és lehetőséget biztosított a felépüléssel rehabilitációs szemlélet komplex alkalmazására, immáron a lakhatási szolgáltatások biztosítása mellett is.

Támogatott lakhatás és kapcsolata a szociális alapszolgáltatásokkal

A támogatott lakhatás, lakókörnyezetbe integrált, lakhatást és esetviteli támogatást biztosító szolgáltatási forma. A pszichiátriai támogatott lakhatásban nyújtandó szolgáltatási elemek pszicho-szociális rehabilitációs szemléletben kerültek kialakításra, amelyben a közösségi ellátásokban használt módszertani elemek, szociális készségfejlesztés, mentális gondozás eszközei megjelennek. A pszichiátriai támogatott lakhatások kialakítása kapcsán szakmai szervezetek, munkacsoportok ajánlása kitért arra, hogy a közösségi ellátások és nappali ellátások szakmai bázisára és tapasztalatára szerencsés építeni, mivel a közösségi alapellátás munkamódszertana ellátórendszeri elfogadottsága jól illeszkedik a támogatott lakhatás koncepciójához. A közösségi ellátások ugyanakkor szervesen épülnek a nappali intézményi ellátásokra, illetve az egészségügyi ellátás esetén a pszichiátriai gondozóhálózatra is. Ebben az összefüggésben nem az a cél, hogy nagy, integrált intézményeket hozzunk létre új szolgáltatásonként, hanem a már meglévő intézményrendszerre építve, intézményközi és szolgáltatások közötti szakmai együttműködésben fejlődessen, stabilizálódhasson a támogatott lakhatások elterjedése.

A kiváltás kapcsán a közösségépítés egyik lehetséges útja a pszichiátriai problémával, pszichoszociális fogyatékossgal élők helyi, már működő nappali ellátásához, közösségi ellátásokhoz való kapcsolódás. Ez a hosszú intézményi lét hospitalizációs hátrányainak felszámolásában első lépés lehet, és fontos szerepet kaphat a támogatott lakhatásban élők izolálódásának megelőzésében is. A nappali ellátás segítséget adhat a támogatott

lakhatásban élők szociális készségeinek fejlesztésében, megerősítésében is (pl. készségfejlesztő tréningcsoportba bevonás). A közösségi ellátásokhoz, nappali ellátásokhoz, foglalkoztatási formákhoz történő kapcsolódás tehát fontos reszocializációs út.⁵

Ahhoz, hogy a támogatott lakhatás szolgáltatási rendszerszinten betölthesse valós módszertani szerepét, hogy komplex szolgáltatási csomagot adhassunk az igénybevevőknek, ahhoz elengedhetetlen a közösségi ellátások, nappali ellátások és a fejlesztő foglalkoztatások párhuzamos fejlesztése is. Bemeneteli kritérium a támogatott lakhatásba történő esetviteli felkészítés, a felvétel elérése, amennyiben komplex szükségletfelmérést követően védett lakhatás szükségessége merül fel, ugyanakkor napközbeni aktivitások terén önálló helytállásra képes az igénybevevő.

Közösségi pszichiátriai ellátás

A közösségi szolgáltatások célcsoportja a *bio-pszicho-szociális szükségletek* mentén megfogalmazott problémával élő személy és családja. A célcsoportot és a szakmai módszertant jól ismerő, a kliensekkel személyes, bizalomra épülő kapcsolatot kialakító szakemberek alkotják a jelenlegi közösségi szolgáltatásokat, ami facilitáló hatással bír a többi pszichiátriai szociális ellátás felé.

A közösségi alapellátás *rendszer szemléletű*, viselkedésterápiás eszközökre épülő támogatás, amely *interprofesszionális együttműködésen* keresztül közvetlenül kapcsolódik az egészségügyi szakellátáshoz. A szolgáltatás a *felépüléssel* való pszicho-szociális *rehabilitáció eszköztárával* segíti a krónikus pszichiátriai betegek felépülését, lehetővé téve számukra a lehető legteljesebb mértékű részvételt a közösség életében. A gondozás és a pszicho-szociális rehabilitáció az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történik. Az ellátás segítséget nyújt a pszichiátriai betegeknek egészségügyi és pszichés állapotuk javításában, meglévő készségeik és képességeik megtartásában,

5. Balog-Urbanovszky 2014, p. 17-20

fejlesztésében, a mindennapokban adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás segítésében, valamint szociális és mentális gondozásukban. A közösségi ellátás szolgáltatása, lakjon infrastrukturálisan bármely elérhető településen is az ellátott, *összeköttetést biztosít az egyén és az ellátórendszerek között*, mivel hatékony intézményközi koordináló funkcióival rendelkezik, és az esetmenedzselésben nagy tapasztalatot szerzett teamek segítik a személyre szabott gondozást.

Interprofesszionális együttműködésen alapuló munkájuk a teljes célcsoporti szolgáltatási spektrumra figyelmet fordít, legyen szó szociális vagy egészségügyi partnerekről. A közösségi ellátás által koordinált tevékenységek és a megvalósított közös gondozás eredményeként valósulhat meg a kliens felépülése, a pszicho-szociális rehabilitáció. A közösségi ellátások napjainkra az egészségügy által is elismert, a krónikus pszichiátriai betegséggel élők felépüléselvű rehabilitációjának nélkülözhetetlen elemei lettek. Az együttműködés több területen arra a szintre fejlődött, hogy a pszichiátriai egészségügyi gondozóval, szakrendeléssel funkcionális integrációban, más területeken szoros együttműködésben működik, így a kliensek felépülési folyamata az eredeti lakókörnyezetben valósul meg.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

A pszichiátriai betegek nappali intézménye az öntevékenységre, az önségítésre épülve biztosítja a szolgáltatásban résztvevők igényei alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, átképzési, állásközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Az intézmény szolgáltatásai körében egyéni, csoportos, pár- és családközpontú fejlesztéseket is szervezhet.

Pszichiátriai betegek nappali ellátásának feladata, hogy az igénybevevők számára közösséget teremtsen a kapcsolatteremtési készségeiket fejlesztve, azokkal nyitottabbá válhatnak, hozzásegítve ezáltal a társadalomba való

reintegrációjukat. Tevékenységei révén az önségítésen kívül fontos funkciót tölt be a közösség támogató ereje is, a kliensek támaszkodhatnak egymásra, segíthetik egymást. A nappali ellátás szolgáltatása révén az ellátást igénybevevők mindennapjai strukturáltabbá válnak, a közösségbe való beilleszkedés problémamegoldó, stresszkezelő, kommunikációs készségeiket fejlesztheti.

Fejlesztő foglalkoztatás

A fejlesztő foglalkoztatás célja, hogy – a gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint – az egyén egészségi fizikai és mentális állapotának életkorának megfelelően fejlesztési és foglalkoztatási szolgáltatást nyújtson, ezáltal támogatva az egyén önálló munkavégzésre, illetve a nyílt munkaerőpiacra történő felkészítését. A fejlesztő foglalkoztatás lehetőséget biztosít az értékteremtő foglalkoztatás létrehozására, ahol nem a képességbeli hiányosságokra, hanem a megmaradt képességekre, azok fejlesztésére helyezi a hangsúlyt. Az integráció támogatásával biztosítja a hosszantartó pszichiátriai problémával élők munkaerőpiaci hozzáférését, törekszik arra, hogy a munkaképes lakók minél nagyobb arányban munkához juthassanak, és a munkán keresztül közvetlenebb esélyt kaphassanak a helyi közösségekbe való beilleszkedésre. A munka értékének megélése következtében az érintettek önbecsülése és motivációja is erősödhet. A rehabilitációs célokhoz kapcsolódóan elvárt kritérium, hogy a foglalkoztatás módja és az elvárások, szabályok rendszere minél inkább közelítsen a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatási formákhoz.⁶

4. Egészségügyi pszichiátriai intézmények – Betegútmenedzselés

Az otthon közeli pszichiátriai szociális ellátásokat igénylők a pszichiátriai egészségügyi ellátásban megjelennek, betegségstádiumuknak, aktuális állapotuknak megfelelően kapnak pszichiátriai járóbeteg és – szükség esetén –

6. TÁRS Projekt Foglalkoztatási Munkacsoport (2017)

osztályos kezelést. Ahhoz, hogy hatékony beavatkozásokat nyújthassanak a pszichiátriai szociális szolgáltatások, a támogatott lakhatást szolgáltatók a rehabilitáció folyamatában a betegek otthonában történő közösségi gondozásában, nélkülözhetetlen az egészségügyi ellátórendszer átfogó ismerete, az együttműködésekben rejlő terápiás lehetőségek kihasználása.

A pszichiátriai egészségügyi intézményi ellátási formák, amelyek biztosítottak megyei szinten.

1. Pszichiátriai klinikai-kórházi osztály
2. Pszichiátriai rehabilitációs osztály
3. Pszichiátriai gondozó
4. Pszichiátriai szakrendelő
5. Pszichiátria nappali kórház (nincs országos lefedettség)

A hosszantartó, krónikus pszichiátriai problémával élők gyógyítása, gondozása, fejlesztése ezen intézményekben elérhetőek megyei szinten. A betegutak az aktuális állapotnak megfelelően irányulnak az egészségügyi partnerek intézményeiben, attól függően, hogy milyen stádiumban van a rászorulóknak pszichiátriai egyensúlya.

Szolgáltatási bemeneteli feltételek

A támogatott lakhatásba kerülés feltétele a komplex szükségletfelmérés. Támogatott lakhatásba önkéntes jelentkező, igénybe vevő kapcsán a szolgáltatást nyújtó intézményvetetőtől elvárt a pszicho-szociális szolgáltató szakemberekkel, a pszichiátriai gondozást végző pszichiáterrel és, szükség szerint, pszichiátriai osztályos kezelő szakemberekkel folytatott interprofesszionális szakmai egyeztetés, azok ajánlásai révén történő felvétel. Bemeneteli feltétel lehet a *támogatott lakhatásba* történő pszichiátriai rehabilitációs szemléletű felkészítés, felvétel elérése, amennyiben komplex szükségletfelmérést követően védett lakhatás szükségessége merül fel, napközbeni aktivitások terén önálló helyállásra képes lett a kliens. Betegutakra tekintettel kiemelt jelentősége van a pszichiátria rehabilitációs osztályos, közvetlen, beköltözést

megelőző kezelésének, felkészítve a lakókat a biztonságos, védett, támogató intézményi környezetre. Továbbá szakmai bemeneteli igény, hogy a támogatott lakhatásba kerülést megelőzően a pszichoszociális alapszolgáltatások közül a közösségi ellátást, vagy nappali ellátást, vagy – szükség szerint – mindkettő szolgáltatásait megismerje az ellátott.

A komplex szükségletfelmérést megelőzően, a támogatott lakhatás igénybevétele előtt az említett egészségügyi és szociális szolgáltatásoknak, gondozásoknak köszönhetően kiszámíthatóbb klinikai tüneti stabilitást mutatva, ugyanakkor egyéb, az önálló életvitelhez szükséges készségek fejlesztése, pszicho-szociális stabilitásra való igények megjelölésével delegálódnak az igénybevevők.

Szolgáltatási kimeneteli feltételek

- *Kimenetel az eredeti lakóközösségbe, családba történő integráció*, pszichiátriai egészségügyi gondozás és pszicho-szociális alapszolgáltatások kísérése mellett. A támogatott lakhatás részéről utánkövetési terv, a közösségi ellátások és, igény esetén, a nappali ellátások kapcsán új gondozási tervek megfogalmazásával.
- Szükséges továbbá a pszichiátriai szociális alapellátások mellett feltérképezni, hogy a lakók komplex szükségleteire mely egyéb pszicho-szociális szolgáltatások tevékenységeire merül fel igény.
- Ugyanakkor kimenetel lehet az *ápoló-gondozó intézménybe* kerülés, a bentlakást nyújtó intézmény irányba a támogatott lakhatás is adhat érdemi felkészítést, rehabilitációs biztonságot, elfogadást a kliensnek. Ápoló-gondozó otthonba történő delegálást megelőzően szükséges az ellátottak komplex szükségletfelmérés monitorozása, a gondozási ápolási igények felmérése, ez irányú pszichiátriai gondozási konzultációs egyeztetéseket követően. (Az ápoló-gondozó intézménybe, szociális otthonba történő delegálás rehabilitációs szemszögből nézve nem preferált betegút.) A pszicho-szociális ellátórendszer és a pszichiátriai egészségügyi rendszer

humán erőforrás kapacitásai korlátozottak. Pandémiás időszakban, különösen kihirdetett veszélyhelyzet idején a szolgáltatások, a kollégák és a kliensek, betegek elérhetősége is korlátozottabb. Ugyanakkor ne felejtjük el, hogy a pszichiátriai célcsoport készség szintet tekintve, asszertivitásban, érdekérvényesítésben, stresszhelyzet elbírásban, bizonytalanabb élethelyzetben erőteljesebben érintett lesz. Ezért is fontos az interprofesszionális együttműködési alapok stabilizálása a mindennapi gyakorlatban, az erre szánt figyelem fontosságának felismerése.

Hatékony betegutakat kidolgozva logikusabbá, rugalmasabbá válhatnak a szolgáltatások, a kliensek részéről az igényelt és szükséges támogatások elérése. Hatékony betegutaknak értéke lehet a csoport és közösségi érdekeknek az egyéni szakmai érdekek fölé helyezése, hogy a legfontosabb, a beteg, kliens, lakó érdeke közös szemponttá váljon.

5. Interprofesszionális együttműködések jelentősége

Az interprofesszionális együttműködések célja, hogy a pszichiátriai rehabilitációban a hátrányos helyzetű célcsoportokkal foglalkozó, a lelki egészség területén tevékenykedő szervezetek, szakemberek együttműködését támogassa, a hatékonyabb, célzottabb szakmai szolgáltatói környezet kialakítására. A hosszantartó pszichiátriai betegséggel élőkkel foglalkozó szakemberek komplex emberi problémákkal, sokrétű élethelyzeteket megélő emberekkel találkoznak, ahol több intézmény, több professzió szakemberei egyszerre, egy időben, vagy a betegség fázisainak megfelelő hangsúllyal belépve ugyanazzal a klienssel dolgoznak. A közös esetvitelnek a felelőssége, az abban rejlő szakmai esetviteli hozam, az interprofesszionális együttműködések révén válik hasznosíthatóvá, eredményesebbé.

Interprofesszionális együttműködések alapfeltételei

- A szakemberek közösen határozzák meg a felmerülő problémákat, elérendő célokat, vagy annak szakmai kizárólagosságát kölcsönösen elfogadják.

- A célcsoport kapcsán mindenki által megértett szókinccset használnak.
- Megállapodás alapján megnevezik, hogy az adott helyzetben ki koordinálja a közreműködő szakemberek munkáját.
- Megvitatják és meghatározzák a közös erőforrások használatát, a különféle szakmai hozzájárulások mértékének megfelelően.
- A felelősség és elszámolási kötelezettség meghatározásra kerül a közös munka során.
- Megnevezik a közös és az egyéni tevékenységeket a közreműködő személyek, szakmák lebontásában.

Az együttműködések kapcsán optimalizálódik a szakmai kommunikáció, elősegítve a pszichiátriai csoporttal végzett munka minőségének javulását. Gyakorta azonosított probléma, hogy az adott szakember nem rendelkezik előzetes kezelési elképzeléssel, cselekvési tervvel saját működését illetően. Nehezen fogalmaz meg a szakmai együttműködéssel kapcsolatban releváns dilemmákat, kérdéseket. A mindennapokban az egyéni vagy team beavatkozási tevékenységei, repertoárján nem lát túl a szakember, túlzottan sajátjának érzi intézményi működését, terápiás asztalát, környezetét, ugyanakkor az együttműködések fejlesztésével alapfeltétellé válik, hogy érdeklődés mutatkozzék más érintett szakemberek dilemmáira, kérdéseire és kezelési javaslataira.

A szakemberek közötti munkakapcsolatok fejlesztése, javulása révén a különböző intézmények betekintést nyernek egymás tevékenységeibe, ennek eredményeként hatékonyabban megtalálhatják a kapcsolódási pontokat, bővülnek és mélyülnek a szakmai kapcsolatok.

A professzionális segítőkön túli barátok, hozzátartozók szerepe a gyógyulásban

Bizonyított, hogy a pszichiátriai betegségek és addiktológiai problémák kezelése akkor a legeredményesebb, ha az érintetteken kívül közeli személyek, lakótársak, barátok és családtagok is részt vesznek a segítő munkában. Az esetvitelben, mindazon túl, hogy a bevonjuk a klienshez közel álló embereket,

figyelembe kell venni és be kell vonni a munkába azokat is, akikkel néha feszült a kapcsolatuk, és azokat is, akik segítenek csökkenteni a feszültséget.

- Elláttal együtt élő személyek, lakótársak
- Az érintett ellátásában fontos szerepet betöltő személyek
- A lakókkal nem egy háztartásban élő barátok, családtagok
- Saját élményű segítők

6. Munkavállalással kapcsolatos rehabilitációs kihívások

Az ellátottak munkahelyhez segítése, a munkavállalók utánkövetése az egyéni esetkezelések tevékenységkörébe tartoznak. A munkavállalással kapcsolatos esetviteli segítségnek a célja, hogy az igénybe vevők hogyan képesek munkavállalással kapcsolatos szükségleteiket és törekvéseiket realizálni egy rendszeresen változó, folyamatos alkalmazkodást igénylő környezetben. A hosszantartó pszichiátriai problémával élők egyik leggyakrabban megnevezett személyes célja a munkavállalással kapcsolatos, ami a támogatott lakhatásban élőkre vonatkoztatva is preferált rehabilitációs irányként jelenik meg.

Kiemelten fontos gondozási terület a foglalkoztatási és munkarehabilitációs tevékenység a pszichés problémával élők felépülésében. A célcsoport specifikus összefüggésében megjegyzendő, hogy a munka, amellet, hogy megélhetést, pénzkeresetet nyújt, egyben hasznos, beépített stresszektől mentes, ideális esetben az egyén számára vágyott, örömet okozó tevékenység legyen. Amennyiben a pszichiátriai problémával élő céljainak megfelelő, arányos terhelésű munkát végez, az a „dolgozó ember” identitásának kialakulásával jár, ami lehetővé teszi, hogy a mentális képességeikben korlátozott emberek az egészségesekkel egyenértékűvé váljanak.⁷

A tevékenységet végző szakember feladatai közé tartozik a munkahely-feltárás, a potenciális munkáltatók érzékenyítése, felkészítése, ill. a későbbiek során az aktív kapcsolattartás a foglalkoztatóval.⁸

7. Liberman 2010

8. Herold – Bulyáki – Szabóné 2018, p. 19

A hosszantartó pszichiátriai problémával élőkkel végzett pszicho-szociális tevékenységek fajsúlyos szolgáltatási eleme a készségfejlesztés, amely tevékenységek mentén szintén szükséges megközelíteni a munkavállalással kapcsolatos rehabilitációs kihívásokat. A készségfejlesztés definitív kérdésének célcsoporti sajátosságait a közösségi pszichiátriai ellátás szakmai ajánlásaiban fogalmaztuk meg szerzőtársaimmal.

Társas készségek, társadalmi alkalmazkodást lehetővé tevő viselkedésformák kialakulását, fejlődését szolgáló helyzetek biztosítása szükséges. Ide tartozhat az életviteli készségek fejlesztése, a kommunikáció fejlesztése, a szociális, társas viselkedési készségek, munkavállalással kapcsolatos készségek fejlesztése. A mentális zavarral élő személyek a különösen sérülékeny (vulnerábilis) kliens csoportba tartoznak.

A készségfejlesztés egyik fő célja a stresszkezelő technikák elsajátítása (kommunikációs készségek fejlesztése, problémamegoldó készség fejlesztése, asszertív viselkedésformák elősegítése). A készségfejlesztés további célja az önálló életvitelhez, a közösségben való aktív részvételhez szükséges készségek fejlesztése. A hosszantartó pszichiátriai problémával élőket a készségfejlesztés nemcsak saját személyes céljaik elérésére tanítja, hanem a vele együtt élőkkel fenntartható kapcsolatra is. A készségfejlesztő tevékenységek fejlesztő hatása révén a kliensek körültekintőbbé válnak a stresszhelyzetek felismerésében, azok asszertív elkerülésében.⁹

A munkakereséshez és megtartásához szükséges kompetenciák fejlesztése

A munkához való hozzájutást szolgálja, hogy a munkát kereső egyén számára személyre szabott, a munkavállalói képességeket, készségeket, a gyakorlati tapasztalatokat rögzítő felmérést készítsünk. Fontos figyelmet fordítani az ellátottak – betegségük következtében kialakuló – pszichoszociális káro-

9. Herold – Bulyáki – Szabóné 2018, p. 24

sodásainak csökkentésére, melyek akadályokat képeznek az egyén munkavállalásában, munkájának megtartásában.

A tevékenység résztvékenységei:

- Munkavállalási orientáció és készségszint feltérképezése
- Egyéni foglalkoztatási-munkarehabilitációs terv elkészítése
- Munkavállalói kompetenciák fejlesztése
- Álláskereséshez szükséges készségek fejlesztése, ill. a munkahely megtartásához szükséges készségek fejlesztése

A munkába állás kapcsán megváltozik a napi életvitel. Segítőként foglalkoznunk kell a napi aktivitás, a napirend kérdésével és a pénzbeosztás kapcsán felmerülő kérdésekkel. A nap strukturálásának és a pénzbeosztás hatékonyságának készségfejlesztése egyéni nehezítettség esetén szükséges tevékenység.

Betegségemről a munkahelyen

Munkavállalás kapcsán figyelmet kell fordítanunk arra, hogy az ellátottak hogyan beszélnek betegségükről a munkahelyeken. A megváltozott munkaképességű pszichiátriai zavarral élő emberek esetén stresszhelyzetet jelenthet személyes egészségkárosodásuk okáról való információközlés. Készségfejlesztés keretében, problémamegoldó technikák segítségével készülhetünk fel az ezekkel kapcsolatos, nehézséget okozó kérdésekre, beszélgetésekre.

Munkahelyi stressz – relapszus prevenció

A munkavállalás komplexitása, a helytállás igényének megélése további megélt stresszhelyzeteket teremthet a pszichiátriai problémával élők esetében. Célcsoporti sajátosság az alacsonyabb stressztűrő képesség, aminek tartósabb fennállása állapotrosszabbodáshoz is vezethet. Munkavállalás kapcsán is foglalkoznunk kell a relapszus prevencióval. Felkészítő tréning keretében fontos, hogy a munkavállalók esetében feltárjuk a korai figyelmeztető tüneteket. A korai figyelmeztető tünetek azonosítása az alapja a krízisintervnek, amelyben fontos, hogy a munkavállalási szempontokat is

figyelembe vesszük, besúlyozzuk. Munkavállalásra történő felkészítés során foglalkozunk a hatékony érdekérvényesítéssel, a stresszkezelő technikák fejlesztésével. A stresszkezelő technikák hozzájárulnak a relapszus megelőzéséhez. Ennek keretében a pozitív érzés kifejezése, a pozitív szemléletű kérés és negatív érzés hatékony kifejezésének fejlesztése mellett az asszertív kommunikáció erősítése is megjelenik, hozzájárulva a hatékony érdekérvényesítő kommunikációhoz.

A pszicho-szociális rehabilitációban a képessé tevés szemléletét figyelembe véve fontos stratégia munkavállalás kapcsán is a kliensek coping kapacitásának, készségfejlesztésének fejlesztése. A hosszantartó pszichiátriai betegséggel élők tünetei, csökkent készség szintjük miatt problémamegoldási nehézségekkel élnek mindennapjaikat. Problémamegoldó készségek fejlesztésével támogatjuk a célok elérésének önálló megoldását.

Eredmények

A munkavállalás kérdéskörében fontosnak tartom megemlíteni, hogy az elmúlt években egyértelmű javulást láthatunk a pszichiátriai betegek munkavállalási esélyei kapcsán. Összetett, komplex tevékenységek, pilot és projekt munkák, szolgáltatási módszertani fejlesztések, antistigma programok, mentorálási tevékenységek, fejlesztő foglalkoztatások beérése összességében a pszichiátria célcsoport nagyobb munkaerőpiaci elfogadását eredményezte. Otthon közeli pszicho-szociális rehabilitációban a munkavállalási tevékenységek hangsúlyosságát mindennapi preferenciával kezeljük, bővülő, elérhető módszertani támogatással.

7. Szabadidős tevékenységek jelentősége

A pszicho-szociális rehabilitációs munkában egyre fontosabb szerepet kap a szabadidős tevékenységekben rejlő készségfejlesztő hatás. Amennyiben a mindennapok strukturálásából indulunk ki, azt láthatjuk, hogy a munkatevékenységek és az alvás mellett a szabadidős sáv az, amely mind ráfordítható

órában, mind szakmai fejlesztő tartalmában igen nagy potenciált jelent a segítők és az igénybe vevők részére. Szakmai módszertani helyzetekben, kliensek személyes céljainak meghatározásakor méltánytalanul keveset említett célként, fejlesztő felületként láthatjuk a szabadidős tevékenységeket. Gyakor-ta jutalmazásként vagy elkényelmesített munkatevékenységként tekintenek rá szakmai berkekben. Ugyanakkor a célcsoportri szolgáltatási elemek, a főbb rehabilitációs tevékenységek szinte teljes repertoárja alkalmazható a szabadidős tevékenységekben, a közvetlen és közvetett élményfaktora hozzáadott értéket jelent.

A támogatott lakhatásban, ahol esetviteli felelősség az életterületek teljes körű kísérése, feltétlen szerepet kell, hogy kapjon a lakók érdeklődési körének feltérképezése, a megfelelő szabadidős tevékenység beazonosítása, a kliens, a lakóközösség és környezete erőforrásainak megismerése. Nehézséget jelent, hogy a pszichiátriai problémával élők gyakran nem rendelkeznek semmilyen hobbival, vagy elvesztették érdeklődésüket már meglévő örömteli tevékenységeik iránt. Ebben aktuális tüneteik, kialakult készségcsökkenésük, reziduális állapotuk is szerepet játszhat. Nem ritka, hogy valaha volt érdeklődésüket, hobbijukat, megfelelő készségek hiányában, nem tudják fenntartani. Kezdeti cél, hogy a pszichés problémával élő a számára megfelelő szabadidős tevékenységhez hozzájusson, az számára örömteli legyen, ill. elvárt eredmény, hogy az ellátást igénybe vevő elsajátítsa azokat a képességeket, amelyekkel önállóan vagy kevés segítséggel tudja szervezni szabadidejét.¹⁰

Terápiás sport

A hosszantartó pszichiátriai problémával élők erősen stigmatizált megbélyegzéssel élnek. A szabadidős tevékenységen belül a terápiás sportok minden kétséget kizáróan destigmatizáló hatásúak, jelentős mértékben hozzájárulnak az olyan előítéletek csökkentéséhez, mint a mentális problémával

10. Herold – Bulyáki – Szabóné 2018, p. 27

élők veszélyessége, haszontalansága, megbízhatatlansága, ugyanakkor arra ösztönzik a közönséget, hogy nagyobb érzékenységet tanúsítson a mentális betegséggel élő személyek, közösségek iránt. A sportterápiás fejlesztés a lelki egészség szempontjából facilitáló hatású a hátrányos helyzetű emberek, csoportok számára. Az informális sport elvei és értékei, mint tolerancia, befogadás, saját maga és mások megértése a pszichiátriai betegekkel végzett sportaktivitás során is érvényesülnek. Klinikai értelemben véve a sportaktivitások javítják mind a fizikai, mind a lelki kondíciót, csökkentik az izoláció mértékét, frissítik az interperszonális kapcsolatokat. A sport képes összekapcsolni különböző közösségeket, alkalmas a társadalmi befogadás ösztönzésére, a kirekesztés a diszkrimináció kezelésére.¹¹ Sportterápiás helyzetekben élményszerűen modellezhetőek a mindennapok helytállásai, amely révén a rehabilitációs fejlesztő tevékenységek gyakorolhatóak.

Társas kapcsolatok kialakításának készségfejlesztése

Szabadidős tevékenységek kapcsán meg kell említenünk a pszichiátriai problémával élők személyes, társadalmi kapcsolataira vonatkozó igényeinek és képességeinek szintjét, számba venni a lehetséges támogatást nyújtó kapcsolatokat, a hibásan működő kapcsolatok jobb irányba terelését. Célcsoportra jellemző probléma, hogy a személyes kapcsolatok száma igen alacsony, ezért rehabilitációs cél lehet az integrációt megtartó, erősítő társadalmi kapcsolatok számának növelése.

A célok elérése érdekében fontos a kliensek, lakók meglévő vagy vágyott kapcsolatainak felderítése. Fontos tevékenység a kliensek motiválása a működő kapcsolatok fenntartására, újabbak kialakításának segítése, valamint a pszichiátriai problémával élők érdeklődési körének megfelelő közösségi programokhoz való hozzáférés biztosítása, készségfejlesztés keretében azokon történő részvétel elérése, megtartása. A sorsközösség megélése, vagy

11. A terápiás sport szakaszban kollégám, Mihaldinecz Csaba gondolataira támaszkodok. Balog-Urbanovszky, 2014, 17.7. mell.

becsatlakozás az elfogadáson alapuló csoportokba, közösségekbe – erre talán a sport a sportoláson keresztüli közösségre találás lehet a legjobb és legkézenfekvőbb példa, mint azt írásomban feljebb említettem is.

További társadalmi kapcsolatteremtési lehetőség az antistigma-programok szervezése, azokon történő részvétel. A cél, szélesebb társadalmi szinten is, a hosszantartó pszichés zavarral élők izolációjának elkerülése, a közösség integráló működésének előmozdítása, antistigma tevékenység során a szűkebb és tágabb társadalmi környezet érzékenyítése a pszichiátriai problémával élőkkel szembeni előítéletek csökkentése érdekében, amely elősegíti a célcsoport elfogadását, integrációját.¹²

8. Támogatott döntéshozatal, támogatott életvitel biztosításának figyelemmel kísérése

Pszicho-szociális szolgáltatások, ezen belül a pszichiátriai támogatott lakhatás esetén alapvető módszertani követelmény, hogy az alapértékek mentén végezzük tevékenységeinket. Az intézményi, a munkavállalói gondozási kultúrát, szerencsés esetben, a hivatástudat az alapértékek elsajátítása és a módszertani ismeretek megfelelő alkalmazása határozza meg, melyben támogató teamekben érvényesülnek a kollégák.

Esetviteli és lakhatási szolgáltatásokat biztosító támogatott lakhatásban, a mindennapokban figyelmet kell fordítani arra, hogy ne csak a szakmai programban, a szórólapon jelenjenek meg a pszicho-szociális rehabilitációs alapértékek, hanem a hétköznapi gyakorlatában érvényesüljön a támogatott döntéshozatal elve. A lakók saját akaratú reális döntéseit segíthessük, és igényeikhez igazítottan, rugalmasan, egyénre szabottan biztosítsuk a megfelelő szolgáltatásokat, az azokhoz való hozzáférést. Merjünk más szociális és egészségügyi szolgáltatótól segítséget kérni, közös esetvitelt felvállalni, az interprofesszionális együttműködésekben rejlő többletérté-

12. Herold – Bulyáki – Szabóné 2018, p. 28

ket kivenni. A napi rutin idővel megérdemli a munkánkra más-más perspektívából történő rátekintést, melyet a közös esetvitelben együttműködő kollégáktól megkaphatunk.

Fontos megemlíteni az intézményi férőhely kiváltási program keretében és az alulról indult támogatott lakhatások kapcsán is, hogy a nagyobb bentlakást nyújtó intézményekkel szemben a kisebb méretű lakókörnyezet önmagában nem biztosítja az intézeti kultúra megszűnését, mint ahogy a nagyobb intézmények is jó gyakorlatként képviselhetik a támogatott döntéshozatalt. Lakhatási szolgáltatást nyújtva, annak fenntartói, szolgáltatói, munkavállalói helytállási felelősségét túlracionalizálva, könnyen visszakerülhetünk az intézeti kultúrához, az intézeti jellegű szolgáltatásnyújtáshoz, a lakó helyett a segítő szempontjából megfogalmazott, ellátottra vonatkoztatott célokra, melyben a támogatott lakhatás elve sérülhet.

Az ellátott életében jelenlévő, a szolgáltatásnyújtások szemszögéből tekintve akár több személyt is jelentő esetgazda szerep, az esetmenedzselés folyamata, a közös esetvitel felelősségével elérhető, hogy az ellátottak „akkor és ott” kapnak támogatást, ahol a rehabilitációs folyamatban erre igény mutatkozik.

Az otthon közeli, együttműködésen alapuló pszicho-szociális rehabilitáció hozzájárul a gondozás és a kezelés biztonságos fenntarthatóságához, a felépüléshez.

Felhasznált irodalom

2007. évi XCII. törvény a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

Balog-Urbanovszky Zsuzsanna [et al.] (2014): Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékossgal élők számára a támogatott lakhatásban: intézményi férőhely kiváltás. [Budapest]. [Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft]. Link:

https://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/09/Eletvezetesi_szolgaltatasi_modell_2014_10.pdf

Grósz Attila Pál (2020): Duáldiagnózis a pszichiátria támogatott lakhatásban [belső anyag]. Siófok, Közösségért Alapítvány a Pszichiátriai Betegséggel Élők Felépüléséért.

Herold Krisztián – Bulyáki Tünde – Szabóné Csizmadia Mária (2018): Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére. [Budapest], EMMI. Link: http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatriai_Betegek_Kozossegi_Ellatanak_Ajanlasi.pdf

Liberman, Robert Paul (2010): Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Budapest, Oriod és Társai Kiadó.

Meyer, Jonathan M. – Nasrallah, Henry A. (2003): Belső szervi betegségek és szkizofréniák. Budapest, Lélekben Otthon Kiadó.

TÁRS Projekt Foglalkoztatási Munkacsoport (2017): Fejlesztő foglalkoztatás. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. Link: https://tamogatoweb.hu/letoltes/2017_04_25_fszk_fejlesztofoglalkoztatasi.pdf

Horváth Dániel

Támogatott lakhatás a számok tükrében

Absztrakt

Jelen tanulmányban szeretném bemutatni, hogy miként alakulnak a támogatott lakhatás „számai” mind ellátási, mind finanszírozási oldalról az első támogatott lakhatás kialakításától napjainkig. Az elemzés bemutatja a támogatott lakhatás finanszírozásának kialakulását, valamint az elmúlt években a finanszírozásban bekövetkezett változásokat is. Kitér az európai uniós forrásból megvalósult kiváltások bemutatására, illetve rámutat, hogy a támogatott lakhatás szolgáltatás megjelenése milyen szemléletváltozást hozott a finanszírozásban.

1. A tervezés

A Kormány a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozattal fogadta el a Stratégiát a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról 2011-2041 (a továbbiakban: Stratégia). A Stratégia definiálta először a támogatott lakhatás fogalmát, mint új szociális szolgáltatást. Jelen írásnak nem célja a Stratégia részletes bemutatása, csupán arra törekszik, hogy megmutassa, hogyan alakult ki a támogatott lakhatás finanszírozási elve. A Stratégiát elfogadó kormányhatározat feladatba adta az akkori nemzeti erőforrás miniszternek, hogy dolgozza ki a Stratégiában meghatározott komplex, szociális és foglalkoztatási, pedagógiai, gyógypedagógiai és pszichológiai szükségletek felmérő módszerének és a különböző szolgáltatások finanszírozásának szakmai koncepcióját, annak szem előtt tartásával, hogy a szolgáltatások igénybevételének az alapja az önálló döntés, a szükséglet, képességek, készségek maximális figyelembevétele legyen.

Támogatott lakhatás a számok tükrében

A Stratégia alapján 150 férőhely került kiváltásra 2013. december 31-ig, amelynek forrását a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP-3.4.1.A-11/1) Bentlakásos intézmények kiváltása „A” Szociális intézmények komponense biztosította. A konstrukció keretében rendelkezésre álló keretösszeg 7.000 millió forint. A pályázaton végül 6 nyertes került kihirdetésre, a pályázati összeg 893,5-1.146,8 millió forintban került meghatározásra. Az alábbi táblázat tartalmazza a Stratégia szerint ténylegesen kiváltott férőhelyek megoszlását:

Fenntartó	Fenntartó típusa	Intézmény neve	Település	Intézmény típusa	Férőhelyszám
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	állami	Bélapátfalvai Idősek, Fogyatékosok Otthona, Módszertani Intézete	Bélapátfalva	Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona	150
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	állami	Somogy megyei Szeretet Szociális Otthon	Berzence	Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthona	120
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	állami	Kalocsai Szociális Szakellátási Központ	Kalocsa	Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona	50
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	állami	Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Ápoló-gondozó Otthon	Mérk	Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona	120

Támogatott lakhatás a számok tükrében

Fenntartó	Fenntartó típusa	Intézmény neve	Település	Intézmény típusa	Férőhelyszám
Szent Lukács Görögkatolikus Szeretetszolgálat	egyházi	Szent Lukács Görögkatolikus Szeretetszolgálat Ápoló-Gondozó Otthona Szakoly	Szakoly	Fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona	130
				Fogyatékos személyek akóththona	20
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság	állami	Aranysziget Otthon Szentesi Otthona	Szentés	Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthona	90

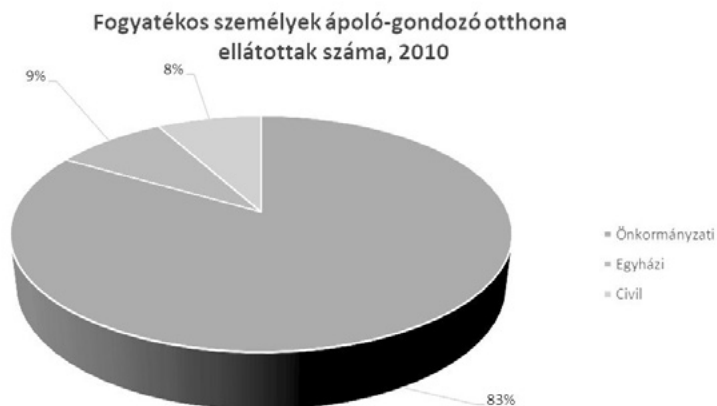
A közel egyenlő mértékű finanszírozás, valamint a jelentősen eltérő férőhelyszámból adódik, hogy az egy kiváltott férőhelyre biztosított európai uniós forrás nem egyenlően oszlott meg a különböző pályázók között.

A Stratégia előkészítésekor nem számoltak költségvetési többlettámogatással az induló 1500 férőhely kiváltása esetében. A költségek meghatározásánál a kiindulópont a 2010. évi önkormányzati beszámolók voltak. Az önkormányzati elszámolás minden esetben szakfeladatonként történt, az önkormányzatok szakfeladatokra könyvelték az egyes kiadásokat (a szakfeladati rendszert azóta már felváltotta a kormányzati funkciókra történő könyvelés, azonban ez a szociális szolgáltatások esetében gyakorlatilag csak elnevezésbeli különbséget jelent), így egyértelműen beazonosíthatóak az egyes szolgáltatásokra fordított kiadások.

Tekintettel arra, hogy 2010-ben a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai legnagyobb arányban a megyei önkormányzatok, illetve a települési önkormányzatok fenntartásában működtek¹, ezért átfogó képet kaphatunk a

1. A megyei intézményfenntartó központok kialakítása, és a megyei önkormányzatok által fenntartott szakosított szociális ellátások állami fenntartásba vétele csak 2012. január 1-jével kezdődött meg

szakfeladatokra könyvelt önkormányzati adatokból. Az alábbi diagram azt mutatja meg, hogy mekkora volt a fenntartói arány a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai esetében 2010-ben:



A 2010. évi önkormányzati beszámoló adatok alapján a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonaiban egy fő ellátottra átlagosan 1 891 209 forintot fordítottak az önkormányzatok.

Az 1 500 férőhely kiváltásakor azzal számolt a rendszer, hogy a jelenlegi ellátottak 3 csoportba oszthatók, attól függően, hogy milyen gondozási intenzitást igényelnek, a kategóriákhoz pedig differenciált kiadási összegeket rendeltek.

Az **alacsony gondozási intenzitáshoz** az alábbi szolgáltatások társulnak:

- lakhatási szolgáltatás
- havi 30 óra segítségnyújtás gyógypedagógus által
- étkeztetés
- házi segítségnyújtás

Közepes gondozási intenzitáshoz az alábbi szolgáltatások társulnak:

- lakhatási szolgáltatás
- szállítási szolgáltatás

- házi segítségnyújtás
- nappali ellátás
- étkeztetés

Magas gondozási intenzitáshoz az alábbi szolgáltatások társulnak:

- lakhatási szolgáltatás
- szállítási szolgáltatás
- házi segítségnyújtás
- nappali ellátás
- étkeztetés
- lakhatási szolgáltatás keretében biztosított folyamatos felügyelet (nappali ellátás időtartamán túl).

A fogyatékos személyek bentlakásos ellátásához kapcsolódó állami támogatás mértéke 2011-ben 710 650 forint/ellátott/év volt, azonban a kiváltás előtti és utáni kiadási tételek esetében a ténylegesen az ellátásra fordított kerettel számoltak. Az egyes szükséges alapszolgáltatásoknál pedig a számított költségekkel, amelyek nem egyenlők az egyes szolgáltatásokhoz kapcsolódó fajlagos támogatásokkal.

1.1. Első körös kiváltást követő gyakorlati tapasztalatok

A kiváltás tervezésekor az volt a kiindulópont, hogy az alapszolgáltatáshoz kapcsolódó szolgáltatási elemeket, illetve szükség szerint az alapszolgáltatásokat a már meglévő szolgáltatási háló, illetve a Regionális Operatív Programok keretében létrehozandó új szolgáltatók, intézmények fogják tudni biztosítani.

A gyakorlatban azonban azt tapasztalhattuk, hogy a kiváltásra került intézmények nem képesek külső szolgáltató bevonásával kielégíteni az egyes szolgáltatási elemek, illetve alapszolgáltatások iránti igényüket a szűkösen elérhető szolgáltatási kapacitások miatt. Ennek köszönhetően párhuzamos szolgáltatói rendszer kezdett kiépülni, amelynek keretében a kiváltott intézmények saját lakóik részére hoztak létre alapszolgáltatásokat, vagy a

támogatott lakhatás keretében biztosítják az egyes szolgáltatási elemeket. A kiváltás második ütemének keretében az EFOP-2.2.2. Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése - intézményi férőhely kiváltás pályázati konstrukció esetében már tervezetten szolgáltató központok kerültek, illetve kerülnek kialakításra, hogy a megfelelő szolgáltatások elérhetőek legyenek, de a kiváltás második ütemére a későbbiekben részletesebben is kitér jelen írás.

A meglévő szociális alapszolgáltatási infrastruktúra nem volt képes felzárni a kiváltásban érintett ellátottakat, mivel lokális szinten nem rendelkeztek megfelelő kapacitással, ugyanis méretgazdálkodási és fenntarthatósági okokból a lehető legtöbb férőhely, kapacitás, adagszám, illetve feladatmutató lekötésre került. A növekvő inflációt is figyelembe véve a fenntartóknak és intézményeknek maximalizálniuk kellett a bevételeiket, mind a normatíva, mind a térítési díj tekintetében, így a szabad kapacitások fenntartására nem volt lehetőség. További problémát jelentett, hogy kiváltásra kerülő, nagy létszámú intézmények jellemzően kis településeken (falvakban, községekben) találhatóak, és a kiváltás is a környező településeken összpontosul, ahol a szolgáltatások összességében kevésbé vannak jelen. A település méretéből adódóan az egyes alapszolgáltatások biztosítása jellemzően nem kötelező feladata az adott kistérségi önkormányzatnak.

Ezen a ponton szükséges egy kis kitérőt tenni a falvakban, községekben zajló kiváltással kapcsolatban, amely olyan szakmai kérdés, amely nem kötődik szorosan a szolgáltatások finanszírozásához, azonban határozott meggyőződésem, hogy minden szakmai kérdés a megvalósítás során finanszírozási kérdésként is megjelenik. Az ENSZ és Brüsszel részéről folyamatosan érkeznek olyan észrevételek, hogy a kiváltás során létrejövő támogatott lakhatást nyújtó ingatlanokat célszerű lenne nagyvárosokba tervezni a korábbi, intézmény körüli, sok esetben kis lakosságszámú települések helyett. Ennek kapcsán az alábbi szakpolitikai kérdésre hívnám fel a figyelmet:

1. azok a fogatékos emberek, akik ezekben az intézményekben nőttek fel,

töltötték életüket nem feltétlenül szeretnék alkalmazkodni egy városi életformához. Ezért a falusi környezetbe történő kiváltás elutasítása nem feltétlen szolgálja a bent lakók jólétét. A kiváltás tervezése során a lakók igény- és szükségletfelmérésére, az Intézményi Férőhely Kiváltási Terv részeként nagyon nagy hangsúlyt kell fektetni;

2. a kistelepüléseken működő, nagy létszámú intézmények jellemzően a környék legnagyobb foglalkoztatói, amely nemcsak közvetlenül van hatással az itt dolgozó munkatársak megélhetésére, hanem a környéken működő vállalkozások, mint beszállítók is érintettek a foglalkoztatásban. Tehát egy ilyen intézmény teljes mértékű költözése jelentős hátrányt jelent az adott térség foglalkoztatására, tovább csökkentve ezeknek a településeknek népességmentartó erejét;
3. a nagyobb településeken jellemzően magasabb munkaerőhiánnyal küzdenek a szociális intézmények, abból adódóan, hogy jóval magasabb a munkaerő iránti igény, valamint az elérhető fizetés az egyéb szektorokban.

Visszatérve az alapszolgáltatások kapacitáshiányához, a Stratégia készítésekor ismert volt, hogy a TIOP forrás mellett megjelennek a Regionális Operatív Programok, amelyek révén lehetőség volt a meglévő alapszolgáltatások keretében működő infrastruktúra felújítására, bővítésére, valamint új kapacitások létrehozására is. Tekintettel arra, hogy a szolgáltatások finanszírozása az elmúlt időszakban bizonytalan volt, illetve továbbra is érzékeltette hatását a 2008-2010 között bevezetett normatívacskökkentés, a pályázók túlnyomó többsége jellemzően a meglévő kapacitások, infrastruktúra felújítására, legfeljebb minimális bővítésére adta be pályázatát; új szolgáltatások létrehozására csak elvétve került sor. Természetesen az uniós forrás hasznosulása nem kérdőjelezhető meg, ugyanis az önkormányzatok – jellemzően – saját forrásból legkevesbé a szociális intézmények infrastrukturális beruházásait támogatták. Így az intézményrendszerbe történő befektetés minden esetben maximalizál-

ható volt, azonban ezáltal nem tudta szolgálni a kiváltáshoz kapcsolódó infrastrukturális bővítést.

2. A finanszírozás megalapozása

Finanszírozás tekintetében a Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvény alapvető változásokat hozott, amelyet a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Mötv.) alapozott meg. 2013. január 1-jétől a normatív alapú finanszírozást felváltotta a feladatalapú finanszírozás. A kötelező feladatellátásban is gyökeres változásra került sor: a szakosított szociális bentlakásos ellátások közül a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek részére nyújtott bentlakásos ellátások, valamint a gyermekvédelmi szakellátás megszervezése a továbbiakban az állam kötelező feladata lett. A megyei intézményfenntartó központok beolvadtak az újonnan létrejött központi hivatalba, a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóságba (a továbbiakban: SZGYF), amely ettől fogva az állam fenntartói feladatainak ellátására kormányrendeletben kijelölt szerve. A kötelező feladatellátás telepítésének megváltoztatásával nemcsak a kötelezettség került az SZGYF-hez, hanem 2013. január 1-jével a törvény erejénél fogva a fent nevezett típusú intézmények állami fenntartásba kerültek, és ehhez kapcsolódóan a tulajdonjog is az államra szállt. Ez a folyamat még tovább folytatódott: 2014. január 1-jével azok az önkormányzati intézmények is állami fenntartásba kerültek, amelyekről az egyéb önkormányzati feladatok leválaszthatóak voltak. Ez azt jelenti, hogy csak olyan intézmények kerültek állami fenntartásba, ahol szociális engedélyezési szempontból az adott engedélyes csak az átvételre kerülő feladatokat biztosította. Így az olyan intézmény például, ahol a nappali ellátást az adott intézmény földszintjén nyújtották, a továbbiakban is önkormányzati fenntartásban maradt. Ezekben az esetekben még a mai napig is az SZGYF egyedi megállapodással biztosítja feladatellátáshoz szükséges finanszírozást, ugyanis

2013. január 1-jétől a helyi önkormányzatok költségvetési fejezete erre nem biztosít finanszírozást. 2020. január 1-jétől a fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, illetve a szenvedélybetegek részére támogatott lakhatásra, mint szakosított szociális ellátásra a központi költségvetés újra biztosít támogatást az önkormányzatok részére – erre a vívmányra a későbbiekben még kitérek.

A kitérőt követően térjünk vissza a megváltozott finanszírozási logikára, amelynek most már ismerjük a hátterét, hogy milyen strukturális változások mentek végbe a feladatellátásban. A normatív alapú támogatás helyébe a beralapú támogatás lépett, amelyet feladatalapú támogatásnak tekintünk, ugyanis az előírt kötelező szakmai létszámból indul ki, az alapján kerül meghatározásra, figyelembe véve az adott szolgáltatáshoz kapcsolódó gondozási intenzitást. A feladatalapú finanszírozás bevezetése azonban nem volt teljes körű. A szociális alapszolgáltatások esetében ez még nem valósult meg, ott az állami támogatás továbbiakban is „kvázi” normatív jellegű finanszírozás formájában történik. A család- és gyermekjóléti szolgálatok, illetve központok létrehozásával a családsegítésben, illetve gyermekjóléti ellátásokban is feladatalapúvá alakult át a finanszírozási rendszer, illetve a házi segítségnyújtás, személyi gondozás esetében a tényleges óra alapú finanszírozás bevezetésével a finanszírozási rendszer nemcsak feladatalapú, hanem már közelít a tevékenység jellegű finanszírozáshoz.

A beralapú finanszírozás jellemzője, hogy figyelembe veszi az adott szolgáltatáshoz kapcsolódó gondozási intenzitást, amelyhez szorosan kötődnek az adott szolgáltatáshoz kapcsolódó tényleges költségek. A beralapú finanszírozás két részből áll össze: a központilag meghatározott átlagbérből, amely hosszú időn keresztül 2606040 Ft volt, illetve a hozzá kapcsolódó korrekciós szorzószámból. A központi költségvetés 4 ellátottanként biztosít egy szakmai bért, ehhez társul egy korrekciós szorzószám, amely a gondozási intenzitáson alapul.

2.1. A támogatott lakhatás állami támogatásának meghatározása

A szociális szakosított ellátások esetében a legmagasabb korrekciós szorzószámot a fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonai számára állapították meg, és ehhez igazodik a támogatott lakhatás korrekciós szorzószáma is, ami minden célcsoportnál 1,27. A beralapú támogatás esetében is meghatározható az egy ellátottra jutó finanszírozás mértéke, az alábbiak szerint:

- beralapú támogatás: $2\,606\,040 \text{ Ft} \times 1,27 / 4 = 827\,417 \text{ Ft}^2$

A támogatott lakhatással párhuzamosan – hasonlóan a többi szakosított bentlakásos ellátáshoz –, nem volt igénybe vehető szociális alapszolgáltatás, azaz az alapszolgáltatás igénybevétele után külön finanszírozást nem lehetett érvényesíteni. Ha az egyes szolgáltatási elemeket az alapszolgáltatás keretében kívánták biztosítani, akkor egyedi megállapodással lehetett finanszírozni a különböző alapszolgáltatásokat biztosító intézményeket. Gyakorlati megoldás lehetett az is, ha saját fenntartásban működő alapszolgáltatásokat vontak be, erre külön kitérek majd, ha a kiváltás második szakaszában megvalósuló alapszolgáltatási központok létrehozásáról lesz szó.

3. Az első támogatott lakhatások létrehozása

A 2010-es évek elején a lakóotthoni ellátások hasonlítottak a legjobban a az újonnan létrehozott támogatott lakhatás ellátáshoz. A hasonlóság azonban – különösen a fogyatékos személyek ápoló-gondozó lakóotthona esetében – jellemzően csak az intézmény méretére vonatkozik, az ellátás szemlélete nem azonos. A rehabilitációs lakóotthonok esetében a szemlélet is hasonló, mivel a rehabilitációs lakóotthonban ellátottak jellemzően részt vesznek a munkaerőpiacon, ezáltal a napközbeni szolgáltatásnyújtás helyszíne elválik az éjszakai, hétvégi tartózkodás helyszínétől. Ezáltal érvényesülnek benne a támogatott lakhatás alapelvei, így a rehabilitációs lakóotthonok támogatott

2. 2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről

lakhatásként történő engedélyezése a gyakorlatban viszonylag könnyedén kivitelezhető volt. Tipikus példa erre a Mohács Kölked Református Társegyházközség fenntartásában működő Pándy Kálmán Otthon, ahol a fogyatékos személyek ápoló-gondozó lakóotthona, a pszichiátriai betegek rehabilitációs lakóotthona, valamint a fogyatékos személyek rehabilitációs lakóotthona elsőként alakult át támogatott lakhatássá. A fenntartó az ápoló-gondozó lakóotthon esetében vélhetően azért tudott átalakulni, mert rendelkezett saját fenntartásban támogató szolgáltatással, illetve fogyatékos személyek nappali ellátásával is.

Az átalakulás minden akkori fenntartó részére ösztönző volt, már csak amiatt is, mivel jelentősen magasabb finanszírozásra vált jogosulttá azáltal, hogy támogatott lakhatás után igényelhetette az állami támogatást. Az átalakulást, illetve az új szolgáltatások létrehozását is ösztönözte, hogy a támogatott lakhatás esetében a finanszírozásnak nem feltétele a finanszírozási rendszerbe történő befogadás.

Az alábbi diagram mutatja, hogy az elmúlt években hány új engedélyt adtak ki támogatott lakhatásra:³



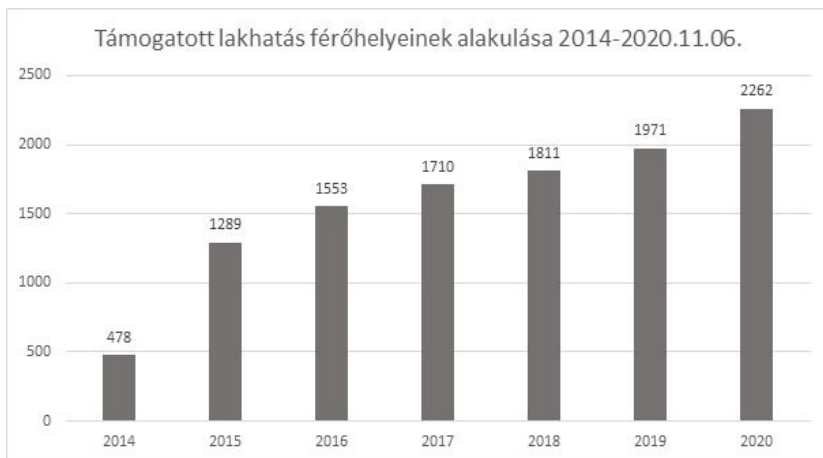
3. MÜKENG adatok 2013-2020

Támogatott lakhatás a számok tükrében

A 2015-ös évre kiugróan magas engedélyes szám jellemző, amelyet a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP-3.4.1.A-11/1) Bentlakásos intézmények kiváltása „A” Szociális intézmények komponens keretében létrehozott támogatott lakhatások generálnak.

A kormányhivatalok az engedélyezés során eltérő gyakorlatot követnek, így az engedélyesek száma nem mutat valós képet a létrehozott egységek számáról, ugyanis míg egyes megyékben minden önálló cím külön engedéllyel rendelkezik, addig máshol egy engedélyen tüntetik fel az összes címet. A szakolyi kiváltás esetében például egy engedélyt adtak ki támogatott lakhatás vonatkozásában 150 férőhelyre, míg a belpátfalvai kiváltásnál a 156 férőhelyet összesen 16 engedélyesre adták ki.

Az alábbi táblázat az összes férőhelyszám alakulását mutatja.⁴



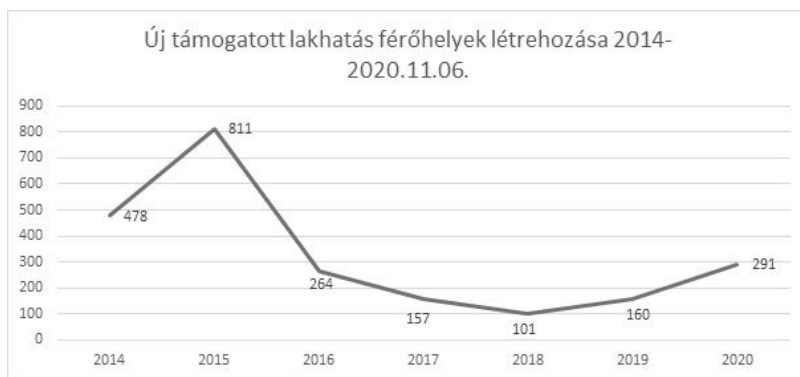
Azonban, ahogy az várható volt, az európai uniós forrásból, illetve az átalakulással létrehozott támogatott lakhatáson felül csak elenyésző számban hoztak létre új szolgáltatásokat, így az összes férőhelyszám még a mai

4. MÜKENG adatok 2013-2020

Támogatott lakhatás a számok tükrében

napon sem éri el a 2300 férőhelyet. Az EFOP-2.2.2. Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás pályázati konstrukció lezárását követően, várhatóan 2021-ben, illetve 2022-ben, már magasabb férőhelyszámokkal tervezhetünk.

Az alábbi táblázat a növekedés mértékét mutatja, azt, hogy az egyes években hány új támogatott lakhatás férőhelyet alakítottak ki.



Az egyes évekre összpontosítva, láthatjuk, hogy egy évben jellemzően kevesebb, mint 200 támogatott lakhatás szolgáltatás kapacitás került újonnan kialakításra, ettől csak azokban az években tér el a görbe, amikor az európai uniós forrásból, kiváltás során létrejött új támogatott lakhatások is a szociális ellátórendszer részévé váltak.

A finanszírozási rendszerbe történő befogadástól független állami támogatás biztosítása nagyban hozzájárul új támogatott lakhatás férőhelyek létrehozásához, azonban annak elterjedéséhez nem elegendő feltétel. Fejlesztési célú forrás új támogatott lakhatások létrehozásához - a kiváltáshoz kapcsolódó forrásokon túl - korábban és jelenleg sem áll rendelkezésre. 2020. január 1-jétől az önkormányzatok saját hatáskörben dönthetnek támogatott lakhatás létrehozásáról köszönhetően annak, hogy a szolgáltatás után a költségvetési törvény a 2. melléklet alapján ugyanolyan mértékű támogatást

biztosít, mint a nem állami fenntartók részére. Ezzel a lépéssel 2013. január 1-jét, a fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott szociális szakosított ellátások állami fenntartásba vételét követően az önkormányzatok ismét lehetőséget kaptak arra, hogy az említett célcsoport részére szakosított szociális szolgáltatást biztosítsanak, hacsak támogatott lakhatás formájában is. A módosítás célja, hogy az ellátásba bevonásra kerülhessenek az önkormányzati bérlakások, amelyek viszonylag alacsony ráfordítás mellett alakíthatók át támogatott lakhatás érdekében. Több önkormányzattól érkezett megkeresés az ágazat irányítás részére, hogy szívesen biztosítanák az ellátást, különösen azok az önkormányzati fenntartók, amelyek alapszolgáltatásban a fogyatékos személyek ellátását nagy ellátotti létszám számára biztosítják, így gondoskodva akár egy életen keresztül az adott településen a fogyatékos személyekről.

Sajnálatos módon a COVID-19 járvány nem kedvez az ilyen beruházásoknak, ugyanis az önkormányzatokat az élet minden területén, de kiemelten a szociális szolgáltatásoknál új helyzetek, megoldandó feladatok elé állította. Várhatóan a járvány kifutásával újra napirendre kerül a támogatott lakhatások önkormányzatok által történő beindítása, ezzel is növelve az ebben a formában történő ellátást.

4. Differenciált finanszírozás megteremtése

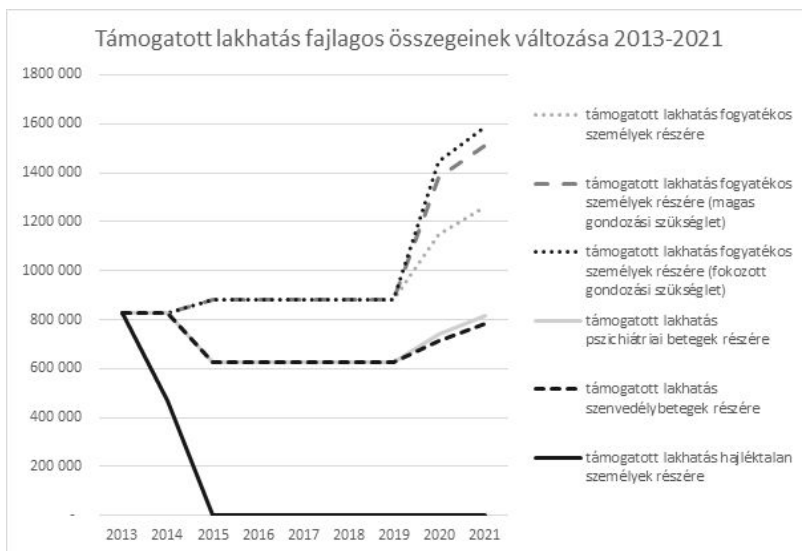
A támogatott lakhatás 2013. január 1-jei bevezetésekor a jogalkotó mindösszesen egy jogcímet határozott meg, függetlenül attól, hogy mely célcsoport hívja le az állami támogatást. Ebben az időszakban még négy célcsoport részére lehetett biztosítani az ellátást, illetve ezáltal igényelni az állami támogatást:

- fogyatékos személy,
- pszichiátriai beteg,
- szenvedélybeteg,
- hajléktalan személy részére.

Támogatott lakhatás a számok tükrében

Hajléktalan támogatott lakhatás létrehozására nem adtak ki engedélyt, bár a költségvetési törvény 2013–2014-ben biztosított hozzá jogcímet (ahogy, ehhez hasonlóan, bázisszállásra sem, bár finanszírozási jogcím kapcsolódott hozzá), azonban szakmai megfontolásból a szociális törvényből is kikerült. A hajléktalan személyek részére a támogatott lakhatás helyett a külső férőhelyen biztosított lakhatási szolgáltatás a megfelelő szolgáltatási forma, amely 2019-ben került bevezetésre.

Az alábbi diagram a fajlagos támogatás változását mutatja be a különböző célcsoportok tekintetében:



2015. január 1-jétől elvált egymástól a fogyatékos személyek, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegek részére biztosított támogatott lakhatás finanszírozása. Az ágazatirányítás részére egyre több jelzés érkezett, hogy a fogyatékos személyek állami támogatását emelni szükséges. A fogyatékos célcsoport támogatásának növelésével párhuzamosan csökkent a másik két célcsoport vonatkozásában az állami támogatás mértéke, azonban véle-

ményem szerint a teljes kiadási oldalt vizsgálva ennek a két célcsoportnak biztosított támogatott lakhatás alacsonyabb költséggel jár.

A differenciált finanszírozás mellett a jelentős könnyítéseket is meg kell említeni, amelyek tovább javították a támogatott lakhatások fenntarthatóságát. A szociális szakosított ellátások esetében főszabály, hogy alapszolgáltatást párhuzamosan nem lehet igénybe venni, azonban a támogatott lakhatásnál több „ütközés” is feloldásra került:

- 2017. január 1-jével az étkeztetéssel (mindhárom célcsoport esetében),
- 2018. január 1-jével a támogató szolgálattal (mindhárom célcsoport esetében),
- 2020. január 1-jével a fogyatékos célcsoport esetében a nappali ellátással,
- 2021. január 1-jével a pszichiátriai beteg célcsoport esetében a nappali ellátással.

A támogatott lakhatás bevezetésekor ezek után a szolgáltatások után nem lehetett állami támogatást igénybe venni, így ezek révén a támogatott lakhatást fenntartó szolgáltatók jelentős forrásbővülésben részesültek. A fogyatékosok nappali ellátása esetében az állami támogatás közel 3000 Ft/nap, éves szinten 732 000 Ft, amely teljes egészében többletként jelenik meg azon fenntartóknál, akik a nappali ellátást maguk biztosítják, de megtakarítást jelent azoknak a fenntartóknak is, akik vásárolt szolgáltatásként nyújtják a nappali ellátást.

5. Új ideológia megjelenése a térítési díj kapcsán

A térítési díj meghatározása a szociális bentlakásos ellátások esetében a támogatott lakhatás megjelenéséig egységes volt. Ugyanazon ellátást igénybe vevő személyek esetében az intézményi, illetve a személyi térítési díj meghatározása azonos volt.⁵ Mire gondolok? Ha például egy idősek otthonába bekerülő személy kevesebb támogatásra szorul, mert fennjáró, önállóan öltözik, eszik,

5. Ez hasonló a magyar egészségbiztosítási rendszerhez: az egyén befizeti a jövedelmének bizonyos részét, és a szükségleteinek megfelelő ellátásban részesül.

tisztálkodik, akkor az ellátásának fajlagos költsége alacsonyabb, mint annál az ellátottnál, akinek támogatási szükséglete magas, állandó felügyeletre, az étkezésben, a személyi higiénében segítségre és ezen felül még szakápolásra is szüksége van. A térítési díj elve független a biztosított szolgáltatásoktól, kvázi létrejön egy szociális közösség, ahol mindenki az állapotának megfelelő ellátásban részesül, függetlenül a kifizetett térítési díj nagyságától.

A támogatott lakhatásban megjelenő, a tényleges ellátáshoz kapcsolódó térítési díj felbontja a korábbi szociális közösséget. A támogatott lakhatásban a szolgáltatások az egyén szükségleteihez igazodnak; a komplex szükségletfelmérés alapján dől el, hogy pontosan mely szolgáltatási elemekre és milyen gyakran van szükség. A térítési díj pedig a nyújtott szolgáltatásokhoz igazodik, pontosan azt fizeti meg a szolgáltatást igénybevevő, amire szüksége van, és amit igénybe vesz: se többet, se kevesebbet. Mindez arra ösztönözheti a fenntartókat, hogy csak az alacsonyabb gondozási szükséglettel rendelkező ellátottak kerüljenek be a támogatott lakhatásba, ugyanis, ha a fogyatékos személy magas gondozási intenzitású ellátásra szorul, akkor a hozzá kapcsolódó, magasabb térítési díjat nem biztos, hogy meg tudja fizetni. A fenntartónak nincs lehetősége, hogy a magasabb jövedelmű, alacsonyabb gondozási igényű ellátottól magasabb térítési díjat kérjen; csakis a tényleges szükségletnek megfelelő ellátások után szedhet térítési díjat.

A térítési díjra vonatkozó új szemlélet a támogatott lakhatás szellemiségéhez igazodik. Ha a szolgáltatás filozófiája az, hogy az egyén képességeihez és szükségleteihez igazodik, akkor ez a térítési díj szabályokban is meg kell, hogy jelenjen. A fenntarthatóság érdekében a fenti elvek alapján elengedhetetlen, hogy az állami támogatás mértéke is igazodjon az ellátott gondozási szükségletéhez, azaz az új szemlélet a finanszírozási oldalon is megjelenjen.

Mindennek eredményeként 2020. január 1-jével fontos változás lépett életbe a fogyatékos személyek támogatott lakhatásának finanszírozásában, ugyanis a fogyatékos személyek nappali ellátásához kapcsolódó állami támogatásnál két új finanszírozási kategória került bevezetésre:

1. támogatott lakhatás fogyatékos személyek részére (magas gondozási szükséglet)
2. támogatott lakhatás fogyatékos személyek részére (fokozott gondozási szükséglet)

A finanszírozási kategóriába történő besorolás a komplex szükségletfelmérésen alapszik:

1. Magas gondozási szükséglet esetén: „A támogatást azok a fenntartók vehetik igénybe, amelyek a Szocvtv. 75. § (1) bekezdése alapján tartanak fenn támogatott lakhatást fogyatékos személyek részére, és az általuk gondozott személy a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 14. számú melléklete szerinti Komplex támogatási szükségletmérő eszköz Összegző adatlap II. pont I. Személyi higiéné, II. Személyi függetlenség, III. Mobilitás kategóriák közül egy kategóriában teljes támogatást igényel”.
2. Fokozott gondozási szükséglet esetén: „A támogatást azok a fenntartók vehetik igénybe, amelyek a Szocvtv. 75. § (1) bekezdése alapján tartanak fenn támogatott lakhatást fogyatékos személyek részére, és az általuk gondozott személy a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 14. számú melléklete szerinti Komplex támogatási szükségletmérő eszköz Összegző adatlap II. pont I. Személyi higiéné, II. Személyi függetlenség, III. Mobilitás kategóriák közül legalább kettő kategóriában teljes támogatást igényel”.

A differenciált finanszírozás bevezetése egy meghatározó lépés a tényleges feladatalapú finanszírozás irányába. A nem állami fenntartók által igényelt 2020. évi feladatmutató megerősíti azt a korábbi megállapítást, hogy jellemzően alacsony gondozási intenzitású személyek kerültek támogatott lakhatásba, ugyanis az újonnan létrehozott kategóriákba a teljes 769 fős létszámból csupán 153 fő került igénylésre. Az állami fenntartású intézmények esetében a finanszírozás költségvetésből történik, nem ellátotti létszám alapján.

6. Az új uniós forráshoz kapcsolódó pályázat

A kiváltás második ütemének forrását az EFOP-2.2.2. – VEKOP-6.3.2 Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás pályázati konstrukciója biztosítja. A pályázatban – a közép-magyarországi régiótól eltekintve – csak állami fenntartású intézmények vesznek részt, a megvalósítás még folyamatban van, így erre hosszabban nem térek ki. Egy strukturális változást azonban mindenképpen fontosnak tartok megemlíteni. Fentebb utaltam arra, hogy az új támogatott lakhatás férőhelyek létrehozását nehezítő körülmény az alapszolgáltatások hiánya. Tekintettel arra, hogy az állami fenntartó számára a szociális alapszolgáltatások működtetése nem kötelező feladat, illetve korábban a megyei önkormányzatok által fenntartott intézményrendszer nem, vagy csak elvétve biztosított alapszolgáltatást, a kiváltás második szakaszában a szolgáltatási elemek biztosítására mindenképpen megoldást kellett találni.

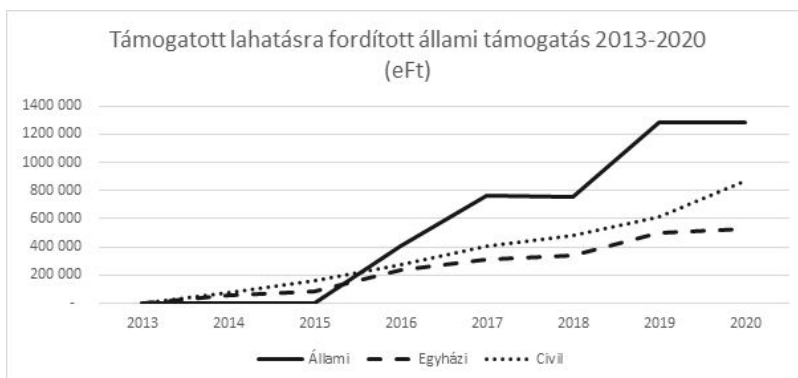
A kiváltás során mindig kérdésként merül fel, hogy a korábbi, nagylétszámú intézmény hasznosítása miként lehetséges. Néhány esetben azt látjuk, hogy idős bentlakásos férőhelyeket alakítanak ki a felszabadult férőhelyeken. Emellett mások már a kiváltás első körében is szociális alapszolgáltatásokat alakítottak ki a kiváltott intézményekben, pótolva ezzel a helyben hiányzó alapszolgáltatásokat.

A kiváltás második szakaszában már szinte kivétel nélkül ilyen alapszolgáltatási központok is létrejönnek, jellemzően a korábban kiváltott intézményben. A kiváltásra kerülő intézmények területi elhelyezkedéséből adódóan a környezetükben gyakran nincsenek speciális alapszolgáltatások (fogyatékos személyek nappali ellátása, támogató szolgáltatás), amelyek a különböző szolgáltatási elemeket biztosítani tudnák. Így ezeken a területeken az állami fenntartó meghatározó alapszolgáltatási fenntartóvá válik. Az új szerepkör egyaránt hoz pozitív és negatív változásokat. Az előbbire példa, hogy a kiváltással párhuzamosan megjelenik egy nagyfokú

alapszolgáltatás-fejlesztés is, mint pozitív externál hatás, ugyanis ezek minden esetben új kapacitásokat jelentenek, ráadásul jellemzően speciális, szolgáltatáshiányos területeken, és nemcsak a kiváltásban részt vevő ellátottak felé nyitottak, hanem a környéken élő rászorulóknak részére is.

7. TL kiadások évről évre

Az alábbi diagram a támogatott lakhatás állami támogatásának nagyságrendjét szemlélteti, fenntartók típusa szerinti bontásban, 2013 és 2020 között.



Az alábbi táblázat ugyanezen adatokat tartalmazza a könnyebb áttekinthetőség érdekében:⁶

	2013	2014	2015	2016
Állami	- Ft	- Ft	- Ft	406 602 000 Ft
Egyházi	- Ft	59 772 655 Ft	84 502 933 Ft	232 858 793 Ft
Civil	827 418 Ft	72 581 080 Ft	157 868 952 Ft	273 891 104 Ft
Összesen	827 418 Ft	132 353 735 Ft	242 371 885 Ft	913 351 897 Ft

6. Magyar Államkincstár 2013-2019, Magyar Államkincstár támogatás igénylési adatok 2020

Támogatott lakhatás a számok tükrében

	2017	2018	2019	2020
Állami	766 515 829	755 721 186	1 282 010 679	1 282 010 679 ⁷
Egyházi	309 270 756	337 298 716	497 884 566	524 828 736
Civil	405 040 381	485 679 596	612 207 509	871 192 260
Összesen	1 480 826 966	1 578 699 498	2 392 102 754	2 678 031 675

Az adatok minden esetben az alaptámogatásra fordított állami támogatást mutatják, kiegészítő támogatás nélkül, illetve a bérpolitikai intézkedés keretében bevezetett szociális ágazati összevont pótlékra fordított támogatás figyelmen kívül hagyásával. Az egyházi kiegészítő támogatás az adatok összehasonlíthatósága miatt szintén nem került bele a táblázatba. Az állami fenntartó esetében az adott kormányzati funkcióra könyvelt nettó kiadásokat tüntettem fel, amely a teljes kiadási oldalból levonja a bevételi oldalt (jellemzően a térítési díjat).

Az adatokat vizsgálva két nagyobb ugrást tapasztalhatunk a támogatott lakhatásra fordított kiadások elemzésekor, amelyből csak a 2016–2017-es növekedés magyarázható a támogatott lakhatások számának növelésével. Ekkor lépnek be ugyanis az első körös kiváltásban részt vevő intézmények az állami támogatás rendszerébe. A további kiadási oldal növekedés pedig a nagymértékű minimálbér- és garantált bérminimum-emelés következménye, ugyanis ezeknek az emeléseknek a kompenzációja beépült az állami támogatásba.

Összegzés

A támogatott lakhatásra fordított állami támogatás nagysága a szociális szakosított ellátásokon belül jelenleg még elhanyagolható mértéket képvisel: 2019-ben a szociális szakosított ellátásokra fordított teljes kiadások – 102,9 milliárd forint – mindösszesen 2,4%-a. A támogatott lakhatás nemcsak szakmai szempontból hozott szemléletváltozást a szociális szakosított ellá-

7. 2019. évi beszámoló adatok, ezért egyezik az előző évi mértékkel

tásokban, hanem a finanszírozás tekintetében is. A támogatott lakhatás generálta a differenciált finanszírozás bevezetését ugyanazon ellátotti csoport tekintetében, figyelembe véve a tényleges támogatási igényt, és arra folyamatosan reagálva, illetve teljesen új szemléletet vezetett be a térítési díj szedésének gyakorlatában.

Az egyértelmű, hogy a célcsoport önálló életvitele, a közösségben való részvétel és az ellátásszervezés új módja alapján a támogatott lakhatás korszerű és innovatív szolgáltatás. A fentiek alapján pedig jól látszik, hogy mára már a finanszírozás elveiben is megjelenik ez az új szemlélet, a szolgáltatást igénybevevők szükségleteihez igazodás elve, ami valós feladatfinanszírozást jelent.

Felhasznált irodalom

- 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról.
Link: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=140698.204847
2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100189.tv>
2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről.
Link: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200204.TV>
2019. évi LXXI. törvény Magyarország 2020. évi központi költségvetéséről.
Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1900071.tv>
- Andráczy-Tóth Veronika [et al.] (2011): Az intézménytelenítés kapujában: a pixelből kép válhat? In: Esély 22. évf. 4. sz. p. 35–57. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01bandraczy.indd.pdf
- EFOP-2.2.2. Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-222-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolgltatsok-ra-val-ttrs-fejlesztse>

Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP-3.4.1.A-11/1) Bentlakásos intézmények kiváltása „A” Szociális intézmények komponense.

Link: <https://www.palyazat.gov.hu/doc/3342>

VEKOP-6.3.2 Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/vekop-632-17-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolgl-tatsokra-val-ttrs-fejlesztse-intzmnyi-frhely-kivlts-1>

Juhász Péter

A támogatott lakhatás koncepciója a támogatott döntéshozatal paradigmájának tükrében

Absztrakt

A támogatott lakhatás a szociális szolgáltatások rendszerébe illeszkedő, több elemében újszerű ellátási forma. Az írás némiképp ennek gondolati gyökereihez visszanyúlva azt az összefüggést kívánja felvázolni, ami a támogatott lakhatás koncepcióját a támogatott döntéshozatal paradigmájához köti.

1. Bevezetés

A támogatott lakhatás (a továbbiakban: TL) a hazai és nemzetközi fogyatékosügyei szakmaterület gyakran tárgyalt témaköre, amely olykor viták kereszttüzében is áll. Bár talán leggyakrabban jogintézményként, lakhatási megoldásként, szolgáltatásszervezési modellként tekintünk rá, roppant fontos, hogy mindeközben egy percig se tévesszük szem elől azt az esszenciális célt, amelynek érdekében a TL létrejött.

2. Eszmetörténeti utalások¹

A fogyatékoság mibenlétéről, a fogyatékos személy társadalomban elfoglalt helyéről szóló szakmai és tudományos diskurzus során sokféle megközelítés alakult ki a fogyatékoság mint egyéni és társadalmi jelenség leírására, amelyeket többnyire különböző jelzőkkel ellátott modelleként emlegetünk. Ezek sajátosságainak részletes kifejtése a jelen írásnak nem célja, fontos utalnunk azonban arra, hogy – a leggyakrabban megnevezett modelleket kiemelve – a *morális*, a *medikális*, a *társadalmi* és az *emberi jogi modell* leírásai egyfajta lineáris fejlődés képét rajzolhatja elénk: a morális megbélyegzéstől

1. Az alfejezetben érintett témákról bővebben ld.: Juhász 2020

az emberi különbözőség elfogadásáig, a kirekesztéstől és elkülönítéstől az aktív társadalmi részvételig, a helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig. Ez a folyamat korántsem egységes; egyáltalán nem mentes sem zökkenőktől, sem jelentős elágazásoktól, ugyanakkor többé-kevésbé mégis azt az utat mutatja, amelynek során lassanként maga a fogyatékos ember került a saját életét érintő kérdések és döntések középpontjába, s arra a fordulóra mutat vissza, „amikor a sérült emberek maguk vették kezükbe a sorsukat.”²

Az emberi méltóság elvének filozófiai alakulásában több szempontból is a fenti modellekhez hasonló fejlődési folyamat figyelhető meg. A témánk szempontjából lényegesebb momentumok közül kiindulópontként talán a görög mondavilágot vagy a római közgondolkodást érdemes felidézniük, amely az érdem által szerzett – többnyire hősi háborús cselekedetek által kiharcolt – méltóság koncepcióját tárja elénk. Ennek legfőbb alapvetése, hogy a méltóságot ki kell érdemelni, ha pedig bárki, különböző oknál fogva – például fogyatékosága miatt – nem tudott az adott társadalom által hősiesség tekintett cselekményt véghezvinni, őt nem illette meg az emberi méltóság kiváltsága. Ehhez képest jelentős fordulatot hozott a sztoikus gondolkodók megközelítése, akik már egyetemes emberi tulajdonságként határozzák meg a méltóságot, Aquinói Szent Tamás és a perszonalista irányzat képviselői pedig ezt azzal egészítik ki, hogy az emberi méltóság alapja nem az emberi értelem, hanem a lélek, ami viszont minden egyes ember jellemzője. Így tehát az emberi méltóság is kivétel nélkül minden embert megillet, hiszen „az ember személy”³. Ez a tételmondat nemcsak a morálfilozófia, hanem a jog oldaláról is érdekes lehet, hiszen könnyen átvezethet a jog előtt személyként való elismerés (azaz a jogképesség), illetve a jogokat illető önrendelkezés (azaz a cselekvőképesség) kérdéskörére, amelyre néhány gondolat erejéig még visszatérek. Éppen ezzel összefüggésben kell megemlítenünk még Kant filozófiáját is, nála ugyanis kulcsfogalomként emelkedik az autonómia, ami

2. Kálmán – Könczei 2002, 2.2.

3. Maritain 1996. p. 136

nem más, mint „gyakorlati szabadság, olyasvalami, amit erkölcsi döntéshelyzetekben élhetünk át”.⁴ Számunkra ez azért lényeges, mert fontos kapcsolatot teremt az önrendelkezés fogalmával, amely a fogyatékos személyek aktív társadalmi részvétele – így például az ennek elősegítése érdekében létrehozott támogatott lakhatás – szempontjából alapvető jelentőségű. Az önrendelkezéssel összefüggésben gyakran használt szó a hatalom, különösen a társadalmi, politikai életben való részvétel viszonylatában, ugyanakkor az egyén oldaláról e fogalom középpontjában valójában az autonóm döntéshez való jogosultság – ha úgy tetszik: a személyes döntés hatalma – áll. Ez köszön vissza a fogyatékoságtudomány egyik központi fogalmaként használt *empowerment* koncepciójában, melynek központi eleme a saját életünket érintő döntések feletti uralom megszerzése és megtartása.

3. A támogatott döntéshozatal paradigmája

Mindezek a folyamatok természetesen nem hagyhatták érintetlenül a kapcsolódó életviszonyokat szabályozó jogi normákat sem; az eddigiekben vázolt gondolatosság a jogi szabályozás síkján leginkább a gondnokság, a cselekvőképesség és az utóbbi években a támogatott döntéshozatal jogintézménye körüli fejleményekben és diskurzusban öltött testet. Megjegyezve, hogy az előző alcímben vázolt folyamatokat a hazai és nemzetközi jogi szabályozások, illetve a fogyatékoságot érintő kortárs elméletek és jellemző társadalmi attitűdök alapján korántsem látom töretlennek és vegytisztának, egy jól tapintható trendet mégis kirajzolnak, amelyből a TL koncepciója is táplálkozik. Éppen ennek az elméleti beágyazottságnak köszönhető talán, hogy egyes szerzők – magam is – jobb’ szeretnek inkább paradigmaként, mintsem jogintézményként hivatkozni a támogatott döntéshozatalra, amely ebben a megközelítésben elemi hatással van a támogatott lakhatás megvalósulási formáira is. Ennek az eszmeiségnek a kialakulása természetesen hosszú és

4. Szegedi 2016. p. 123

szövevényes folyamat volt (meglátásom szerint még ma is tart), melyben sokszor nehéz konkrét sarokpontokra rámutatni, van ugyanakkor egy nagyon is egyértelmű és kézzel fogható forrás, amely talán minden másnál nagyobb hatással volt erre a fejlődésre: az ENSZ fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezménye (a továbbiakban: Egyezmény).

3.1. A 12. cikk

Hazánk a világon az elsők között ratifikálta⁵ az Egyezményt, amely azóta a világ egyik legszélesebb körben ratifikált nemzetközi egyezménye lett. A dokumentummal kapcsolatban gyakorta hangzik el a paradigmaváltás kifejezés, amelyet számos aspektusból megfogalmazhatunk, és tény, hogy az önrendelkezést, cselekvőképességet, támogatott döntéshozatalt érintően (is) valóban gyökeres változásokat indítottak el az Egyezmény egyes pontjai, amelyek közül leginkább a 12. cikk néhány szövegrészletét érdemes kiemelnünk.

A cikk mindenekelőtt rögzíti, hogy „a fogyatékosággal élő személyeknek joguk van ahhoz, hogy a törvény előtt mindenhol személyként ismerjék el őket”.⁶ Ez a megfogalmazás nemcsak a fent említett perszonalista filozófiai irányzattal mutat fontos együttállást, hanem jogilag is releváns alapvetés: azt rögzíti, hogy a fogyatékos személyek (is) minden esetben jogképesek, azaz jogok és kötelezettségek alanyai lehetnek. Ez a megállapítás Magyarországon (és Európában) magától értetődőnek látszik, ugyanakkor az Egyezményben való megjelenése vélhetően nem pusztán deklaratív, megerősítő szándékkal történt, hanem abból a megfontolásból is, hogy az Egyezmény ratifikálása olyan államokban is előrelépést jelenthessen, amelyekben a fenti állítás nem feltétlenül természetes.

A következő kiemelés előtt utalnunk kell arra, hogy a magyar polgári jogban határozottan elkülönül a jogképesség fogalma a cselekvőképességétől.

5. A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény

6. Uo., 12. cikk 1. pont

Utóbbi alapvetően annak képességét (lehetőségét) jelenti, hogy a jogképes személy nem pusztán alanya lehet az imént említett jogoknak és kötelezettségeknek, hanem illet saját, autonóm döntése nyomán, önállóan szerezhet magának, vállalhat magára nézve, illetve lemondhat ezekről. Ezzel összefüggésben figyelemre méltó a 12. cikk egy másik mondatrésze, mely rögzíti, hogy „a fogyatékossgal élő személyeket az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti a jog-, illetőleg cselekvőképesség”.⁷ Az idézet a jogszabály hatályos magyar szövegéből származik, és egy kardinális fordítási anomáliát tartalmaz. Az Egyezmény eredeti (hiteles) angol nyelvű szövege ugyanis a *legal capacity* kifejezést használja, ami nyersfordításban jogképességet jelent ugyan, ám valódi tartalma ennél összetettebb. Az angolszász jogterületen ugyanis olyannyira nem különül el a cselekvőképesség fogalma a jogképességtől, hogy előbbire voltaképp nincs általánosan használt kifejezésük; a *legal capacity* valójában mindkettőt magába foglalja. Szakmatörténetileg is emlékezetes epizód, hogy az Egyezmény ratifikációs folyamatában a kodifikációt előkészítő államigazgatási szakemberek és a hazai fogyatékossgügyi civil szereplők között hosszas vita zajlott a fogalom megfelelő fordításáról: előbbieket a jogképesség, utóbbiak a cselekvőképesség kifejezés használata mellett törtek pácát. A vita folyamatának és szerteágazó érvrendszerének bemutatása túlmutatna e tanulmány keretein, mindenesetre végül a fent idézett „kompromisszumos” megoldás született, amelynek pontos jogi értelmezése azonban – különösen amennyiben az *illetőleg* kifejezést az *és/vagy* logikai kapcsolatnak feleltetjük meg – legalábbis kérdéses.

A támogatott lakhatás szempontjából lényeges a 12. cikk egy másik pontja, melyben az Egyezmény rögzíti, hogy a cselekvőképesség „gyakorlásához esetlegesen szükséges segítség”⁸ hozzáférhetővé kell hogy váljon minden fogyatékos személy számára. Lényeges aláhúznunk, hogy itt a cselekvőképesség gyakorlásának támogatásáról, nem pedig annak – akár részleges

7. Uo., 12. cikk, 2. pont

8. Uo., 12. cikk, 3. pont

– átvételéről vagy átvállalásáról van szó. A cselekvőképességet tehát ebben az esetben is az érintett fogyatékos személy gyakorolja, amihez az *általánosan igényelt* támogatást (“*the support they may require*”⁹) veszi igénybe. Érdekességként jegyezhető meg, hogy a hiteles angol nyelvű szöveg ezen a ponton is a legal capacity kifejezést használja, amely itt viszont cselekvőképességként került a magyar nyelvű verzióba.

Végül azt a rendelkezést kívánom kiemelni, amelyben az Egyezmény rögzíti, hogy a cselekvőképesség gyakorlására vonatkozó intézkedéseket a részes államoknak oly módon kell biztosítaniuk, hogy azok tiszteletben tartásuk „a személy jogait, akaratát és választásait.”¹⁰ A megfogalmazás első olvasatra már-már köznapinak tűnik, és talán nem is látszik különösebben fajsúlyosnak, ugyanakkor – megkockáztatom – a teljes szociális szakma egyik legfontosabb alapvető kérdését érinti, amelyre a későbbiekben még visszatérek.

3.2. Az 1. számú Általános Kommentár

Az Egyezmény nemzetközi végrehajtását az ENSZ által kifejezetten erre a célra létrehozott testület, a Fogyatékosokkal Élő Személyek Jogainak Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság) felügyeli, amely független (azaz nem kormányzati) szakértőkből áll. A Bizottság egyik legfőbb tevékenysége, hogy fogadja és értékeli az Egyezményt ratifikáló részes államok jelentéseit, majd ezek alapján írásbeli és személyes párbeszédet folytat az államok képviselőivel és civil szervezeteivel. Ennek nyomán hatalmas mennyiségű információ áll rendelkezésére az Egyezmény nemzeti szintű végrehajtásának módjait és kihívásait illetően, amelyekkel kapcsolatban országspecifikusan, az egyes államoknak szólóan, illetve olykor összefoglalóan, általánosságban is közvetíti addigi tapasztalatait, álláspontját és javaslatait a részes államok felé. Utóbbi egyik legfőbb eszköze az ún. általános kommentárok (*General*

9. Uo.

10. A fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény 12. cikk, 4. pont

Comment) kibocsátása, amelyek minden esetben az Egyezmény egy-egy cikkére összpontosulnak. Sokatmondó, hogy a testület működésének történetében a legelső (2014-ben született) általános kommentár éppen a 12. cikk tárgyában született. A dokumentum erős kezdésnek bizonyult: sokak által ünnevelt, míg mások által élesen kritizált megállapításokat tartalmaz.

A testület a dokumentum elején rögtön egy kevés félreértést engedő mondatban kinyilvánítja, hogy tapasztalatai alapján „...létezik egy általános félreértés a részes államoknak az Egyezmény 12. cikke szerinti kötelezettségei pontos körét illetően. Valójában általában nem sikerült megérteni, hogy a fogyatékoság emberi jogi alapú modellje a helyettes döntéshozatali paradigmától a támogatott döntéshozatalon alapuló paradigma felé való elmozdulást jelent.”¹¹ A szövegrészből két kulcsszóra szeretném ráirányítani a figyelmet. A *paradigma* kifejezés használatával a Bizottság egyrészt előrevetíti, hogy értelmezésében a támogatott döntéshozatal nem pusztán technikai, módszertani vagy szervezési megoldás, hanem ennél mélyebb tartalmú és hatású fogalom, amit a későbbiekben tárgyalt további megállapításaival meg is erősít. Az *elmozdulás* kifejezés másrészt azt sugallja, hogy ez az új paradigma nem a helyettes döntéshozatali rendszert (a gondnokságot) *kiegészítő* megoldásokban kell hogy megnyilvánuljon, hanem magának a döntéshozatalt érintő megközelítésnek kell változnia. Ezt az értelmezést talán még egyértelműbbé teszi, hogy az eredeti angol nyelvű szöveg már itt is a *shift* kifejezést használja, ami sokkal inkább *váltást* jelent. Az 1. számú általános kommentár egy későbbi pontján aztán már semmi kétséget nem hagy a Bizottság, és egy kategorikus mondatban rögzíti, hogy értelmezése szerint a 12. cikk alapján „[a] részes államok kötelesek a helyettes döntéshozatali rendszereket támogatott döntéshozattal felcserélni, ami megköveteli mind a helyettes döntéshozatali rendszerek eltörlését, mind a

11. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014. 3. pont. Link: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement> (Hozzáférés: 2020. 10. 25.)

támogatott döntéshozatali alternatívák kidolgozását.”¹² Itt már világosan kibomlik előttünk, hogy a támogatott döntéshozatal ebben a megközelítésben nem egy különutas, választható megoldás, amely a gondnoksági rendszerrel párhuzamosan egyfajta jogi és szakmai különlegességként rendelkezésre áll, hanem az önrendelkezés, az egyéni autonómia és a cselekvőképesség új keretrendszere.

Ennek a keretnek ugyancsak markáns sarokpontját ütötte le a Bizottság, amikor – a jogképesség-cselekvőképesség fogalompárjával kapcsolatos vitára is reagálva – kimondta, hogy „[a] jogképesség magában foglalja a képességet arra, hogy valaki a jog birtokosa és a törvény szerinti gyakorlója legyen.”¹³ Azaz értelmezése szerint a 12. cikk korábban is kiemelt szövegrésze nemcsak a jog-, hanem a másokkal azonos alapú cselekvőképességet is garantálja a részes államok valamennyi polgára számára.

Az olvasónak vélhetően sem meglepetést, sem újdonságot nem jelent, hogy a fenti álláspontok megjelenése jelentős hullámokat vert fogyatékoság-ügyi szakmai, civil és államigazgatási körökben. Az ezek nyomán megfogalmazódó érvek, aggodalmak (sőt, félelmek) és dilemmák strukturált, nyílt és érdemi ütköztetésére meglátásom szerint máig nem került sor, ami nemcsak egymás megértése, hanem mindannyiunk érvrendszerének és attitűdjének fejlődése – végső soron a fogyatékos embereket felszabadító konszenzusos megoldások kialakítása – tekintetében is súlyos adósságunk.

3.3. Védelem és szabadság

Ha némileg szemügyre vesszük a gondnoksággal, cselekvőképességgel kapcsolatos hazai szabályozási elemeket illetve néhány más releváns dokumentumot, egy másik lényeges szempontrendszer – és megközelítés – rajzolódik ki, amelyet az alábbi néhány példával kívánok illusztrálni.

12. Uo., 28. pont

13. Uo., 12. pont

A hatályos Polgári Törvénykönyv¹⁴ (a továbbiakban: Ptk.) a nagykorú személy cselekvőképességének korlátozását alapvetően az érintett személy belátási képességéhez köti: amennyiben az „tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent”,¹⁵ úgy részleges korlátozás, amennyiben pedig a belátási képesség „tartósan, teljes körűen hiányzik”,¹⁶ úgy a cselekvőképesség teljes korlátozása indokolt. Lényeges még, hogy emellett a bíróságnak mindkét esetben be kell vonnia a mérlegelésbe az érintett személy egyéni körülményeit, illetve családi és társadalmi kapcsolatait is. Bár a cselekvőképesség részleges vagy teljes korlátozásával járó gondnokság elrendelésének célját közvetlenül és explicit módon nem fogalmazza meg a Ptk., a jogszabály több szövegrészletéből ez kikövetkeztethető. Mind a részleges, mind a teljes korlátozás esetén megjelenik például az a kritérium, hogy az adott korlátozás csak abban az esetben alkalmazható, ha az érintett személy jogainak védelme kevésbé korlátozó eszközzel nem lehetséges. Másik példát említve: a gondnoknak a cselekvőképességében csak részlegesen korlátozott személy helyett és nevében történő önálló eljárásának indokaként a gondnokolt „érdekeinek védelme, károsodástól való megóvása”¹⁷ jelenik meg. Végül a jogszabály egy másik címe alatt, a gondnokság alá helyezési eljárást megelőző intézkedések körében a zárlat rendelkezésével összefüggésben a jogszabály az érintett személy vagyonának védelmét jelöli meg fő érdekként, ideiglenes gondnokot pedig abban az esetben enged rendelni, amennyiben az érintett személyének vagy vagyonának védelme más eszközzel nem biztosítható.

A gyermekvédelmi törvény végrehajtási rendelete a Ptk.-nál közvetlenebbül fogalmaz, amikor rögzíti, hogy „a gondnokság alá helyezés szükségessége különösen akkor áll fenn, ha a gondnokság alá helyezendő személy

14. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

15. Uo., 2:19. § (2) bekezdés

16. Uo., 2:21. § (2) bekezdés

17. Uo., 2:20. § (4) bekezdés

személyi és vagyoni érdekvédelme (...) csak a gondnokság alá helyezéssel biztosítható.”¹⁸

A fentiekből is kiolvasható, az érintett személyének, vagyonának vagy érdekeinek védelmét középpontba állító – ún. protektív – megközelítést 2009-ben az Alkotmánybíróság is megerősítette, illetve részben tovább is terjesztette, amikor egyik határozatának indokolásában arra az álláspontra helyezkedett, hogy a gondnokság alá helyezést érintő intézkedések „nem csupán a gondnokolt személyt, hanem a gondnokság alá helyezettel jogviszonyba lépők személyi és vagyoni érdekeinek a védelmét is szolgálják”.¹⁹

E néhány kiragadott példa tükrében is jól tapintható a témánkat érintő markáns szemléletbeli különbség. Egyrésztől a személyes akaratot, vágyakat és választást középpontba állító, és ennek nyomán az autonóm, szabad döntés kizárólagosságát szorgalmazó, annak korlátozhatóságát tagadó, másrésztől az érintett személy objektív érdekeire, személyi és vagyoni védelmére, biztonságára koncentráló, és ennek nyomán az önálló döntés különböző mértékben való korlátozását megengedő megközelítést láthatunk. E két érvrendszert gyakran állítjuk be vagylagos, sőt, egymással szemben álló felfogásokként, esetleg a jogi vagy szakmai fejlődés különböző állomásaiként, amelyben az egyik – jellemzően az itt protektívnek nevezett szemlélet – meghaladott, míg a másik – leginkább talán emberi jogiként aposztrofált – felfogás haladó, korszerű gondolatként tűnik fel. Bár a végső következtetést illetően – elfogadható-e az egyéni autonómia korlátozása vagy sem – valóban kétállásúnak tűnik a vita, a két megközelítés teljes szembeállítását mégis vitatom, mert meglátásom szerint mindkettő olyan releváns szempontokat és igényeket (is) fogalmaz meg, amelyek számos más, e tekintetben nem vitatott jogviszonyban jelen vannak. A polgári, a büntető- és az alkotmányjog is számtalan elemében épül a személy, a vagyon vagy

18. 149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 144. § (2) bekezdés

19. 74/2009. (VII. 10.) AB határozat, IV. 3.

más értékek és érdekek védelmére, a minél magasabb fokú biztonság garantálására, amelyeknek többnyire nem a leépítése, hanem inkább az erősítése mellett szoktak érvek elhangozni. Ezek a jogintézmények többnyire olyan veszélyekhez és kockázatokhoz kapcsolódnak, amelyek természetes módon jelen vannak, vagy könnyen jelen lehetnek az életünkben, és amelyek káros hatásaival szemben különböző jellegű védelemre tarthatunk igényt. Ezekben a helyzetekben tehát mindig egyidejűleg jelen van a kockázat vagy a veszély, valamint a védelem különböző eszközei is, ami ugyanakkor jelentős egyéni szabadsággal párosul mind a kockázatvállalás mértéke, mind az igénybe veendő védelem jellege tekintetében. A biztonság tehát jellemzően nem a kockázatvállalás lehetőségének kiiktatásával, és nem is a védelem kötelező igénybe vételével, hanem az ezek között való szabad mozgás lehetőségével valósul meg, aminek azonban alapvető feltétele az emberi és jogi értelemben vett cselekvőképesség.

3.4. *Lássuk be...*

A cselekvőképesség korlátozásának okai között már utaltam a belátási képességre, ami a hatályos hazai szabályozásnak több ponton visszatérő eleme. Olyannyira, hogy nemcsak a gondnokság, hanem az annak hazai alternatívájaként megjelent támogatott döntéshozatal szabályozásában is kapuőr szerephez jutott – sokak ellenérzését kiváltva. A Ptk. ugyanis „az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú számára”²⁰ teszi lehetővé támogató kirendelését. Ezzel összefüggésben ugyancsak fontos felidézni a korábban már említett 1. számú általános kommentár néhány megállapítását. A dokumentum egyrészt elvi érveléssel rögzíti, hogy álláspontja szerint az elme épségének hiánya nem jogszerű indok sem a jogképesség, sem a cselekvőképesség megtagadására.²¹ Másrészt felidézi, hogy a részes államok addig

20. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, 2:38 (1) bekezdés

21. Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014. 13. pont

benyújtott jelentései alapján három jellemző megközelítéssel találkozott a cselekvőképesség korlátozásának indokolására. Az egyik az általános kommentár által *állapot alapúnak* nevezett megközelítés, amikor a korlátozás valamilyen – jellemzően orvosi – diagnózis pusztán létének alapszik. A másik tipikus esetnek a *végeredmény alapú* szemléletet látják, ami az érintett személy által hozott vagy a jövőben vélhetően meghozandó káros vagy veszélyes döntéseket, és az ő ettől való megóvását helyezi középpontba. A harmadik pedig a *funkcionális megközelítés*, amely magának a döntéshozatali készségnek a hiányára vagy sérülésére épül, azaz abból indul ki, hogy az érintett személy eleve nem, vagy csak korlátozottan képes bármilyen döntést is meghozni. A Bizottság az utóbbival kapcsolatban kifejtette, hogy ezt a megközelítést alapvetően két okból hibásnak látja. Az egyik, hogy a döntésre való képesség vizsgálatát a szóban forgó államok diszkriminatívan alkalmazzák, hiszen arra a gondnoksági eljárással összefüggésben – túlnyomó többségében fogyatékos személyek esetében – kerül csak sor, miközben a társadalom többsége ilyen jellegű vizsgálatok nélkül gyakorolhatja alapvető jogait egy életen át. A másik, hogy a Bizottság tévesnek ítéli azt a feltételezést, hogy az emberi elme belső működése és a személyes döntések meghozatalának folyamata külsőleg, objektíve és pontosan felmérhető lenne, és ennek alapján aránytalanul erős következménynek látja az alapvető jogoktól való megfosztást.

A belátási képesség kérdésköre azért lényeges számunkra, mert itt válik explicitté a kognitív képességek illetve a személyes döntések (a választás szabadsága) közötti viszony kérdése. Jól látható, hogy az idézett jogi szabályozások esetén a belátási képesség mértékének „tétje” nem kevesebb, mint hogy milyen fokban maradhat meg az érintett ember önálló, személyes döntési szabadsága. Ez a felfogás tehát szorosan összeköti a kognitív képességeket a döntés, a választás képességével, azaz arra az előfeltevésre épül, hogy az átlagosnál vagy bizonyos mércé szerint gyengébb értelmi képességű személyek nem képesek az életüket illetően megfelelő (helyes? hasznos? ésszerű?) döntéseket sem hozni. Ez a kérdéskör különösen izgalmasan merül

föl a hazai választójogi szabályozásban, amely a választójogból való kizárást a „választójog gyakorlásához szükséges belátási képesség”²² csökkenése vagy hiánya esetén teszi lehetővé. Ennek vizsgálata a bírói gyakorlatban leginkább különböző közjogi, közéleti vagy a politikai berendezkedést és aktualitásokat érintő tájékozottságot felmérő kérdések útján történik, a helytelen válaszok pedig a választójogból való kizárást vonják maguk után. Ez egyrészt felidézheti bennünk az írás elején említett érdem által szerzett méltóság koncepcióját, másrészt különös súllyal merülhet föl e vizsgálat szelektivitásának aggálya, hiszen a szóban forgó „tesztkérdések” némelyikére vélhetően a választásra jogosult személyek jelentős része ugyancsak nem tudna helyes választ adni, ám ők ennek ellenére zavartalanul gyakorolhatják választójogukat, mert az ő esetükben e kérdések feltételére nem kerül sor. Mindemellett érdemes elgondolkoznunk azon, hogy pártpolitikai preferenciáink vajon mennyiben alapulnak mély és alapos tájékozódáson, a begyűjtött adatok és információk tárgyyszerű mérlegelésén, és mennyiben függnék családi tradícióktól, baráti, közösségi véleményektől, vagy egyszerűen a személyes benyomásainktól, szimpátiáinktól, érzelmeinktől. S ha utóbbiak jelentős szerepet játszanak, akkor ebben az összefüggésben vajon mit takarhat pontosan a helyes, ésszerű, megalapozott, végső soron a jó döntés fogalma?

De korántsem pusztán a választójogról van szó; hasonló kérdéseket érdemes feltennünk az életünk egyéb területét illetően is. Előfordul-e, hogy úgy hozunk döntést, hogy nem ismerjük, nem tudjuk felmérni, vagy rosszul mérjük fel a várható következményeket? Előfordul-e, hogy – akár akarattal – olyan döntést hozunk, ami önmagunkra vagy valaki másra nézve hátrányos vagy kockázatos, veszélyes? Előfordul-e, hogy egy-egy döntésünk meghozatalakor pontosan tudjuk, hogy az érdekeinkkel ellentétes, de a vágyaink győznek? Előfordul-e, hogy bár meghozunk egy döntést, aztán mégsem

22. 2013. évi XXXVI. törvény a választási eljárásról, 13/A. § (2) bekezdés

annak megfelelően cselekszünk? S talán nemcsak a jogászban merül fel a kérdés: előfordulhat-e, hogy míg mindezeket egyes embereknek magától értetődően megengedjük, addig másoknak nem?

4. Záró gondolatok

Az eddig vázolt gondolatmenet ahhoz a kérdéshez vezet, hogy voltaképp mit jelent dönteni. Ennek pszichológiai, filozófiai, morális vagy társadalmi szempontból is számos aspektusát lehetne vizsgálni a várható következmények felmérésétől a döntés személyes motivációin át a meghozott döntésnek megfelelő cselekvésig. Ezúttal azonban arra a vetületre térnék vissza, amelyre az ún. segítő szakmák egésze tekintetében korábban már utaltam. Az elmúlt évek szakmapolitikai és jogi változásai sok olyan újdonságot hoztak eléln – kiváltás, támogatott döntéshozatal, támogatott lakhatás, stb. –, amelyekről sokat beszélünk, olykor sokat vitázunk, és remélem, fogunk is még. A jogalkotó feladata azonban egy ponton véget ér, az pedig már ezen a ponton túl dől el, hogy egy-egy változásból lesz-e valódi innováció. Hogy tudunk-e új válaszokat adni a régi kérdésekre, vagy ami olykor még fontosabb: fel tudunk-e tenni új kérdéseket? El tudjuk-e fogadni a támogatásunkra bízott ember döntéseinek valódi szabadságát? Még akkor is, ha látjuk, hogy ez kockázattal, veszélyekkel, a kudarc lehetőségével – igen, a mi kudarcunkéval is – jár? Még akkor is, ha úgy érezzük, hogy szakemberként tudunk ennél jobbat, hovatovább: tudjuk, hogy nem így kéne, hanem egészen másképp? Meg tudjuk-e találni azt az utat, amelyben úgy nyújtunk biztonságot, hogy eközben tiszteletben tartjuk a kliens „akaratát és választásait, beleértve a kockázatvállaláshoz és a hibázáshoz való jogot”²³ Szabad-e engednünk hibázni? Szabad-e ezt megakadályoznunk?

A támogatott lakhatás szabályozása talán nem tartalmaz olyan hangzatos tételmondatokat, ami a fogyatékosági szabályozásoknak egyébként olykor

23. Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014. 22. pont

sajátjuk, ugyanakkor számos elemében világos kötődést mutat. Az egyéni szükségletekhez való igazodás, a rugalmas szolgáltatási elemek rendszere, az önálló életvitel vagy a társadalmi életben való részvétel hangsúlya mind az emberi jogi megközelítéshez köti a koncepciót. De mindannyian tudjuk és látjuk, hogy TL-t csinálni sokféleképpen lehet. Valódi innovációs hatása – a klienseink által érzékelt paradigma – alapvetően azon múlik, hogy milyen válaszokat tudunk adni az előző bekezdésben foglalt kérdésekre.

A TL számára a támogatott döntéshozatal paradigmája olyasminak látszik, mint a hagyományos 3D moziban a piros-kék szemüveg. Talán nélküle is kivethető a cselekmény, még a hangokat is halljuk, de valahogy nem tiszta a kép, elvesznek a szereplők arcvonásai, és idővel nincs is már kedvünk tovább mozizni. Aztán ha mégis feltesszük, egyszeriben úgy érezzük, ez valójában egy másik film. Ha a TL tervezése és működtetése során nincs rajtunk a támogatott döntéshozatal „szemüvege”, az olyan, mintha a piros-kék szemüveg nélkül ülnénk be a 3D moziba. Vagy inkább háttal.

Felhasznált irodalom

- Juhász Péter (2020): Ember kontra személy – A fogyasztékos személyek morális, társadalmi és jogi státuszának néhány aspektusa. In: Miskolczi-Bodnár Péter (szerk.): XVII. Jogász Doktoranduszok Országos Szakmai Találkozója. Budapest, KRE ÁJK p. 95-102
- Kálmán Zsófia – Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Budapest, Osiris.
- Maritain, Jacques (1996): Az igazi humanizmus : egy új keresztény társadalom evilági és lelki vonatkozásai. (ford. Turgonyi Zoltán) Sárospatak – Budapest, Római Katolikus Egyházi Gyűjtemény – Szent István Társulat.
- Szegedi Nóra (2016): A szabadság mint autonómia: Kant. In: Magyar Filozófiai Szemle 60. évf. 2. sz. p. 100-128

Hivatkozott jogszabályok

A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról

2013. évi XXXVI. törvény a választási eljárásról

További, idézett dokumentumok

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014): General comment No. 1 : Article 12: Equal recognition before the law. Link: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement> (Hozzáférés: 2020. 10. 25.)

74/2009. (VII. 10.) AB határozat. In: Az Alkotmánybíróság határozatai. 18. évf. 7-8. sz. p. 876-885

Marton Krisztina
Komplex kérdések

Szenvedélybetegek körében végzett
komplex szükségletfelmérések tapasztalatai
az elmúlt 5 év tükrében

Absztrakt

A szociális segítők a szenvedélybetegek ellátása során az ellátórendszer bármely területén is dolgoznak, előbb-utóbb találkoznak azzal a problémával, hogy hova, milyen kezelőhelyre delegálják a szenvedélybeteget. Ez szorosan összefügg az ellátott aktuális állapotával, hogy a szenvedélybetegségének melyik szakaszában tart, vagy éppen a felépülésén dolgozik, avagy megrekedt-e valamelyik stádiumban. Az ellátási formák, ezáltal a választási lehetőségek szélesedtek hét évvel ezelőtt, azzal, hogy szenvedélybeteg célcsoport számára támogatott lakhatások létrejöttét engedélyezték a szociális törvény megalkotói. A tanulmány ebben a témában próbál segítséget nyújtani, a szükségletekből kiindulva mutatja be a szenvedélybetegek támogatott lakhatásait, és az ott folyó segítő munkát.

Valami kezdődik

A támogatott lakhatás szolgáltatás bevezetésével egy új módszertani felvételi kritérium rendszert is bevezettek a szolgáltatáshoz kapcsolatosan, ez pedig a komplex szükségletfelmérés. Rendelet mondja ki, hogy a vizsgálat igénylése és elvégzése után lehet igénybe venni a támogatott lakhatást, és meghatározza azokat a főbb fejlesztési irányokat is, az elkövetkező másfél évre, ami a támogatott lakhatást igénybevevővel remélhetőleg történni fog. A feltárt személyes szükségletekhez szolgáltatásokat kapcsol, ajánlásokat fogalmaz meg. Ez mindenképpen előremutató, mert középpontjában a személy áll. Célcsoporttól függetlenül, a személyes növekedést, fejlődés folyamatát támogatja, szorgalmazza. Az elmúlt évek távlatából jól látszanak azok a különbségek is, ahogy a különböző támogatott lakhatások működnek. Az addikció

területével foglalkozó szakemberek, kutatók számos aspektusból vizsgálták már a szenvedélybetegség kialakulásának, lefolyásának vetületét, és egyre többet olvashatunk a felépülésről is, mint folyamatról. Sokan megfogalmazták már azt is, hogy addiktológiai ellátások területén működő intézmények hatékonyságának mérésére nincs elfogadott kritérium, nincs konszenzusos definíció. Ezt kísérelte meg orvosolni a 2013-ban megalkotott és erősen vitatott Nemzeti Drogellenes Stratégia, mely számos hiányossága ellenére bevezette a szakmai párbeszédbe a felépülés-központú megközelítést. „A felépülés-központú ellátás célja a kliens egészségi állapotának javítása, illetve helyreállítása (a tartósan szermentes életet célul kitűzve), továbbá a társadalomba történő reintegráció elősegítése”¹ - olvasható benne. A támogatott lakhatás szolgáltatás bevezetésekor, összhangban a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvénnyel (továbbiakban FOT tv.), valamint a közös európai útmutatóban, (Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató : útmutatás a gyerekek, a fogyatékossgal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről), valamint az ENSZ egyezményben foglaltakkal², emelték be a szenvedélybetegeket is a támogatott lakhatás szolgáltatás célcsoportja közé. Ezek a lépések azért fontosak, mert egyrésztől kijelöltek egy utat, másrésztől pedig eszközt adtak hozzá az új szolgáltatás bevezetésével, annak megvalósítására.

Lehetőség a megismerésre

A tartós józanságot elérő szenvedélybetegek csoportját viszonylag ritkán kutatják, és a különböző kezelésekre kerülő szenvedélybetegek utánkövetéses vizsgálatának száma is igen kevés. Ami egyrésztől érthető is, hisz nehéz nyomon követni egy olyan folyamatot, ami számos szubjektív tényezőtől is függ.

1. 80/2013.(X.16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. p. 20

2. Schenk – Jusztin 2020. p. 5

Másrészről időbeli korlátja is van a vizsgálódásnak, mert viszonylagos a józanságban eltöltött idő is, nincs kimondva sehol sem, hogy az évek vagy hónapok, napok száma számít-e. Az országban jelen lévő legnagyobb józan közösséget pedig (Anonim Alkoholisták közössége, egy-egy országos találkozón 6-700 felépülő szenvedélybeteg vesz részt) sajátos működésük miatt szintén nehéz vizsgálni (2009-ben a pécsi országos találkozón Madácsy József kérdőíves kutatásában³ a 600 fő regisztrált résztvevő közül csak 126 értékelhető kérdőív került kitöltésre, ami nem bizonyult reprezentatív mintának). A józan életről, annak megtartásáról, nehézségeiről, sikereiről kevesebb szakirodalom lelhető fel. Mert a józanság a normalitás, és a normalitást nem szokás vizsgálni. Pedig egy függő embernek, aki szinte eszmélése pillanatától másnak érzi magát, a józanság a nem természetes állapot. A furcsa és a tanulandó feladat. Szendélybetegek támogatott lakhatásában viszont nagy számban találkozhatunk absztinens, józanodó/felépülő szenvedélybeteggel. Talán ezzel az új szolgáltatással, és a szolgáltatást igénybe vevő szenvedélybetegek megismerésével közelebb kerülhetünk ehhez a problémakörhöz. A megismerés közelebb visz, s tudjuk, hogy a segítő munka mindig kétirányú, és az is fontos, hogy jól tudjunk segíteni. Azt is merjük kimondani, hogy ebben a betegségben érintettek felépülési esélyeik igen alacsonyak, magas a relapszusok száma, a velük foglalkozó szakemberek nagy számban élnek meg negatív érzéseket, mint a kudarc és tehetetlenség élményét, ami hosszú távon hozzájárul a kiegészhez, a mentális elfáradáshoz. Ezért is lehet érdekes egy olyan átfogó, elemző tanulmány, mely egy standard módszertanon (komplex szükségletfelmérés) alapuló vizsgálatban követi nyomon a szenvedélybetegek életútját, tárja fel a szükségleteiket. Ezzel az eszközzel egy olyan lehetőséget kapott a kezébe a szakma, amivel egy egységes módszertan alapján lehet vizsgálni a szenvedélybetegeket is, függetlenül attól, hogy betegségüknek/felépülésüknek melyik szakaszában tartanak. Rendelet írja elő azt is, hogy

3. Madácsy 2012

ezt a vizsgálatot másfél, majd három év után újból le kell folytatni, így a gyakorlati munkában előfordulhat az a szerencsés helyzet is, hogy egy felépülési folyamat különböző állomásait is lehet látni, főleg, ha a vizsgálatot végző személy mindkét esetben ugyanaz. A felmérő külső szakértőként van jelen a felvételnél, a klienst jobban ismerő belső (intézményi) szakember mellett, így a felmérés objektivitása is megteremthető. Az elmúlt években a komplex szükségletfelmérés módszertana is többször változott, és igazán ritkaság számba menő, hogy mindig figyelembe vették a terepen dolgozó felmérők tapasztalatait, javaslatait. A kezdeti nehézségek után, mikor még országosan csak pár felmérő végezte a komplex szükségletfelméréseket mindhárom célcsoportra vetítve, mára már jól kidolgozott rendszer, és elegendő, képzett felmérő áll a szolgáltatást nyújtók rendelkezésére.

A felmérések

A tanulmány alapját összesen 254 fő komplex szükségletfelmérésének elemzése adja, melyet 2015-től 2020-ig terjedő időintervallumban, mint komplex szükségletfelmérés elvégzésére SZGYF (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság) által kijelölt szükségletfelmérő munkatárs készítettem és a vizsgált szenvedélybetegek jelentkeztek valamilyen támogatott lakhatásba. Nemek megoszlási arányát tekintve 221 férfi és 33 nő szükségletfelmérése készült el. Ez az adat kissé csalóka, ha azt gondolnánk, hogy kevesebb a szenvedélyproblémákkal élő nők száma ma Magyarországon. Ugyanis mind az európai, mind a hazai kutatások azt támasztják alá, hogy a nők szerfogyasztása is jelentős, körülbelül a harmada a férfiakénak, viszont a kezelésbe jutásuk, a társadalmi megítélésük, a szerhasználatuk eltérő mintázata, a betegség prognózisa sokkal rosszabb, mint férfi társaiké, ezáltal a felépülési esélyeik is csökkennek. A nők életkorát nézve a felmérések időpontjában, a legfiatalabb jelentkező 27 éves, míg a legidősebb 61 éves volt. Nagyobb hányaduk 50 és 60 év közötti életszakaszában, még munkaképes fizikai és mentális állapotban került a támogatott lakhatásba. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a nőknél minél fiatalabb korá-

Komplex kérdések

ban kerül valaki kezelésbe, és veszi komolyan a felépülését, annál rövidebb idő szükséges számára a továbblépéshez. A felmérések alapján a vizsgált fiatal nők, 27 év (1 fő), 33év (1 fő), 37 év (3 fő) mindegyike absztinensen tudott tovább lépni közel egy év támogatott lakhatás szolgáltatás igénybevétele után, míg az idősebb hölgyek tovább maradtak bent az ellátásban, vagy estek vissza a használatba. Érdekes, hogy a férfiaknál ez pont fordítva van, a nagyon fiatal jelentkezők (legfiatalabb vizsgált személy 21 éves) mind nagyon hamar (pár hónap alatt) visszaestek, kikerültek a támogatott lakhatás szolgáltatásból. A férfiak életkorát tekintve nagyobb a szórás, 30 éves kortól 65 éves korig szinte minden korosztály előfordul az igénybevevők között. A nyugdíjkorhatárt elérők jelenléte sem kivétel, van olyan támogatott lakhatás, ahol eleve idősebb lakók adják a támogatott lakhatás zömét. Az idősebb férfiak szintén tovább maradnak a szolgáltatásban, a másfél éves fülvizsgálatok is nagyobb számban készültek számukra. A szenvedélybetegségek vizsgálatakor mindig fájó szembesülni azzal, hogy ez a mentális betegség nem csak az egyént, hanem a körülötte lévő szűkebb családi kapcsolatokat is rombolja, és egy-egy beteg életút követése során kirajzolódnak az elmagányosodott, kapaszkodók nélküli életek. A felmérésekben résztvevők kapcsolati mintái sem alakulnak jobban. A „kapcsolatban” státusz itt rendezetlen, válás előtti/közbeni kapcsolatot jelent. Egy esetben talákoztam kivétellel, mikor a támogatott lakhatást egy házaspár vette igénybe (mindketten felépülő alkoholbetegek).

Párkapcsolati státusz	Férfi	Nő
Egyedülálló	98	18
Kapcsolatban	5	3
Elvált	116	12

A felépülési-józanodási folyamat során mindig releváns szempont a családi-emberi kapcsolatok újraértelmezése, építése. Csak abban az esetben beszélhetünk fejlődésről, ha emberi kapcsolataik változnak, és olyan mértékben lesznek képesek harmonikus társas kapcsolatok kialakítására, amennyire önmagukkal is harmóniába kerülnek. Az általam vizsgált 254 személy szükségletei között minden esetben mutatkozott támogatási szükséglet a kapcsolatok életterületén, melyet a szenvedélybetegek maguk is megfogalmaztak.

Szolgáltatások

A lakhatásokban felmért szükségleteket kielégítő szolgáltatásokat kivétel nélkül minden támogatott lakhatásban saját dolgozói kompetenciákon keresztül biztosítják, nem külső szolgáltatótól vásárolják azt. Előfordul, hogy szervezetten/fenntartón belül működik nappali vagy közösségi ellátás, mint szolgáltatási forma, de ezekben az esetekben is hangsúlyosabb a támogatott lakhatás munkatársa által nyújtott szolgáltatás biztosítása. Valószínű a szorosabb, jelenlét alapú segítői kapcsolat kialakulása miatt alakult ez így, illetve hogy a célcsoport anyagi helyzete jóval rosszabb (főleg a támogatott lakhatásba való felvételkor) mint a másik két célcsoport tekintetében, ezáltal a szükséges szolgáltatásokat sem tudnák finanszírozni.

Területi lefedettség

A felmérések többnyire az ország keleti felében készültek, de előfordult budapesti és székesfehérvári támogatott lakhatásban készült vizsgálat is a tanulmányban, illetve belesik egy kitagolt intézmény támogatott lakhatása is. A támogatott lakhatások a kaskantyúi ház kivételével (ami kitagolás útján lett támogatott lakhatás) mind újonnan létrehozott szolgáltatások. Kivételt képez a létrehozás módjában a debreceni ORSZIK Boldogkerti Támogatott Lakhatása, mert esetükben rehabilitációs célú lakóotthonból való, 2014-es átalakulásról beszélhetünk. Előtte már hosszú évekre visszamenőleg működ-

tek rehabilitációs célú lakóotthonként, majd eleget téve a törvény kötelező erejének alakultak át támogatott lakhatássá. Később a kötelezés kikerült a törvényből, így jelenleg a lakóotthonok már szabadon dönthetnek működési formájukról. Az Egészségdokk Alapítvány, az MRE támogatott lakhatása és a Forrás LSE Indulópont Támogatott Lakhatásai pedig szoros szakmai együttműködésben, szolgáltatások egymásra épülésével jöttek létre a már korábban a fenntartók által működtetett szenvedélybeteg rehabilitációs intézetei számára. Az Egészségdokk és az MRE támogatott lakhatása a Ráckeresztúri Drogterápiás Otthonhoz, a Forrás támogatott lakhatása pedig a saját rehabilitációs intézetéhez kapcsolódik, és az onnan kikerült, befejezett terápiát végzett szenvedélybetegeknek kínálnak ellátást. Ez azért fontos, mert így a házak feltöltése, az oda jelentkező lakók érkezése – ami nem mellékes releváns fenntartói szempont – stabilabb lábakon tud állni, tervezhetőbbé, kiszámíthatóbbá válik az ellátásszervezés.

Markáns különbségek

A szenvedélybeteg nagy létszámú csoportját tekintve, kétféleképpen kerülhetnek kapcsolatba támogatott lakhatással: már egy bizonyos idő óta valamilyen szenvedélybetegket ellátó szociális intézményben élnek, és ezeket az intézményeket a kitagolási folyamat részeként támogatott lakhatásokká alakítják át. A másik út az újonnan létrejött támogatott lakhatások, és az oda jelentkező szenvedélybeteg, akik általában valamilyen terápiás intézményből vagy az egészségügyből, kórházi addiktológiai kezelésből érkeznek, illetve a szociális ellátás különböző szegmenseiben felbukkanó kliensként kerülnek delegálásra (bár ez a ritkább eset). Jelen vizsgálatok túlnyomó többsége (247 fő) az utóbbi szerveződés mentén létrehozott házakban történtek, és kisebb létszámban (7 fő) kitagolt intézményben, mégis markáns különbségek rajzolódnak ki mind a lakhatások profiljában, mind a lakók motivációiban. A szenvedélybetegségekből való felépülés paramétereiben, úgymint absztinencia, társadalmi szerepvállalás, mentális-spirituális jóllét,

egészséges kapcsolatrendszer kialakulása, egzisztenciális stabilitás felé törekvés, nagyjából megegyeznek a területtel foglalkozó szakemberek. Némi eltérést és vitára adó okot az absztinencia kérdése sajnos még mindig mutat, és az eltérő fogalmi kategóriák használata is nehezíti a közös hang megtalálását. A korábbi évek tapasztalataiból merítkezve még mindig absztinensnek hívják azokat a szenvedélybetegeket is, akik alkoholt vagy drogot nem használnak, de ehhez a nem használáshoz gyógyszeres támogatást vesznek igénybe.

Érdekes módon ez a kérdés szoros összefüggést mutat a házak területi elhelyezkedésével és az ott jelen lévő szociális és egészségügyi ellátás szociális mintájával is. Ahol megjelent a józan kultúra, és az egészségügyi ellátásban nem a „forgóajtószerű” addiktológiai ellátás van, ott lehet absztinens ellátásokról beszélni, ahol maradt a hagyományos addiktológiai ellátás, ott viszont szitokszónak számít a teljes absztinencia kérdése. A kitagolásban részt vevő ápoló-gondozó otthonokban élő szenvedélybetegek a hosszú évek során nem tudtak absztinens életvitelt elérni, illetve, a jelentős hospitalizáció miatt, önálló életvitel kialakításában sem gondolkoznak, ami vízváltó a támogatott lakhatásba való kerüléskor. Érzelmi biztonságukat, állapotuk javulását, alkoholfogyasztásuk mérséklését az intézmény kereteihez kötik, nem gondolkoznak önálló életvitelben, szemben a felépülés központú szemlélettel rendelkező rendszerekkel.

A kitagolt intézmény támogatott lakhatásai inkább végállomásnak, míg az újonnan létrejött lakhatások átmeneti megállónak, ellátásnak látszanak egy-egy szenvedélybeteg életében. Ez a kardinális különbség meghatározza majd például az átjárhatóság kérdését is a támogatott lakhatások között. Az eltelt öt év tapasztalatai is azt mutatják, hogy nem jönnek lakók kitagolt intézmények lakhatásaiból és fordítva sem járható az út, mert a kitagolt támogatott lakhatásokban sincs férőhely a „kívülről” érkezőnek. Pedig nem kevés szenvedélybeteg emberről van szó ebben a folyamatban (2018-as adat: 1800 fő él szenvedélybetegek otthonában, ami kitagolásra vár).

Kitagolva

Kaskantyú támogatott lakhatásában 7 fő számára készült komplex szükségletfelmérés 2015-ben, akik a nagy intézményből költöztek ki a kisebb, családi házban létrehozott támogatott lakhatásba. Mindannyian hosszabb (min. 5 év) intézményi múlttal rendelkeztek és végállomásnak tekintették a támogatott lakhatást, motiváció nélkül a normál társadalmi életbe való visszatérésre. Támogatott lakhatásuk koedukált. Életkorukat tekintve, 43 és 60 év közötti szenvedélybetegről készült a komplex szükségletfelmérés. A személyre szabott szolgáltatások megvalósulása továbbra is a központi intézményhez köti őket. Szerfogyasztásukat tekintve az alkoholfüggőség a domináns. Életminőségük javulása az intézetben eltöltött hosszú évek alatt vitathatatlan, de felépülés szempontjából esetükben nem beszélhetünk felépülésről, hisz a fentebb említett kritériumok közül nem sok látszik megvalósulni. Esetükben a szinten tartás, állapotromlás megakadályozása valósul meg.

Viharos felépülés a viharsarokban

A viharsarok nagy része Békés megyéhez tartozik, és a szóban forgó támogatott lakhatások is Békésben találhatóak, Gyula illetve Szarvas településeken. Mindkét település és környezete szociális ellátások területén kevésbé fejlett, illetve a szenvedélybetegségek kezelése szempontjából releváns ellátások, szolgáltatások többnyire egészségügyi ellátásokat jelent, ami a modern addiktológiai ellátás szempontjából alig van köszönő viszonyban a felépüléssel. Az egészségügyi ellátásban még mai is előfordul, hogy másfajta fogalmi kategóriákat használnak a szenvedélybetegségek kezelésére, mint a felépülés központú megközelítés, és erőteljesebb a medikalizált irányvonal. A gyulai Új Esély Háza támogatott lakhatásba a legtöbb szenvedélybeteg a Pándy Kálmán Megyei Kórház Addiktológiai részlegéről érkezik, ahol méregtelenítés után főleg gyógyszeres terápiákkal kezelik a betegeket. Ez nem igazán járul hozzá a tiszta tudat kialakulásához, a személyiségváltozás izzadságos meggarcolásához. Ugyanazzal a gondolkodási sémával kerülnek

ki a kórházból a szenvedélybetegek, mint amivel bementek, felvértezve a reménnyel, hogy talán most majd sikerül megszabadulni a szertől, mert a betegségtudat mellé gyógyszert is írtak fel nekik az orvosok. Ugyanis azt az alapvető tényt nem fogadják el sokan, még mindig, hogy a szenvedélybeteg személy a gyógyszeres kezelés választásakor csak haladékat akar nyerni a saját függőségének szorításából, és esze ágában sincs tiszta tudattal szembenézni azokkal az érzésekkel, problémákkal, élethelyzetekkel, amiért elkezdett szert, alkoholt használni. A megyében jelen lévő egyetlen hosszú távú rehabilitációs intézet (Nagyszénás – felépülés orientált modellel dolgoznak) nem számít delegáló helynek, mert saját utógondozói házába küldi (ha szükséges) a terápiát befejezett klienseit. A gyulai támogatott lakhatás már az indulásakor megtapasztalta az egészségügyi és a szociális ellátás gondolkodásának egymásnak feszülését. Induláskor még teljes absztinenciával képzelték el a jelentkező szenvedélybetegek felvételét, kérték a betegek olyan állapotban való elengedését, hogy teljesen gyógyszermentesek legyenek, illetve csak azok a gyógyszerek maradjanak, amik az alkoholfogyasztás szövődményeinek kezeléséhez feltétlenül szükségesek. Mivel a megyében egyetlen olyan kezelő hely sincs, ahol ennek a felelősségét bevállalta volna egy kórház, így maradt az a lehetőség, hogy a gyulai és szarvasi támogatott lakhatásban megengedett az orvos által felírt és kontrollált gyógyszerek szedése. Az eltelt öt évben pozitív változásról számolhatunk be, a működési tapasztalatokat nézve, közelebb került egymáshoz a két ellátás. Partneribb viszony alakult ki, és egy-két esetben olyan, évek óta meglévő diagnózisokkal rendelkező függők (pl. borderline szindróma, súlyos depresszió, személyiségzavar stb.) is el tudtak érni teljes absztinenciát, elhagyhatták gyógyszereiket, akiknek korábban esélyük sem volt fellépni a rájuk aggatott diagnózis ellen, amit alapjában véve függőségük miatt kaptak meg. A gyulai ház is enyhített teljes absztinenciához való viszonyán, és felvesznek olyan jelentkezőket is, akik még gyógyszeres támogatással élnek, szednek valamilyen hangulatjavító, stabilizáló gyógyszert, avagy szükségesnek érzik a nyugtatók szedését.

A relapszusokhoz sem állnak olyan szigorúan hozzá, mint a teljesen absztinens házakban. A gyulai támogatott lakhatás a társadalmi reintegrációra helyezi a hangsúlyt, náluk a legfontosabb és hangsúlyos elem a munkába állás, akár két órában is, de mindenki végezzen munkatevékenységet, ami hozzájárul a pozitív önbecsülés kialakulásához. Ehhez szükséges az, hogy az intézményvezető erős társadalmi bázissal rendelkezik, olyan stabil kapcsolatszerzőt alakított ki a városban, hogy szinte mindenkit el tudnak helyezni a nyílt munkaerőpiacon, állapotától függetlenül (fóliasátor, kertészeti munka) és lehetőség van akár napi, heti, vagy kétheti kifizetésre is. Ez azért is fontos, mert sokszor egy újrakezdő szenvedélybeteg semmiféle jövedelemmel, tartalékkal nem rendelkezik, és a kezdeti megélhetési nehézségek így nem az intézményre hárulnak. Ha nem sikerül a nyílt munkaerő piaci elhelyezés, lehetőség van szervezeten belül közfoglalkoztatás biztosítására is, ami átmeneti időre minimális jövedelemhez juttatja a lakót.

Gyulán öt év alatt 56 személynek készült komplex szükségletfelmérése. A szerfogyasztást tekintve, alkohol és gyógyszerfüggők jelentkeztek, többnyire terápiás háttér nélkül, főleg addiktológiai osztályról, egzisztenciális válságban, szociálisan perifériára sodródva. A nemek megoszlási aránya a komplexekben 10 nő és 46 férfi. A 12 férőhelyes támogatott lakhatás koedukált, két férőhelyen, az egyik szobában nők számára tartanak fent helyeket. Másfél éves felülvizsgálat nők esetében 2 alkalommal készült, mindkét esetben visszaesést követően, tehát nem tartózkodtak a támogatott lakhatásban másfél évig, hanem újbóli felvételi eljárás keretében. Férfiaknál felülvizsgálat hat esetben készült el, másfél év múlva, ami esetükben már másfél éves elért józanságot jelent. Ebből jelenleg ketten még mindig a támogatott lakhatásban élnek, már nyugdíjas korúak, egy fő stabil józansággal és mentális állapottal ki tudott költözni a támogatott lakhatásból és önálló életvitelt valósított meg, három fő visszaesett, nagyjából két év józanság után. Hozzá tartozókat minimális esetben lehetett bevonni a kezelési/felépítési tervbe. A komplex szükségletfelmérésekből kitűnik, hogy az igénybe vett

szolgáltatások hangsúlya az egyéni esetvitel, amiben a mentális támogatás és a készségfejlesztés a releváns szolgáltatási elem. Ezeket a szolgáltatásokat nem külső szolgáltatóktól veszik igénybe, hanem az esetfelelős/intézményvezető kompetenciái által biztosítják. A támogatott lakhatás szolgáltatás megszakadásának okaként legtöbb esetben a visszaeséseket jelölik meg a gyulai szakemberek, mely ebben a szolgáltatásban nem egyszeri megcsúszást jelent, hanem tartós visszaívást, a visszaesés kontroll nélküli állapotát, illetve a visszaeséssel járó káosz tartós jelenlétét, az együttélés képtelenségét. A szolgáltatást átlagosan egy évig veszik igénybe, a szolgáltatás megszűnése a már fent említett okok miatt történik, de lehetőséget biztosítanak újbóli felvételre is, kórházi kezelés után.

Gombhoz a kabátot?

A viharosok másik élharcosa a szarvasi támogatott lakhatás. Célcsoportját tekintve nehezített pályáról indult, mert a térség tanyavilágában rejtőzködő, évek óta kizsákmányolásban tartott, (a köznyelv szerint: csicskák, csicska sorban élő) idősödő, hajléktalan alkoholistáit karolta fel, akiknek nem csak a függőségükkel való viszonyukon kell dolgozni, hanem az abúzusból fakadó hátrányaikkal is szembe kell nézni. Alkoholfüggőségük többnyire évtizedekkel ezelőtt kialakult, elmélyült. Egzisztenciálisan perifériára sodródott emberekről van szó, akik semmilyen szinten nem gondoltak abba bele, hogy sorsuk alakulásában az alkoholfogyasztási szokásaik is szerepet játszottak volna. Többnyire terápiás háttér, kezelés nélkül próbáltak változtatni életükön. Kapcsolódási pont életükben a szarvasi Ótemplomi Szeretetszolgálathoz tartozó nappali ellátás, ahova ruháért és élelemért, tisztálkodási lehetőségért jártak be a csicskázatóiktól. A nappali ellátásban dolgozó szociális munkások velük foglalkozva ismerték fel azt a releváns szükségletet, hogy ha ki is menekítenék őket a csicskázatók kezeik közül, nincs intézményük, ahol el lehetne helyezni őket. Így hozták létre a támogatott lakhatást, a nappali ellátás szolgáltatásaira épülve. Az ő esetükben

elképzelhetetlen kritérium az absztinencia megléte a felvételkor. Az alkoholfogyasztás mérséklése, a rendezett életviszonyok kialakítása és az elszakadás a korábbi „munkaadóiktól” már hatalmas életminőségbeli változást jelent számukra. A bántalmazás következményeivel való szembenézést nehezíti, hogy társadalmilag és helyi szinten is titokként kezelik ezt a jelenséget, és egyedül az evangélikus egyház (Ótemplomi Szeretetszolgálat) képes a mindennapokban annyi erőt felmutatni, hogy szembeszálljon a csicskázatókkal. A változás, és a személyes fejlődés további gátja, hogy esetükben is működik a bántalmazás körforgása, ésszel fel nem fogható érzelmi manipulálása, ami gyakorta visszavezeti őket a bántalmazójukhoz. Ezeknek az embereknek alig vannak szavaik arra, ami velük történt, a szégyen és a kognitív funkciók leépülése nehezíti, hogy elmondják az eltelt évek során elszenvedett traumáikat. Leginkább a lakókörnyezetük és életminőségük drasztikus leépülését érzékelik, és ezt tudják megfogalmazni, ami viszont egy idő után már megszokottá és elfogadottá válik számukra. Belefáradnak a jelenbe, elsvárosodnak a mindennapjaik. A szarvasi támogatott lakhatás ezt felismerve, az életminőség javítását tűzte ki legfontosabb céljaként, és ehhez viszonyítva határozzák meg személyre szabottan az egyéni fejlesztéseket is. Az eltelt öt év tapasztalatai alapján viszont egyre inkább elérendő célként fogalmazzák meg nemcsak az alkoholfogyasztás mérséklését, hanem az absztinencia kialakítását is a támogatott lakhatásban. Öt év alatt 42 főnek készült komplex szükségletfelmérése (csak férfi ellátottak) ebből 6 fő maradt az ellátásban másfél éven is túl, számukra készült felülvizsgálat. Jellemzően itt az ellátásból kikerülés oka nemcsak a visszaesés, hanem az idősődéssel járó betegségek megjelenése, ami másfajta szükségleteket von maga után, illetve a korábbi csicskázatóhoz való visszatérés, a minimális együttélési szabályok be nem tartásának következménye. A szükségletfelmérésekből kitűnik, hogy hangsúlyos elem a készségfejlesztés, az elfeledett szocializációs minták vissza hozatala, az együttélési képességek fejlesztése. A nappali ellátásukkal szorosan együttműködve valósítják meg a szolgáltatásokat. Esetmenedzseri

feladatok ellátása, egészségügyi ellátásokkal való együttműködés, szociális ügyintézés elengedhetetlen szolgáltatás az esetükben, hisz klienseik évekig messze elkerülték a szociális ellátórendszert. Esetükben a nyílt munkaerő piaci rehabilitáció mind koruknál, mind pedig mentális-fizikális állapotuknál fogva elképzelhetetlen. Hozzá tartozók bevonása a szolgáltatásba egyetlen esetben valósult meg.

Józan kultúra a térségben

Ahhoz, hogy a szenvedélybetegeket fogadó támogatott lakhatások ne maradjanak egyedül a felépülés érdekében végzett erőfeszítéseikben, szükséges és elengedhetetlen az „intézményeknek” nyitottan állni, támogatni a kapcsolatot a jelenlévő józan közösségekkel, akik az intézményesített kereteken túl képviselik a józanság kultúráját. A tapasztalat azt mutatja, ahol zártabb és „intézményesítettebb” jelleggel működik a támogatott lakhatás, ott a felépülés is döcögősebb. Az önszorgító csoportok ideológiája szerint az olyan krónikus betegséggel (mint az alkoholizmus vagy a drogfüggőség) való megküzdéshez, ami elsősorban nem biológiai paramétereket, hanem önálló életvitelt és önbecsülést lehetővé tevő életminőséget jelent, elengedhetetlen a laikusok, sorstársak egymásnak nyújtott segítsége és az egymástól való kölcsönös tanulás lehetősége. Ezért mondják azt, hogy józanodni önmagában, egyedül nem tud senki. Ha mindkét városban megnézzük az adott lehetőségeket, látjuk, hogy egyik városban sem erős a józan közösségi jelenlét. Mindkét városban évek óta jelen van szenvedélybetegek közösségi ellátása, illetve nappali ellátása is, többnyire „hajléktalan melegedő” funkcióval. Józan önszorgító közösség, Anonim Alkoholisták csoportja csak Gyula városában működik. A gyulai A.A. közössége nem tekint vissza évtizedes múltra, és tagjainak száma is alacsony, többnyire a támogatott lakhatás lakóiból áll. Hetente egyszer tartanak gyűlést. Szarvason nincs jelen A.A. csoport. N.A. (Névtelen Drogfüggők), Al-Anon (hozzátartozói) csoport, illetve más önszorgító csoportok egyik városban sincsenek jelen.

Absztinencia vagy valami más?

Az absztinens házak (Debrecen, Miskolc, Székesfehérvár, Budapest) szellemisége megegyezik a tekintetben, hogy úgy gondolják, hogy a függőségekben való felépüléshez nem elegendő az absztinencia megléte, hanem magának a függő személynek is el kell kezdenie változni. (Ezért nem külön fejezetekben jellemzem a házakat, hanem a közös vonások mentén, együtt.) Így a fejezet címében feltett kérdésre az a válasz, hogy mindenféleképpen több kell. A felépüléshez a gondolkodásnak, a személyiségnek kell változnia, ami egy idő után tetten érhető a cselekedetekben is. Azok a támogatott lakhatások, melyek a fő hangsúlyt az absztinencia megtartására helyezik, körülbelül hasonló módszerekkel dolgoznak. Minimális különbséget a szenvedélybetegek biztonságérzetének kialakításában illetve a kontroll kérdésében véltem felfedezni. A Boldogkerti Támogatott Lakhatásban és az Egészségdokkban úgy gondolják, hogy a támogatott lakhatáson kívülre, a józan közösségekbe (A.A., N.A.) kell helyezni a felépülő személy érzelmi biztonságát, ott kell megkapaszkodnia, gyökeret vernie az új, józan életében. Ezzel szemben a Forrás Indulópont házai, a Baptista Tevékeny Szeretet Misszió házai és a MRE Válaszút Misszió budapesti támogatott lakhatása inkább befelé, a támogatott lakhatáson belülré helyezik az érzelmi biztonság kialakításának irányát. Az ő rendszerük zártabb, a terápia folytatásának, utógondozásának tekintik a támogatott lakhatást. Ez az a meghatározó pont, ami a segítőkét a kontrollhoz való viszonyulásukban is igazítja. Mivel egyik támogatott lakhatásban sem szolgáltatásvásárlás, külső szolgáltatótól való igénylés útján, hanem az esetfelelős/intézményvezető kompetenciái által biztosítják a feltárt szükségleteket, nagyon fontos, hogy az esetfelelős milyen irányban, hogyan gondolkozik a kontrolltartás kérdéséről. Van, ahol az ellátottnak például nem kell naponta beszámolniuk az aktuális érzelmi állapotukról a segítőknek, mert az úgyis látszik, és elgondolásuk szerint a gyűléseken, illetve a csoportokon, a sorstárakkal való kommunikációban felismerik saját torzult gondolkodásukat, és az abból fakadó döntéseiket.

Ezek megváltoztatására pedig a mindennapi élethelyzetek adják a lehetőséget, ahol a segítők tükröként világítanak rá ezekre a helyzetekre, olyan szituációkban, amelyek a segítők természetes jelenlétéből fakadnak. Másról ennek eszköze a napi leltár írása (terápiákon alkalmazott és megszokott eszköz), ami egyrészt biztonságot ad a segítőknek, szoros kontroll alatt tartja a szenvedélybeteget, illetve nem szakad meg a „rehabos” megszokott napi rutinja, másrészt viszont játszma helyzetek generálására ad lehetőséget, aminek a megbeszélése sokszor lendíti előre a személyes fejlődést. A rehabokra épülő házakban pedig a terápián kialakult szoros kötődést, megkezdett munkát és személyes fejlesztést viszik tovább, mintegy utógondozásként.

Segítő kapcsolat – segítő szakember

Mindenesetre nehéz dolguk van a segítőknek, mert a változással szembeni intenzív ellenállás – ami a szenvedélybetegek sajátos jellemzője, és ugyanúgy a józan időszakban is megmarad – megtörése, a valóság közvetítése napi szintű jelenlétet és feladatot igényel a segítők részéről. Itt újra hangsúlyoznám a szakember személyiségének fontosságát, kompetenciáit. A feltárt szükségletek a szenvedélybetegeknél főleg mentális támogatás igényeként realizálódnak, ami nehezen mérhető, leírható változásokat, lelki folyamatokat jelentenek. A személyes fejlesztés egyik meghatározó eleme mindegyik támogatott lakhatásnál a reális, egészséges önbecsülés kialakítása, melynek révén megtapasztalhatják önnön értékeiket és személyiségük „teremtő erejét” (C.G. Jung után szabadon). De hogyan lehet meggyőzni erről egy embert, aki hosszú éveken át éppen az ellenkezőjét gondolta önmagáról? Csakis úgy, hogy erről a segítő először saját magát győzi meg. Félreteszi, felismeri, kezeli saját viszonyulását a szenvedélybetegekhez, nem akarja megmenteni, gyámolítani, nem akarja büntetni, nem akarja irányítani őt, hanem önmaga realitásában tekinti értéknek. Talán így alakul ki az a hatékony segítői kapcsolat, amiben a szenvedélybeteget jól lehet segíteni, a segítő érzelmi utat tudnak találni hozzájuk. Az absztinens házakban is az

a tapasztalat, hogy a változások lassan mélyülnek el, a rögzült magatartási minták józanon is gyakran vissza-visszaköszönnek. A szenvedélybetegek valóságérzékelése fokozatosan alakul át, lassan csökken az önközpontúságuk és érzékenységük. Idővel nem vesznek már mindent magukra, nem gondolják úgy, hogy minden az ő értéküket kérdőjelezi meg, amit kompenzálni kell. Elkezdenek felelősséget vállalni saját tetteikért, és felhagynak mások hibáztatásával, békésebb emberként tudnak együtt élni, együttműködni az őket körülvevő környezettel.

Együtt vagy külön?

Különbségként lehet még megemlíteni az absztinens házak módszerei között – ami főleg fenntartói döntés és nem módszertani szempontokkal függ össze, az ellátottak nem szerinti felvételét. A boldogkerti támogatott lakhatás eredeti funkciójában is férfi szenvedélybetegek ellátására jött létre, így a férőhelybővítés (2018) felmerülésekor evidens gondolat volt számukra a női ház különálló támogatott lakhatásként való létrehozása. Ezzel szemben a Baptista Tevékeny Szeretet Misszió által működtetett házak Debrecenben és Gyulán koedukáltak. Az Egészségdokk és az Utcafront támogatott lakhatásaiban is van lehetőség női ellátottak, illetve párok fogadására is. A Forrás Indulópont házai férfi ellátottak számára biztosít támogatott lakhatást. A tapasztalatokat összegezve lehet vitatkozni, hogy melyik ellátásszervezés a hatékonyabb, mindkettő mellett lehet pro és kontra érveket felhozni. Szükségletfelmérői tapasztalatom, hogy releváns különbségeket tapasztaltam meg a felépülés hangsúlyaiban illetve nehézségeiben, hogy melyek azok a kérdések, amiket problémaként, vagy fontos és változtatni való helyzetként élnek meg a nők, illetve a férfiak. A józanodás elején szerintem megkönnyíti a felépülést a szenvedélybetegségből a tiszta profilú, csak női vagy csak férfi ellátottak számára létrehozott támogatott lakhatásban elkezdett józanodás. Vagyis a homogén közösséggel való találkozás, mely nemcsak az egyneműségen, hanem a hasonló problémákkal,

sorsokkal való azonosulás révén is megtartó erőként funkcionál egy ilyen típusú szociális ellátásban.

Célcsoport

A célcsoport az absztinens házakban nagyjából hasonló. Országosan fogadnak szenvedélybetegeket, leginkább hosszabb távú rehabilitációs kezelés után, ahol a terápiás fejlesztés már megtörtént, vagy a terápia félbeszakadása esetén, de már egy megkezdett józanodási periódussal. Debrecenben hangsúlyos delegáló hely a debreceni Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Addiktológiája, ahol a szenvedélybetegek Minnesota-modell alapján gyógyulnak, ami absztinencia-orientált, felépülés alapú kezelést jelent. Korábban az ország másik feléről (számos rehabilitációs intézet található arra) érkeztek inkább jelentkezők, de ez a szám az utóbbi években nagyon lecsökkent, mert a legtöbb rehabilitációs intézet létrehozta a saját támogatott lakhatását. Miskolcon is leginkább a helyi kórház addiktológiája küldi a jelentkezőket, ahol a közelmúltban indult be a Minnesota-program. A támogatott lakhatások elindulása idején, Miskolcon próbálkoztak a megyében jelen lévő bentlakásos szenvedélybetegek otthonából (Izsófalva) átvenni jobb állapotban lévő, az önálló életvitelre motiváltabb szenvedélybetegeket – kevés sikerrel. A Forrás debreceni támogatott lakhatása, illetve az MRE lakhatása eleve a saját terápiás ellátásában lévő szenvedélybetegekre épít, így esetükben nem releváns szempont a delegáló hely. Az Egészségdokk is szoros együttműködési kapcsolatban áll a ráckeresztúri Drogeterapiás Otthonnal, az elemzésbe bevont komplex szükségletfelmérésen részt vevők is onnan kerültek ki. A Baptista Szeretetszolgálat Utcafront támogatott lakhatása pedig a Budapesten már jól bejáratott utcai szociális munkára és hajléktalan szenvedélybetegekre építve, számukra hozott létre komplex segítői programot, egybekapcsolva a közfoglalkoztatással, amit szintén az absztinens ellátások közé sorolhatunk.

Mindez intézményenként a számok tükrében

Boldogkerti Támogatott Lakhatás, Debrecen

A baptista fenntartású debreceni háznak múltja és története van rehabilitációs célú lakóotthonként, és 2014-ben az országban elsőként alakult át támogatott lakhatássá, majd 2018-ban létrehoztak egy női támogatott lakhatást is. Támogatott lakhatásuk absztinens szenvedélybetegekre épít, a szolgáltatásokat saját dolgozóik kompetenciái által biztosítják. Öt év alatt 46 főnek készült komplex szükségletfelmérése, ebből 10 fő női ellátott. A 10 női szenvedélybetegből másfél éves józanságát megtartva, a felülvizsgálatot már nem igényelve, 4 fő kiköltözött, önálló lakhatást és életvitelt értek el. Két fő visszaesett az alkoholhasználatba. Négy fő továbbra is a támogatott lakhatásban józanodik. Szerfogyasztásukat tekintve alkohol és gyógyszerfüggőség az elsődleges addikciójuk, ehhez minden esetben kodependens működés, illetve két esetben évészavarok is társultak. Nők esetében gyakori az interperszonális trauma megléte, családon belüli vagy párkapcsolati erőszak társulása a szerfogyasztással. Majdnem mindegyik ellátott a debreceni Kenézy kórház addiktológiai osztályáról érkezett. Férfi ellátottak számára 36 főnek készült felmérés, ebből felülvizsgálat 11 főnek készült. Szerfogyasztásukat tekintve már sokkal vegyesebb képet mutatnak, az alkohol mellett a drog- és a szerencsejáték-függőség is megjelent. Jellemzően többszörös terápiás múlttal, a józanságuk többedik nekifutására, különféle rehabilitációs kezeléssel érkeztek a támogatott lakhatásba, de náluk is dominál a Kenézy kórházból való jelentkezés. Az elmúlt évek alatt mind a férfi, mind a női ellátottaknak sikerült a nyílt munkaerőpiacon elhelyezkedni. Hozzá tartozók bevonására minden esetben tesznek kísérletet, két fő esetében a szülők aktívan bekapcsolódtak a felépülésbe, elkezdték a hozzátartozói programot. Leggyakoribb szolgáltatások a tanácsadás, mely addiktológiai konzultációt jelent esetükben, a készségfejlesztés, és a mentális gondozás.

Új Esély Háza, Debrecen

Öt év alatt 42 főnek készült komplex szükségletfelmérése, 9 nő és 33 férfi ellátott számára. Felülvizsgálat két esetben, egy férfi és egy női ellátott számára készült. A szolgáltatást jellemzően egy év időtartamra veszik igénybe az ellátottak. A szolgáltatást széles körben biztosítják, kezdetben szigorú absztinencia és motivációs feltételekkel lehetett igénybe venni a támogatott lakhatást, ami az évek alatt fokozatosan enyhült, így jelenleg már terápiás háttér nélkül is fogadnak jelentkezőket, bevállalva ezzel a magas relapszusok számát. A Baptista Tevékeny Szeretet Misszió a támogatott lakhatásai létrehozásakor egy Pécsről adaptált modell (Tiszta Ház) alapján, közös koncepció mentén kezdte működtetni házait Debrecenben, Gyulán és Miskolcon, ám a helyi sajátosságok miatt, mindhárom házban eltérő profilok alakultak ki. A debreceni ház sorsa elég változatosan alakult, többször történtek személyi változások és többször ütköztek ingatlanbérleti nehézségekbe, ami miatt költözni kényszerült a támogatott lakhatásuk. A szolgáltatásokat szintén saját dolgozói kompetenciák által biztosítják, leggyakoribb szolgáltatások a tanácsadás, készségfejlesztés és a mentális gondozás.

Új Esély Háza, Miskolc

Öt év alatt 27 férfi szenvedélybetegnek készült komplex szükségletfelmérés, ebből 5 főnek igényelték felülvizsgálatot másfél év múlva. A miskolci házban stabil, józan közösséget sikerült összekovácsolni, ami megtartó erőnek bizonyult a gyengébb motivációval érkezők számára is. A relapszusok száma is kevesebb ez által. A szolgáltatást átlagosan két-két és fél év időtartamban veszik igénybe. A támogatott lakhatásban lehetőség van közfoglalkoztatásban is elhelyezkedni a szervezet saját keretein belül, de többnyire itt is a nyílt munkaerőpiacon dolgoznak a lakók.

Indulópont Támogatott Lakhatás, Debrecen

13 főnek készült komplex szükségletfelmérése, mindannyian a Forrás Fordulópont Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézményéből, hosszú távú

(1 év) rehabilitációs program után, mintegy utógondozási szakaszban, a terápia folytatásaként kerültek a támogatott lakhatásba felvételre. Ebből öt főnek másfél év múltán is megigényelték a szükségletfelmérést, ami a gyakorlatban már három év józanságot jelent, viszonylag zártabb keretek között. A szolgáltatásokat itt is saját fenntartásban biztosítják. Hangsúlyos szolgáltatási elem a készségfejlesztés, tanácsadás, mentális gondozás.

Egészségdokk Támogatott Lakhatás, Székesfehérvár

2018-ban 5 fő számára készült komplex szükségletfelmérés, melyből 4 másfél éves felülvizsgálat volt. Mindannyian terápiás háttérrel (Ráckeresztúr) és kötődéssel, stabil absztinenciával laktak a támogatott lakhatásban. Alapítványuk többféle szolgáltatást is nyújt: felnőtt addiktológia, nappali ellátás, közösségi ellátás, elterelés, gyermek és ifjúsági addiktológia stb, így a szolgáltatások egymásra épülésével a támogatott lakhatásban nem jelent kihívást a felépülők támogatása. A hangsúlyos szolgáltatási elemek a tanácsadás, addiktológiai konzultáció, mentális gondozás és készségfejlesztés. A hozzátartozók bevonása szintén jelentős gyakorlat náluk is.

MRE Válaszút Misszió támogatott lakhatás, Budapest

2019-ben 3 fő részére volt alkalmam komplex szükségletfelmérést végezni, szintén Ráckeresztúri terápiás háttérrel rendelkező absztinens felépülők számára. A hangsúlyos szolgáltatási elemek a tanácsadás, mentális gondozás és készségfejlesztés, amit saját dolgozói kompetenciák által biztosítanak.

Utcafront Kőbányai Szolgáltató Centrum támogatott lakhatás, Budapest

2017 végén kapott működési engedélyt a szolgáltatás, és az induláskor beköltöző 8 fő számára készült komplex szükségletfelmérés. Valamennyien a Baptista Szeretetszolgálat közfoglalkoztatási programjában dolgoztak, és a Bánya utcai hajléktalan szállójukon éltek, már kialakult absztinenciával,

onnan költöztek át a támogatott lakhatásba. A támogatott lakhatásuk jelenleg is szorosan kapcsolódik a közfoglalkoztatási programhoz, és az utcai megkereső programhoz.

Kapcsolódási pontok

A józan kultúra jelenléte jelentős ezekben a városokban: mind Debrecenben, Miskolcon, Budapesten, Székesfehérváron lehetőség van szinte minden nap igénybe venni valamilyen önszerveződő csoportot is. Az ellátó helyek, kórházi kezelések felépülés központú szemlélettel is közelítenek a szenvedélybetegséghez. Jelen vannak a városokban az Anonim Alkoholisták (A.A.), a Névtelen Drogfüggők (N.A.), a Szendélybetegek Hozzáértői (Al-Anon), Névtelen Szerencsejátékosok (G.A.) önszerveződő csoportjai, illetve más 12 lépéses csoportok is. Lehetőség van eltérő szellemiséggel működő csoportok látogatására is, hagyományosan jól működnek a Kék Kereszt csoportok, egyházi lelki gondozói csoportok, Portage-csoportok. Számos lehetőség van a józanság megtartására különböző közösségek révén, nagyobb a választási lehetőségük a szenvedélybetegeknek, jobbak az esélyek a társadalmi reintegrációra is. Szembetűnő, hogy ezek a támogatott lakhatások támaszkodnak is ezekre a csoportokra, mindegyik házban gyakorlat, hogy ösztönzik ezek rendszeres igénybevételére a lakókat.

Mostohagyerek?

A 254 fő komplex szükségletfelmérése 254 egyedi életutat, személyes sorsot tárt fel, különböző célokkal, szükségletekkel és motivációkkal, de közös bennük, hogy mindannyian az adott pillanatban legfontosabb célkitűzésüknek a szenvedélybetegségüktől való megszabadulást, illetve a józanság megtartását tartották. Láthatjuk, hogy ez egy olyan feladat, ami meghatározza további életük rezdülésének alakulását, és megannyi erőfeszítést, támogatást igényel. Összegezve, öt év szükségletfelmérői tapasztalataiból az is kitűnik, hogy a szenvedélybetegek számára létrehozott támogatott lakhatások releváns

társadalmi szükségleteket elégítenek ki, lefedik a szenvedélybetegségből való felépülés illetve szinten tartás stációit, és széles körben biztosítják a lehetőséget a támogatott lakhatásba jelentkezőknek a változásra. A gyakorlati munkából ugyanakkor az is kitűnik, hogy a területi lefedettség még mindig torzult, nehéz ellátást találni egy-egy problémásabb szenvedélybetegnek, a támogatott lakhatások hálózatai még nem épültek ki és a kapcsolattartások esetlegesek. A fenntartók nem kellően motiváltak új szolgáltatások létrehozására, a civil szervezetek pedig félnek a nehézségektől. Ehhez a célcsoport sajátos szükségletei is nagyban hozzátesznek: a szenvedélybetegek nem tudnak egyszeri hozzájárulást fizetni, alacsony térítési díjat tudnak vállalni, nagy a fluktuáció és magas a relapszusok száma. A normatív finanszírozás pedig alacsonyabb a szenvedélybetegek támogatott lakhatása esetében, mint a fogyatékos célcsoportnál, és differenciálásra sincs lehetőség. Az a szolgáltató tud stabil és kiegyensúlyozott jelenlétet biztosítani, ahol többféle, egymásra épülő ellátási forma van kiépítve, és a szolgáltatások összehangoltan, közös szakmai protokollok mentén dolgoznak. Hogy lesz-e a mostohagyerekből valaha édes, és szenvedélybetegek támogatott lakhatásainak hálózata fogja-e várni a józanodni vágyókat, megfelelő infrastruktúrával, finanszírozással és szakembergárdával, az nyitott kérdés, ám az hogy a szenvedélybeteg ellátás jelen van, teszi a dolgát és küzd a maga helyéért, az nem kérdés.

Felhasznált irodalom

80/2013.(X.16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. Link: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_237933_EN_Nemzeti%20Drogellenes%20Start%C3%A9gia%202013-2020%20\(HU\).pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_237933_EN_Nemzeti%20Drogellenes%20Start%C3%A9gia%202013-2020%20(HU).pdf)

EEG (2012): Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató : Útmutatás a gyerekek, a fogyatékosággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívák-

ra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről. Brüsszel. Link: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines-hungarian-version.pdf>

Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége (2007): A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény. Budapest, Szociális és Munkaügyi Minisztérium. Link: <https://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf>

Madácsy József (2012): Alkoholkarrier, józanodás, életvilág. A magyarországi Anonim Alkoholisták egy a Közösség 2009-es pécsi országos találkozásánál készült kérdőíves vizsgálat tükrében. In: Szociális Szemle 5. évf. 1. sz. p. 43-73

Schenk Lászlóné – Jusztin Móni (2020): A támogatott lakhatás működtetésének szakmai ajánlásokkal kiegészített protokollja. Budapest, Nemzeti Fogyatékoságügyi- és Szociálpolitikai Központ. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2019/12/TL-protokoll-kiadvany_2020.pdf

Melléklet

Az alábbi támogatott lakhatásokban készültek a felmérések:

- Miskolcon, Gyulán, Debrecenben a Baptista Tevékeny Szeretet Misszió Új Esély Házaiban 34 férőhelyen,
- Debrecenben az Országos Szociális Intézményfenntartó Központ (ORSZIK) Boldogkerti Támogatott lakhatásában, 2 telephellyel, 22 férőhelyen,
- Debrecenben a Forrás Lelki Segítők Egyesülete Indulópont támogatott lakhatásában, 2 telephellyel 12 férőhelyen,
- Szarvason az Evangélikus Egyház Ótemplomi Szeretetszolgálat Támogatott lakhatásában 12 férőhelyen,
- Budapesten a Baptista Szeretetszolgálat Utcafront Kőbányai Szolgáltató Centrum támogatott lakhatásánál 12 férőhelyen,
- Budapesten a Magyar Református Egyház Válaszút Misszió támogatott lakhatásában 12 férőhelyen

Komplex kérdések

- Székesfehérváron az Egészségdokk Alapítvány Támogatott Lakhatásában 12 férőhelyen
- A kaskantyúi „Harmónia” Támogatott lakhatásban 60 fő teljes körű kitagolási folyamatban résztvevő

Nyitrai Imre

Harmadik út? – a támogatott lakhatás innovatív hatásai és lehetőségei

Absztrakt

A magyar szociális szolgáltatási rendszer egy rendkívül sajátosan szabályozott és nagyon innovatív eleme a támogatott lakhatás (TL). A megállapítás alátámasztására részletes szabályozási elemzést használva válik láthatóvá a sajátosságok teljes köre. Bemutatásra kerül a TL szociális szolgáltatásokon belüli konkrét helye, kiterjedtsége, kapcsolódása más ellátásokhoz, intézményi és szolgáltatási formákhoz. Röviden megismerhetjük a TL „innovációs útját”, kiemelve az összes fontos, újszerű és jövőbe mutató elemét, különös tekintettel a személyközpontú, szükségalapú tervezésre és a szolgáltatási elemekre alapozott szolgáltatási portfólió kialakítására. Végül feltárássra kerül néhány potenciális veszélyforrás és hátráltató tényező, amely akadályozhatja a szakmában a szükséges szemléletváltást és a támogató attitűdök térnyerését.

1. A támogatott lakhatás szabályozási alapjai

Magyarország Alaptörvénye szociális intézmények biztosításával vállalja az ún. szociális jogok érvényesülését, a jogszabálynak a Szabadság és Felelősség című részének XIX. cikkében.¹ A legmagasabb szintű joganyag a következőképpen fogalmaz:

Magyarország Alaptörvénye

XIX. cikk (1) Magyarország arra törekszik, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson. Anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékoság, özvegyesség, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén

1. Homicskó 2013 p. 40

minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatásra jogosult. (2) Magyarország a szociális biztonságot az (1) bekezdés szerinti és más rászorulóknak esetében a szociális intézmények és intézkedések rendszerével valósítja meg. Az „intézmény” fogalma – szűkebb értelemben – közösségi célra alakult társadalmi, vagy állami szervezetet jelent. A szociológiai értelmezés kibontása után egyértelmű, hogy a „szociális szolgáltatás” ágazati kifejezést bátran megfeleltethetjük a fenti intézmény fogalmának.²

Ez a rendszer tehát – kiemelten fogyatékos és beteg személyek esetén – konkrét és ténylegesen elérhető szociális intézményeket garantál.

A támogatott lakhatás (továbbiakban: TL) szabályozási beágyazottságának bemutatásához szükséges megismerni nemcsak a szociális szolgáltatások szabályozásáért felelős joganyag vonatkozó részeit, hanem a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (Fot.) vonatkozó részeit is.

A Fot. nem csak általánosságban és nem csupán a fogyatékosággal élők jogai oldaláról fogalmaz meg kereteket, hanem konkrét szolgáltatásokat, illetve azokra való hivatkozást is tartalmaz. Kiemelhető példa erre a fogyatékosok támogató szolgáltatása, melyet külön nevesít a törvény.

Nagyon fontos megemlíteni, hogy a Fot. szerint a fogyatékosággal élők választási lehetőséggel élhetnek a családi, lakóotthoni, vagy intézményi lakhatási forma között. A törvény nem tartalmaz ugyan rendelkezést a kapcsolódó szolgáltatásokról, de hangsúlyozza az önálló életvitelt, mint jelentős és elérendő célt.³

Témánk, a TL szempontjából azonban csak egy konkrétum szerepel a törvényben, mégpedig az értelmező rendelkezések között:

4. § e) lakóotthon: a fogyatékos személy önálló életvitelét elősegítő, kisközösséget befogadó lakhatási forma⁴

2. Farkas 2007

3. Gradwohl 2014

4. Megállapította: az eredeti jogszabály, bő két évtizede.

Megjelenik tehát az önálló életvitel, de mindössze a lakóotthoni ellátási forma bemutatásakor. Megjegyzendő, hogy a törvény születésekor ez az ellátási/lakhatási forma jelentette a „jövőt”, azt az ideálisnak gondolt lakhatási formát, amelyet mindenki számára elérhetővé kívánt tenni a jogalkotó.

A lakóotthon azonban – ahogyan azt később részletesebben bemutatom – egy bentlakásos ellátási forma kisebb, csökkentett férőhelyszámú verziója, s valójában a „nagy intézményekhez” nagyon hasonló formájú, szabályozású változata a bentlakást nyújtó szociális szolgáltatásoknak.

A lakhatással kapcsolatos másik szabályozási pont – amely egyben utolsó is témánk szempontjából – az éppen az önállóság, az önálló életvitel és az inklúzió kapcsán jelenik meg.

Lakóhely, közösségbe való befogadás, önálló életvitel⁵

17. § (1) A fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási forma megválasztásához.

Látható, hogy ez nem a szolgáltatás tartalmi oldalról, hanem a fogyatékos személy önálló döntéshozatala oldaláról, a lakhatási körülmények megválasztásának szabadsága kapcsán rögzít jogokat. Ez látszólag teljesíteni tudja a már említett, nemzetközi jogból fakadó kötelezettségeket (CRPD), ám szakmai szervezetek – olykor nem alaptalanul – ezt folyamatosan vitatják.

Látható továbbá, hogy a TL sajnos még csak említésre sem kerül a Fot.-ban. Ennek oka egyszerű: a TL szabályozásának megszületése, amely tizenkét évvel a Fot. elfogadása után került megalkotásra. Ez azonban nincs befolyással a TL alakulására, „csak” a Fot. felülvizsgálatának és valós, szabályozási rendszerben elfoglalt helyének kérdéseit veti fel, mely egy másik, valószínűleg izgalmas tanulmány tárgya lehetne.

5. Megállapította: 2010. évi XXXIX. törvény 30. §. Hatályos: 2010. III. 31-től.

Az Alaptörvényben említett szociális intézmények rendszere – és újra tágabban értelmezve az 'intézmény' fogalmat – értelemszerűen kiterjed valamennyi, nem intézményes formában működő szolgáltatásra is. Ez a megközelítés szűkebb, mint a 'szociális védelem' rendszerének közkeletű értelmezése, de tágabb, mint a szigorúan vett, szakmai szabályozókban megfogalmazott intézményi megközelítés.

A szakágazati kérdés tehát, hogy a szociális szolgáltatások rendszerében milyen szabályozási sajátosságokkal jelennek meg az egyes, konkrét intézkedések, és ezeken belül természetesen az e helyütt tárgyalt, „támogatott lakhatás” névre keresztelt forma.

A szociális szolgáltatások magyarországi rendszerét a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Sztv.) közel harminc éve megalkotott rendszere és definíciós kényszere határozza meg.⁶

Számos szakértő⁷ szerint rendkívül idejét múlt szerkezet jellemzi a szociális szolgáltatási rendszerünket, ráadásul e nomenklatúrában sajátos és sajnos különváló jelentése van az „*alap*” és a „*szakosított*” kifejezéseknek. Ezen az értelmezési mezőn a szociális szolgáltatási szisztémában az „*alap*” szolgáltatási alrendszer mindig az *otthonközeli, bentlakást nem biztosító ellátásokat* jelenti, míg a szakosított formák mindig *valamilyen típusú lakhatás* megvalósítását foglalják magukban.

A támogatott lakhatás ennek az idejétmúlt – *elhatároló, rugalmatlan és sokszor életszerűtlen* – logikai felosztásnak a kereteit feszegetve jelent meg kétségtelenül innovatív elemként, jelesül a 2012-es esztendőben e jogszabályban (Sztv.).

Érdekeség, hogy a jogszabályi beágyazást megelőzően modellprogram-

6. Lásd erről bővebben: Homicskó 2013

7. Például: szakértők, szakmapolitikusok egyes érvei, megszólalásai (<http://www.macsgyoe.hu/downloads/rendezvenyek/czibere2012.pdf>; 2021.01.19.), és más szakértők (pl.: http://www.esely.org/kiadvanyok/2012_2/gyori.pdf; 2020.08.05., vagy http://www.3sz.hu/sites/default/files/uploaded/pelle_jozsef_-_szocialis_intezmenyek_strukturalis_problemai.pdf; 2020.08.05.), esetleg http://esely.org/kiadvanyok/2020_1/nyitrai-115-124.pdf, 2020.08.05.), vagy Kopasz et al., 2016

ként⁸ gyakorlatilag nem zajlott le a szolgáltatás tesztelése és finomhangolása.

Nemzetközi kötelezettségekből⁹ fakadó, hazai stratégiára¹⁰ is épülő, szabályozási „kényszernek” is tekinthető, új szolgáltatásként a TL bevezetése az újszerű, innovatív gondolkodás esélyét is meghozta a szociális szakma véleményformálói túlnyomó többségének a szemében.

A támogatott lakhatás szabályozása a merev (otthonközeli-bentlakásos ellátás dichotómiára vonatkozó) meghatározás helyett *egy teljesen új megközelítést, a személyközpontú, szükséglet alapú, szolgáltatási elemekre építő logikai megközelítést hozza színre* a szociális szolgáltatások esetében.

A Sztv. rendszerében a támogatott lakhatás önálló szolgáltatási/intézményi formaként nem csak szervezési innovációt, hanem egy teljesen új jogi kategóriát nyitott a szabályozásban.

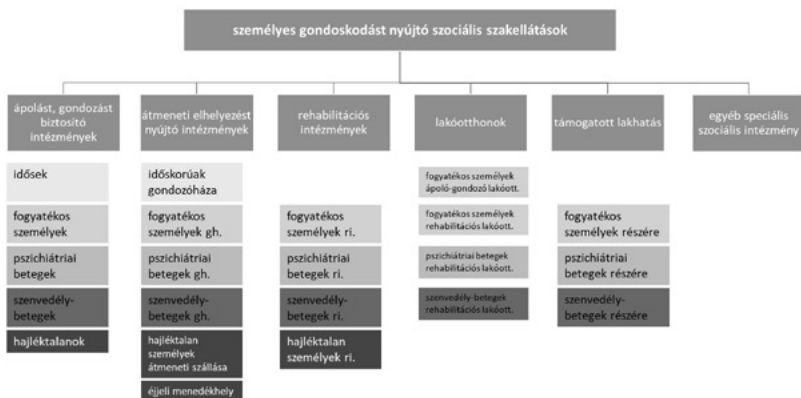
Ennek áttekintéséhez mindössze egy egyszerű ábrát érdemes tanulmányoznunk. Az ábra a Sztv. 66-85/A. §-aiban meghatározott ellátási formákat rendezi típus és (eltérő színmélységgel jelölve) célcsoportok szerint.

8. A magyarországi szabályozásban, jogrendben, sőt a puszt szóhasználatban sem lehet a „modellprogram” kifejezés valódi tartalmát célszerűen megragadni. Az értelmezések közül optimálisan elfogadható, hogy egy „modell” mindig egy nagyobb dolog kipróbálása vagy – innovációs közegben – bevezetés előtti próbaüzeme. Ehhez sokféle példát láthatunk, olyat akár, mint a szociális földprogram, amely közel harminc éve „modellprogramként” kap helyet a mindenkor támogatott programok között, s látunk olyat, mint a TL, amely gyakorlatilag az elméleti (szabályozási) konstrukcióval egyidejűleg indult el.

9. Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, 2007 - UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), a magyar Országgyűlés által a 2007. évi XCII. törvénnyel kihirdetett egyezmény. Magyar nyelvű, értelmező fordításának elérése: <https://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf>

10. „A fogyatékosággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról” Link: <https://www.kormany.hu/download/c/23/f0000/kiv%C3%A1lt%C3%A1s%C3%B3l%20sz%C3%B3l%C3%B3%20koncepci%C3%B3.pdf>; (2020.08.11.)

Harmadik út? - a támogatott lakhatás innovatív hatásai és lehetőségei



1. ábra

A szociális törvény a támogatott lakhatást – az alapbesorolás szintjén értelmezve mindenképpen – kiviszi a tartós bentlakásos intézményi (intézeti) kategóriából:

57. § (2) A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást

- az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
- a rehabilitációs intézmény,
- a lakóotthon (a továbbiakban a)-c) pont együtt: tartós bentlakásos intézmény),
- az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény (a továbbiakban a)-d) pont együtt: *bentlakásos intézmény*),
- a támogatott lakhatás,¹¹
- az egyéb speciális szociális intézmény¹² nyújtja.¹³

A törvényi szinten megvalósuló szabályozás rendkívül részletesen ma-

11. Megállapította: 2012. évi CXVIII. törvény 5. §. Hatályos: 2013. I. 1-től.

12. Aki ennek a szervezeti típusnak a hátterét be tudja számára mutatni, annak jelen írás szerzője szívesen felajánl egy éves Szociálpolitikai Szemle folyóirat előfizetést...

13. Kiemelések a szerzőtől.

gában foglalja azt is, hogy a sajátos, korábbi szolgáltatási értelmezésekbe *közvetlenül nem illeszthető, új forma* milyen tartalmi követelményeket foglal magába. A részletes szabályozás (alacsonyabb szintű szabályozás helyett) törvénybe kerülése – tapasztalatom szerint – mindig egyfajta „védelem”, vagy megelőző lépés részét képezi: a szabályozást alkotó a *szabályok könnyű változtathatóságának* elkerülése érdekében illeszti az adott pontokat – országgyűlési elfogadást igénylő – jogszabályokba, törvényekbe.

Ismert tény azonban, hogy a Sztv. szövegének 98%-a az elmúlt negyedszázadban kisebb-nagyobb változáson ment át, mindössze négy bekezdésnyi szöveg maradt meg az eredeti törvény szövegéből. A folyamatos és korántsem kauzális változások a fogyatékosok ellátásait is bőven érintették.¹⁴

Látható a „beágyazási” szándék a lenti részletszabályok kapcsán is, ahol a TL már teljesen önálló fejezetet is kap.

Támogatott lakhatás¹⁵

75. §

- (1) A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek – ide nem értve a demens személyeket – és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja
 - a) a lakhatási szolgáltatást,
 - b) az önálló életvitel fenntartása, segítése érdekében a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt,
 - c) a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételében való segítségnyújtást,
 - d) az ellátott komplex szükségletfelmérése alapján, erre vonatkozó igény esetén

14. Homicskó, 2017

15. Megállapította: 2012. évi CXVIII. törvény 7. §. Hatályos: 2013. I. 1-től.

- da) a felügyeletet,*
- db) az étkeztetést,*
- dc) a gondozást,*
- dd) a készségfejlesztést,*
- de) a tanácsadást,*
- df) a pedagógiai segítségnyújtást,*
- dg) a gyógypedagógiai segítségnyújtást,*
- dh) a szállítást,*
- di) a háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást.¹⁶*

Támogatott lakhatásban az (1) bekezdés szerinti személy gyermeke is ellátható.

- (2) Az (1) bekezdés d) pontja szerinti *szolgáltatási elemeket*¹⁷ a fenn tartó
 - a) a (3) bekezdés szerinti szociális szolgáltatást nyújtó szolgáltatóval, intézménnyel a szolgáltatási elem nyújtására kötött megállapodás útján,
 - b) a támogatott lakhatás részeként, a szakmai létszám és tárgyi feltételek teljesítésével,
 - c) a szintén saját fenntartásában álló, (3) bekezdés szerinti szociális szolgáltatások útján, vagy
 - d) az (1) bekezdés d) pontja szerinti szolgáltatási elemekre kiterjedő tevékenységi köre szerinti működési feltételeknek megfelelő szervezet útján, az intézményi szolgáltatások intézményen kívüli szervezet által történő ellátásának szabályai szerint biztosíthatja.

A fenti szabályozásban tehát *két, teljesen innovatív elem* is megjelenik.

Egyrészt az addig – csaknem teljesen – egységes szolgáltatási kategóriák helyett a sokkal pontosabban megfogalmazható, átlátható alkategóriákat választja irányadónak a szabályozás. Ezek az ún. *szolgáltatási elemek*, amelyek olyan alapvető tevékenységeket írnak le, fogalmazznak meg,

16. Kiemelés a szerzőtől.

17. Kiemelés a szerzőtől.

tartalmaznak, amelyek az érintett személyek adott szükségleteihez jól (életszerűen, egyértelműen és könnyen) hozzáilleszthetők. Ezzel megvalósulhat a személyre szabottság, az egyén meglévő képességeire tekintettel lévő, önálló életvitelt kialakítani és fenntartani képes segítő tevékenységi kör. (A jelen tanulmányban részletesen nem elemzett kiváltási, kitagolási koncepciók ezt a tevékenységi sort, kört az egyént segítő 'szolgáltatói/ szolgáltatói gyűrűként' írják le.¹⁸)

Mindez azért kiemelten fontos, mert egyénre szabottság és szükségletalapú szociális segítség nélkül nem valósítható meg a tényleges önálló életvitel.

Másrészt – és ez a tény kisebb figyelmet szokott kapni – megjelenik a szociális szolgáltatók közötti *együtműködés* lehetőségének (és sokszor az életszerű kényszerének) kérdése is. Ugyanis a TL fenntartójának nem kell (szinte nem is lehet) minden szolgáltatói elemet önállóan biztosítania, hanem – ahogyan saját élethelyzeteinkben, mindennapi életvitelünkben is tesszük – a szolgáltatói lehetőségekből tudják csak kialakítani azt az egyénre szabott portfóliót, amely a legjobban szolgálja az önálló életvitel megtartását az érintett, TL-szolgáltatást igénybe vevőnél. Az egyszerűség kedvéért: hiába választom a mozifilm nézést, ha elérhető távolságban nincs filmszínház a környékemen, de a helyi pékek áruai közül az ízlésemnek és elképzelésemnek megfelelő pékárut fogom csak megvásárolni és így tovább.

A szabályozás ehhez ráadásul még egészen pontos „útmutató” is ad.

75. §

(3) A (2) bekezdés a) és c) pontja szerinti esetben

- a) a felügyeletet jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás vagy nappali ellátás,
- b) az étkeztetést étkeztetés vagy nappali ellátás,
- c) a gondozást házi segítségnyújtás, közösségi alapellátás, támogató szolgáltatás vagy nappali ellátás,

18. Lásd erről bővebben például: Schenk – Justin 2019

- d) a készségfejlesztést közösségi alapellátás, támogató szolgáltatás vagy nappali ellátás,
- e) a tanácsadást közösségi alapellátás, támogató szolgáltatás, nappali ellátás vagy család- és gyermekjóléti szolgáltatás,
- f) a pedagógiai segítségnyújtást támogató szolgáltatás, nappali ellátás, család- és gyermekjóléti szolgáltatás vagy gyermekek napközbeni ellátása,
- g) a gyógypedagógiai segítségnyújtást támogató szolgáltatás, nappali ellátás vagy család- és gyermekjóléti szolgáltatás,
- h) a szállítást támogató szolgáltatás vagy falugondnoki és tanya-gondnoki szolgáltatás,
- i) a háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást házi segítségnyújtás, nappali ellátás vagy támogató szolgáltatás nyújtására a szolgáltatói nyilvántartásba bejegyzés alapján jogosult szervezet útján lehet biztosítani.

Véleményem szerint ez a szabályozási 'mátrix' már talán túlzóan aprólékos, de a fenti szabályt megfogalmazók abból a – sajnos teljesen igazolt – helyzetből indulhattak ki, amely szerint a szociális szolgáltatásokat fenntartó, irányító személyek nem ismerik, sokszor nem is látják át a szociális szolgáltatások egészét. Hiányzik a rendszerszemlélet és hiányzik a szükségalapú megközelítés. Az ellátotti jogok érvényesítése és az ellátási biztonság érdekében így egy nagyon pontos, szinte mindenre kiterjedő leírást fogalmaztak a szabályozásért felelős szakemberek a törvényben.

Fontos még kiemelni, hogy a TL szabályozás egyik sarkalatos pontja a lakhatási szolgáltatás (szolgáltatási elem) mérete, vagyis a használt lakás/ház alapterületének, nagyságának, befogadóképességének a kérdése. Nagyon sokan a teljes intézménytelenítési folyamat sarokkövének, alappilléreinek tekintik a minél kisebb – lehetőleg egyszemélyes lakhatást biztosító – formák

meglétét vagy hiányát mind Magyarországon¹⁹, mind Európában.²⁰

A pontosság kedvéért a törvény tehát ezeket a paramétereket is szabatosan rögzíti.

75. §

(5) A lakhatási szolgáltatás

- a) legfeljebb hat fő számára kialakított lakásban vagy házban, vagy
- b) hét-tizenkét fő számára kialakított lakásban vagy házban, vagy
- c) legfeljebb ötven fő elhelyezésére szolgáló lakások, épületek együttesében biztosítható.

A gyakorlat nyelvén tehát ez azt jelenti, hogy a TL lakhatási eleme kisebb-nagyobb lakásban, házban vagy társasház/lakó park jellegű épületekben oldható meg. (Érdekesség: a népesség nem intézményekben élő része, vagyis a lakosság 99%-a éppen ezen lakhatási formák egyikében él. Anélkül, hogy ezt ilyen szabatosan megfogalmazná bárki is számunkra.)

A szabályozás további, rendkívül újszerű eleme éppen az egyénre szabottságot szolgálja, ugyanis a nagyon pontos, személyes diagnózis felállítása érdekében a TL igénybevételét megelőzően egy – rendkívül aprólékos, részletes mérőeszközként kifejlesztett – *teljeskörű szükségletfelmérés* elvégzését írja elő a jogalkotó. Az ún. komplex szükségletfelmérés eredményeként – ha szakmailag megfelelően és elfogulatlanul használják a mérőeszközt – pontosan meghatározható, hogy milyen típusú, ki által szolgáltatott, ám mindenképpen személyre szabott szolgáltatásokra, szolgáltatási elemekre van szükség az érintett TL-szolgáltatást igénybe vevőnek.

Ennek kötelezettségét a szabályok szigorú követelményként rögzítik.

75. §

(6) Támogatott lakhatás – a (7) bekezdés szerinti kivétellel –

19. A hazai gyakorlat legerősebb – politikai elfogultságoktól sem mentes – szereplőjének 2019-es véleménye: <https://tasz.hu/cikkek/aggasztoelolekekakitagolasjovojerol> (2020.08.16.)

20. European Union Agency for Fundamental Rights, 2018. Link: <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/independent-living-reality> (2020.08.16.)

a komplex szükségletfelmérés, illetve fogyatékos személy esetében a 70. § (5) bekezdése szerinti alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés megtörténtét követően, annak eredménye alapján nyújtható.

(7) Ha az ellátott ápolást, gondozást nyújtó intézményből vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonból kerül támogatott lakhatásba, az ellátott komplex szükségletfelmérését – folyamatos ellátása mellett – az intézményvezető végzi el. A komplex szükségletfelmérés alapján kell meghatározni az (1) bekezdés d) pontja szerinti szolgáltatási elemeket, annak eredménye azonban a támogatott lakhatásra való jogosultságot nem érinti.

(7a) Kiskorú ellátása esetén az (1) bekezdés d) pont da) és db) alpontja szerinti szolgáltatási elemeket minden esetben biztosítani kell azzal, hogy a felügyelet szolgáltatási elem kizárólag személyes jelenléttel biztosítható.

(8) Ha az ellátott 50 férőhelyesnél nagyobb ápolást, gondozást nyújtó intézményből kerül támogatott lakhatásba, az ápolást, gondozást nyújtó intézmény férőhelyszámát – a támogatott lakhatásba átkerülő ellátottak számával megegyezően – csökkenteni kell.

A TL szabályozása tehát részletes, időnként bár túlzottan lehatároló módon, de komplexen kezeli a szolgáltatás paraméterezését. Lehetőséget biztosít a személyre szabott igénybevételre, és számos garanciát is rögzít az egyén védelmében.

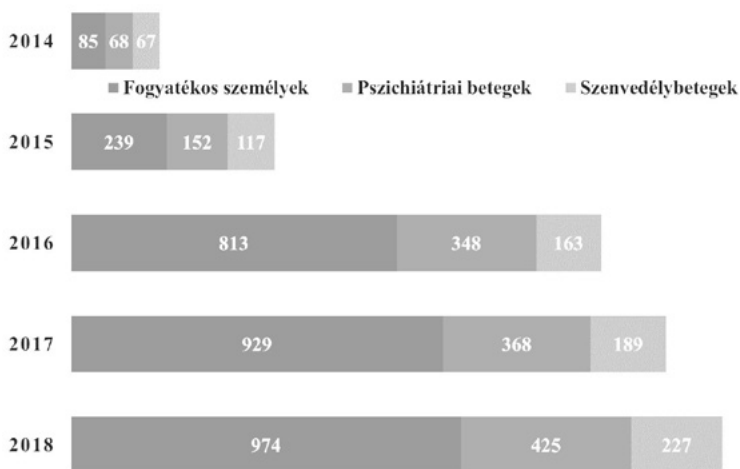
2. A TL szerepe és súlya a szociális szolgáltatások rendszerében

Az elmúlt évek adatai alapján látható, hogy – demográfiai tendenciáknak némiképpen ellentmondó módon – alig változik a bentlakásos intézményekben élők összlétszáma. Jelenleg mindösszesen 92.000 fő él Magyarországon szociális szolgáltatást nyújtó intézményi környezetben, otthonokban. Ezen

adaton belül – szintén csekély csökkenést mutatva – a fogyatékossgal élő személyek száma 15 000 fő, a pszichiátriai betegek (pszichoszociális fogyatékossgal élők) száma 8 400 fő, míg a szenvedélybetegek (köztük elsősorban, főként alkoholbetegek) száma 2 000 fő körül volt.

Mindezen adatokhoz képest a fenti három célcsoportra vonatkozóan, mindösszesen 1 626 férőhelyen²¹ működött az országban támogatott lakhatás. (Érdekes azonban, hogy ez csupán kicsivel kevesebb, mint a jelenleg is kb. 1 800 fő részére szolgáltatást nyújtó lakóotthonok engedélyezett kapacitása.)

A TL összkapacitás dinamikus emelkedését (és célcsoportok közötti megoszlását) mutatja az alábbi ábra.



2. ábra

Forrás: KSH adatok és saját ábrázolás

21. Forrás valamennyi alapadathoz: KSH; elérhetőség: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsi001.html (2020.08.12.)

A célcsoportok szerinti eloszlás a TL adatokban is hozzávetőlegesen tükrözi a tartós bentlakásos intézményben élők arányait, célcsoportra bontott eloszlását. Láthatóan az értelmi fogyatékosággal élők teszik ki már jelenleg is a TL-t igénybe vevők 60%-át.

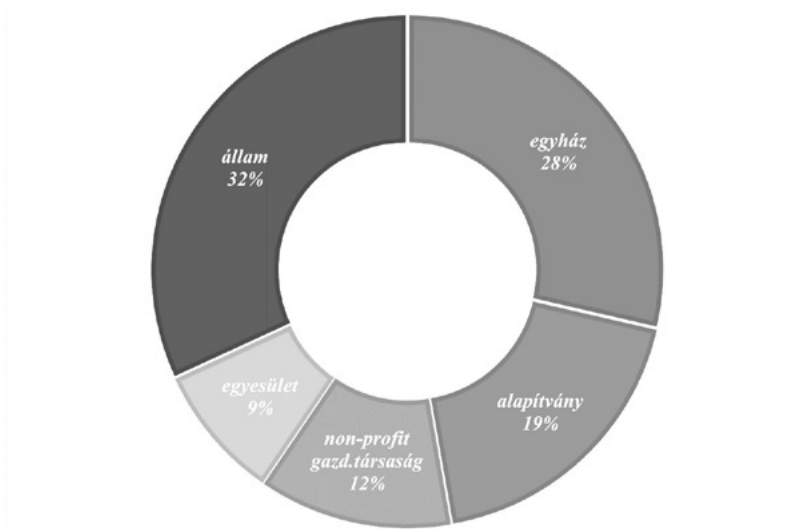
Mindezekkel szemben a TL férőhelyek területi (országon belüli) eloszlása lényeges különbségeket mutat.

A szociális szolgáltatások kapacitás eloszlásában folyamatosan láthatunk egy kelet-nyugati tengelyt hazánkon belül (a keleti megyékben és Budapesten lényegesen magasabb a szolgáltatási kapacitás, mint az országos átlag), ám ez a TL esetében más „előjellel”, de sokkal erősebben látszódik. Olyan szélsőséges adatokat találhatunk, hogy amíg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 278 fő élhet TL szolgáltatás keretei között, addig Vas megye vagy Győr-Moson-Sopron megye érintettjei egyetlen férőhelyet sem érhetnek el a megyében. A 2018-as statisztikai adatok szerint *nulla (!) férőhely az elérhető szolgáltatási kapacitás az említett két megyében.*

A teljes kép elemzése után – egyfajta értelmezési lehetőségként – adódik ugyan magyarázat a területileg nem arányos innovációra, mely szerint a számokat a kitagolási (intézménytelenítési) programba²² bevont állami intézmények földrajzi elhelyezkedése befolyásolhatja döntően. Ez vélhetőleg tényleges indoka lehet nagyobb eltérésnek, de a TL teljes hiánya valószínűleg mást is mutathat, ez azonban további kutatásokat, vizsgáldást igényelne.

Talán érdekes lehet röviden elemezni, hogy a TL milyen fenntartói háttérrel valósul meg jelenleg. Alapul véve azt a közkeletű megfigyelést, szervezetszociológiai alaptézist, hogy a kisebb szervezetek rugalmasabb és mozgékonyabb változásokra, fejlődésre képesek, fejlesztési potenciálban gazdagabbak, innovatívabbak, akkor félig máris magyarázatot kapunk a jelenlegi helyzetre.

22. Andrászi-Tóth et al. 2011



3. ábra

Forrás: KSH adatok és saját számítások

A fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy rugalmas és potenciális bővülésre alapos okot adó szerkezetben alakulnak a kapacitások fenntartói háttér tekintetében. Láthatjuk, hogy egyharmad-egyharmad arányban vesznek benne részt az állam, az egyházak és a civil szféra szereplői.

Az egyesületi és alapítványi formában létrejött TL kapacitások kezdeményezői, kialakítói és fenntartói, üzemeltetői mögött nagyon sok esetben az érintetti csoportok (többnyire szülők közösségei) állnak. A legmagasabb szintű érdekeltség nyilván esetükben tapasztalható, ám a TL kialakításának költségei már igen magasak lettek. A jelenlegi ingatlanárak mellett értelemszerűen nehezebb, néhol (pl. a Belvárosban, Buda belső részein, nagyobb városaink frekventált részein, üdülő/nyaraló területeken) szinte lehetetlen vállalkozás megfelelő ingatlan önerős kialakítása. Bár az önszerveződés tendenciája már az 1990-es években, az ún. lakóotthoni fejlesztések idején

tapasztalható volt, mára ez lényegesen „alacsonyabb szintre” redukálódott.

Szociális ágazatban működő elvek és megjelenési tények alapján látható az is, hogy nem a nagy, történelmi egyházak, komoly hierarchiával működő fenntartói szervezetek, hanem a helyi, gyülekezeti szintű és többször (civil működési jegyeket is felmutató) „máltai” háttérű egyházi szervezetek alakítottak ki és működtetnek TL-t. Mindezek és a civil fenntartású TL-ek laza hálózati együttműködése éppen a 2010-es évek végén kezdett el működésbe lendülni.²³ A hálózatosodott működéstől remélhetjük a gyakorlatias szempontok megerősödését, és végső soron – megfelelő ágazati fogadókészség esetén – a kialakult szabályozási keretek életszerűségben, ésszerűségi keretek között tartását, a mindenkor egyszerű értelmezés elvének fennmaradását.

3. Az innovációs út

3.1 Szociális diagnózis – komplex szükségletfelmérés

A fenti két fogalom csak látszólagosan áll távol egymástól. Lényegét tekintve mindkettő ugyanazt a célt szolgálja: egy egyedi és sajátos helyzetben, egy önálló személy életében megjelenő és felmerülő szükségletalmaz leírása.

A kulcsszó mindenképpen a diagnózis. Az egészségügyi fogalomrendszert kölcsönvéve ugyanis csakis *pontos, szabatos* és a valósághoz legközelebb álló *diagnózist* követően lehet hatásos bármely terápia. A TL-re lefordítva: csak a kellően részletes, ám a lényegét megragadni képes felmérés alapján szükséges a szolgáltatási portfóliót kialakítani.

A logika, az elvi háttér, a képviselt szakmai értékek tekintetében e két fogalom rendkívüli azonosságot mutat, azonban féltő, hogy két különváló „fejlődési” vonalat járhatnak be, amennyiben a fenti „felismerés” mentén

23. A keretet is egyházi szereplő adja, a hálózat gondozása a Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ támogatásával valósul meg (forrás: *AlapVető*, 2019. december, 2. évfolyam, 23. szám).

szakmánk szakértői másként kezdik értelmezni e – látszólag – két eszköz helyét és szerepét a szociális szolgáltatások „belépési oldalán”.

3.2 Szükségletalapú szolgáltatás – szolgáltatási elemek

A pontos, jól mérhető és hatékonysági mutatókat is felvonultatni képes szolgáltatások eredményességéhez a pontos tervezésen és „egyénre szabáson” keresztül vezet az út.

A szükségletek pontos felmérésére alapuló egyéni szolgáltatási terv nem csak hosszútávú célokat, hanem belátható, követhető, rövid távon kontrollálható célokat is megfogalmaz, saját ütemezés megadásával. Ezzel követhető és fokozatos változások érhetők el akár az önállóság irányába, akár az egyén más-más készségeinek, képességeinek fejlesztése terén is.

A hangsúly az érintett igénybevevő életvitelét támogató, saját céljait szolgáló tevékenységek körének meghatározásán van. Ennek során mérlegelni kell minden kockázatot, és törekedni kell azok (közösen elérhető) elhárításán.

Fontos pont a lakókörnyezet, lakóközösség, kisközösség irányába megvalósuló integrációs folyamat megtervezése. Ezt a folyamatot koordinálni kell, de jelentős szerepe van egy sajátos, helyi támogató hálózat, „közösségi háló” kialakításának. Ehhez széles körű együttműködést szükséges kialakítani a szűkebb-tágabb közösség(ek) szereplőivel: helyi egészségügyi szereplőktől a helyi egyházakon át a kulturális területig minden aktív szereplővel.

A támogatott lakhatásban egyéni szükségletek és lehetőségek szabályozzák az étel, ruha, lakástextíliák, kényelmi berendezések stb. kiválasztását.

Ezen szolgáltatásokat végigtekintve láthatjuk azonban, hogy a szolgáltatások keretein belül, ténylegesen megvalósuló tevékenységek (szolgáltatási elemek) nagyon sok esetben átfedéseket tartalmaznak, vagy lényegében – esetleg más-más néven – ugyanazt a konkrét tevékenységet takarják. Ezen egyezőségek és a bizonytalan körvonalú lehatárolások miatt nem csak a kívülről, hanem a szakmabeliek (laikusok), hanem a szolgáltatásokat szerve-

zők, végzők körében is sokszor összerosódnak a határok az egyes elemek között. Ez nem segíti sem a szakmai, sem a pénzügyi fegyelem betartását és betartatását. Még nagyobb gond, hogy az igénybevevők, rászorulóik körében sem világosak a szolgáltatási tartalmak és keretek.

3.3 Ténylegesen önálló életvitel

A leglényegesebb kérdésként mindenképpen azt kell feltennünk, hogy vajon melyik szolgáltatási/ellátási rezsim tudja az egyes, érintett személyek önálló életvitelét, személyes döntésein alapuló elképzeléseit szolgálni.²⁴

A „ténylegesen” önálló életvitel – beleértve a teljes, támogatott döntéshozatal/gondnokság témakört is – rendkívül szerteágazó és még korántsem stabil problémahalmaztól terhelt kérdésként tűnik fel még ma is.

Az egyik leglényegesebb felvetés, hogy a szociális szabályozás szigorú szabályozása rendkívüli módon megnehezíti az önrendelkezés érvényesítését. Ez egyfajta szerkezeti (intézményi) gátló tényezőként folyamatosan jelen van az érintettek életében, ezzel döntően befolyásolva életminőségüket.²⁵

Az önállóság mértéke egyénenként eltérő. Vannak, akik több, vannak, akik kevesebb támogatást igényelnek – és nem pusztán a fogyatékoságuk típusa, súlyossága alapján. A többségi társadalom tagjai is különböző szinten élik meg és „gyakorolják” az önállóságukat. Hiba lenne tehát, ha egy általános, „kötelező” önállósági formát szabna meg a TL-rendszer mindenki számára.

Az önállóság megélésének egyik fontos szegmense a közösség, a közösségekben való részvétel, aktivitás. Erre azonban még fokozottabban igazak a fent leírtak: ahányan vagyunk, annyiféleképpen éljük, élhetjük meg a közösségi szerepeinket (ha vannak egyáltalán). Fontos tehát, hogy ebben is az egyénre szabottság legyen az elsődleges.

Összefoglalóan álljon itt egy egyházi, módszertani anyag néhány vonatkozó mondata:

24. Lásd bővebben a témakört rendkívüli alaposság körbejáró tanulmányt: Halmos 2019

25. Kopasz et al. 2016. p. 54

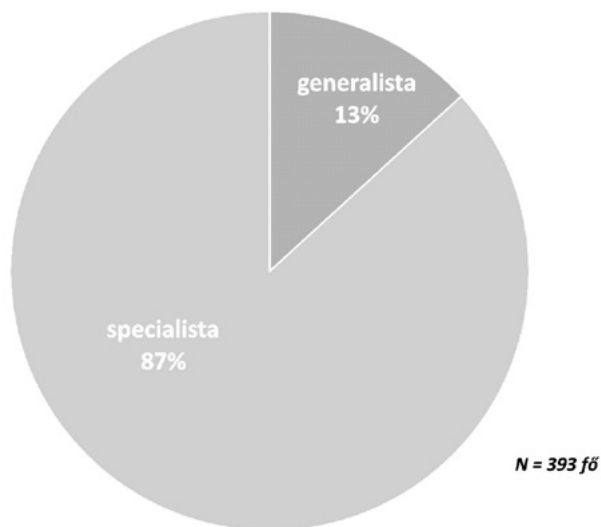
„A több évtizedes tapasztalat alapján mára már egyértelműen kimondható, hogy bár a zárt, intézményesített közösségi lét biztonságot, egyfajta védettséget nyújt az egyén számára, amelyben az uniformizált ellátás egyenlőséget is biztosít – társadalmi, anyagi helyzetétől független az ellátások köre –, az akár több száz fős otthonok mégsem tudják teljes körűen kielégíteni az egyéni szükségleteket. Továbbá nem tudják biztosítani a fogyatékos személyek esélyegyenlőségét, társadalmi részvételét sem, izolálják őket egy ingerszegény, zárt világba, távol az általuk ismeretlen társadalmi szférák színhelyeitől. Az intézményi bentlakási forma gyakran a családtól való szinte teljes elszakadást is jelenti, a kapcsolattartás a legtöbb esetben minimális, sok esetben a szülőnek anyagi okok miatt még az utazás is gondot okoz, így a sűrűbb látogatások megoldhatatlanok.”²⁶

4. Szociális intézmény versus szociális szolgáltatás

A fenti kérdés látszólagos egyértelmősége mögött – hiszen a TL-re jelen tanulmány szerzője is kizárólag szolgáltatás-csomagként tud gondolni – érdemes feltenni azt a kérdést is, hogy vajon a szociális ágazatban dolgozók hogyan is vélekednek ebben a kérdésben.

Feltételezve, hogy az ágazati gondolkodást jól tükrözik az intézményvezetők, hiszen az általuk képviselt véleményt nagy körben is képviselni tudják, és szakmai folyamatokat döntően befolyásolni képesek, akkor érdemes segítségül szeretnék hívni egy reprezentatív kutatás egyetlen adatát. A Semmelweis Egyetem szociális vezetőképzésének résztvevői közül megkérdeztünk több száz hallgatót, különféle szakmai témákban. Ezek egyike volt az a kérdésünk, hogy – amennyiben ráhatása lehetne – a jövőben inkább „generális” (mindenki számára, egységesen igénybe vehető) vagy „speciális” (egyes célcsoportok, szükségletek szerint kialakított) szolgáltatások irányába fejlesztené-e ágazatunkat. Az erőteljes vélemény, amely az adatokból látható, szinte magáért beszél.

26. „Református szolgálatfejlesztés: Hit – tudás – fejlődés” (MRE Szeretetszolgálati Iroda, munkaanyag)



4. ábra

Forrás: saját felmérés, N=393, saját ábrázolás

Így túlzás nélkül állíthatjuk, hogy a jövő a stakeholderek szerint is a szociális szolgáltatási elemekre épülő, speciális szükségletekre reagáló, egyedi szolgáltatási megoldásoké.

Mindezekből nem vonható le persze az a következtetés, hogy ne lenne szükség szociális intézményekre. Az intézmények szervezeti környezetet, szervezeti kultúrát és vezetési-irányítási közeget jelentenek ebben az értelmezésben, s mint ilyenek, képesek és kötelesek a nyújtott szolgáltatások keretezésére.

Ez nem jelenti automatikusan, hogy az intézmények „intézetekké” válnának. A legfőbb különbség – támaszkodva a vezetőképzés tapasztalataira is – abban érhető tetten, ahogyan a szakemberek, a vezetők a saját intézményükről gondolkodnak. Amennyiben képesek és hajlandók szolgáltatási szempontból tekinteni arra, vagyis különváltó egyéneket szolgáló tevékeny-

ségek elkülöníthető elemeiként nézni az általuk nyújtott eszközöket, akkor nyugodtan hátra is dőlhetünk: az ilyen szolgáltatókból nem lesz „intézet”.

Ez azonban szubjektív alapokon nyugszik, a megjelenési formája a szemlélet, az attitűd, amely vizsgálata – jóval a fenti adatokon túlmutatva – a jövő feladata.

4.1 A lakóotthonokról

A támogatott lakhatás sajátosságainak elemzésekor érdemes egy összevetést tenni az 1990-es évek közepétől egészen a 2010-es évek elejéig „legkorszerűbb” megoldásnak tartott ellátási formával, az ún. lakóotthoni ellátással.

Mint korábban láthattuk, a lakóotthon egy tartós (vagy átmeneti) bentlakást biztosító intézményi forma, amely a lakhatás mennyiségi körülményeiben (egy lakóegységben élők számában) tér el elsősorban a többi (elsősorban ápolás-gondozást biztosító) intézménytípustól.

A két szolgáltatási forma összevetését, a legfőbb különbségeket kiemelve az alábbi táblázatban láthatjuk (a táblázat nem tartalmazza az ellátotti/fogyatékosági típusonkénti eltérő követelményeket).

	lakóotthon	támogatott lakhatás
bekerülés	előgondozást követően (egyes esetekben beutalással, joghatósági döntéssel)	komplex szükségletfelmérést követően
egyéni dokumentáció	fejlesztési terv, rehabilitációs program	egyéni szolgáltatási terv
szolgáltatási forma	egységesen meghatározott	lakhatási szolgáltatás + egyénenként eltérő szolgáltatások

	lakóotthon	támogatott lakhatás
együttélés szabályozása	házi rend	együttélés írott és íratlan, jó esetben „önszabályozó” dokumentuma
fő cél	teljeskörű ápolás-gondozás/fejlesztés	önálló életvitel kialakítása és fenntartása, csak a legszükségesebb és leghatékonyabb szolgáltatások biztosítása
térbeli megvalósulás	lakhatás és más tevékenységek (gondozás, fejlesztés, oktatás, szabadidős tevékenységek stb.) történhetnek azonos térben	lakhatás és napközbeni tevékenységek helyszínei kötelezően szétválasztva

Látható, hogy tartalmában is meglehetősen eltérő szolgáltatásokról van szó, ezért különösen indokolt az a szabályozási pont, amely megköveteli a már működő lakóotthonok átalakítását a támogatott lakhatás szabályaira való áttéréssel.

Az áttéréshez azonban *nagyon nagy szükség van* – a korábban említett – *szemléletváltásra*, a szolgáltatási/szolgáltatói attitűdök megerősödésére, az *egyéni szükségletre alapozott feladatellátás általánossá válására*.

4.2 Alapellátás bentlakással?

Az intézményeket képviselő kollégák felvetései szerint az egyik lehetséges mód lehetne az intézmény/szolgáltatás kérdés feloldására, ha elővennénk egy régi szabályozási formát.

Az Sztv. – és még korábbi előzményei, 1993. év előtti szabályozásai – ismerte egykor a „szállást nyújtó nappali intézményt”, azt a formát, amely az átmeneti ápolás-gondozás egyfajta előzményeként működött. A lényege

– nagyon röviden és kissé „szakmaiatlanul” –, hogy az idősek klubjának igénybevevője, egyes esetekben „bent aludhatott” a klubban, amely ehhez biztosította a minimális feltételeket.

A kétségtelenül rugalmasnak tűnő szabályozás – a tényleges megvalósulás konkrét ismerete nélkül – számomra mégis, továbbra is a bentlakásos intézményi szabályozásra hajaz. Mai szabályozási környezetünkkel, a korszerű módszereket ismerve nehezen tartanám elfogadhatónak az „alapellátás biztosítása bentlakással” típusú szabályozási irányt.

Itt utalnék vissza az írásom címére: annyiban újszerű, akár „harmadik utas” megoldásnak tartom a TL-t, hogy nem intézményi típusú ellátás és nem is alapszolgáltatás „bentlakással” típusú megoldás. Valójában azonban nem kellene, hogy „harmadik utas” legyen: egyszerűbb lenne a szolgáltatási szemléletet alapul véve, gondolkodásunk apróbb „kapcsolóit” átállítva tekinteni a TL-re. Így és ekkor lenne elmondható, hogy a TL-szabályozás és –gyakorlat „kimozdította” a szociális szakmát.

Ezzel kimozdíthatatlanul középpontba kerül az egyes személy, a sajátos és csak reá jellemző hiányaival, szükségleteivel és (részben) igényeivel, amelyre a jó szolgáltató egy szolgáltatási palettával adhat választ. És „pusztán” ennek egyik eleme lenne a lakhatási szolgáltatás.

Ettől az ideáltól azonban ma még távolabb állunk, mint az intézeti működéstől...

5. Tartalmi innováció szorító keretekben

Jelen írás címében szereplő állítást (harmadik út) jól megvilágította az is, ahogyan a támogatott lakhatást a jóval korábban elindult és akkoriban igazán jó megoldásnak tekintett lakóotthoni elhelyezéssel vetettük össze.

Szeretnék azonban kiemelni egy másik, sokszor igazán fontosnak tűnő kérdést, a lakhatási méretek kérdését, ügyét.

A szabályozás ebben a kérdésben is egyértelmű: a lakóotthoni ellátás elsősorban ugyanolyan tartós bentlakásos intézményi forma, mint az apo-

ló-gondozó vagy rehabilitációs célú otthonok. Csak „kisebb”. Jelentősebb eltérést ugyanis a lakhatás mérete jelent (értsd: legfeljebb 6-12 fő elhelyezése).

A támogatott lakhatás – jogalkotó által megadott, alapesetben érvényes – „mérete” alapvetően persze hasonló (1-12 fő), de nagylétszámú intézmények kiváltása esetén tartalmazza a legfeljebb 50 fős (kvázi társasházi) lakhatás megszervezésének lehetőségét is.²⁷ Az újonnan létrejövő, nem kiváltási célokot szolgáló TL-ek esetén tehát a méretek összevetése megállja a helyét.

A különbség azonban abban áll – és a TL cáfolhatatlanul innovatív jellegét ez igazolja –, hogy a lakóotthonban *törekedhetnek* az önálló életvitel elérésére (opcionális szakmai programelem), és támogathatják az intézményes kötelékek, megszabottságok egyes elemeinek (étkezés, programszervezés stb.) szabadabbá tételét.

Mindez a támogatott lakhatásban azonban *alapvető követelmény*: első sorban az egyénre szabott, önálló életvitelt mindenképpen biztosító körülmények megteremtése az alapvető (szakmai) elvárás, a lakhatás „mérete” már ehhez képest csak technikai-szervezési kérdés (értelemszerűen egy szobatarshoz alkalmazkodni könnyebb feladat, mint több tucat „társasházi lakótárshoz”).

A lakhatás méretének adottságai azonban saját, civil életünkben is sokszor változik: fontos tehát a TL-ben is a lehető legnagyobb rugalmasság. Ehhez azonban kellően nagy kapacitások szükségeltetnének...

Szabályozási érdekes kérdés lehet továbbá, hogy a jelenlegi lakóotthonok átalakulása, támogatott lakhatási formára történő átszervezése vajon meghozza-e a várt eredményt. Meg tud-e történni a szabályozás alapú változtatásokban rejlő paradigmaváltás általános elterjedése? Képes-e szemléletváltást

27. Kétségtelen tény, hogy a – főként állami fenntartásban lévő, nagy intézmények – kiváltási folyamata esetén mérethatékonysági és egyéb (pl. közbeszerzési) okokból a fenntartó ezeket a – rossz szervezés esetén újra „miniintézménnyé” válni képes – formát preferálja. Ebben gátat szab(hat) a finanszírozó: EU-s forrásból megvalósított fejlesztések során (TIOP 3.4.1.) maximum 25 fő elhelyezésére alkalmas, 2 fős lakások kerültek kialakításra eddig, az EFOP 2.2.2. felhívása pedig nem tette lehetővé lakócentrum kialakítását. A lakócentrum tehát jelen pillanatban egy jogszabályban biztosított, elvi lehetőség.

generálni egy kötelezettség? Végző soron: sikerül-e új és korszerű szemléletmódot meghonosítani a hazai szociális szolgáltatásszabályozási gyakorlatban?

Részletkérdésnek tűnik, de nagyon fontos lenne – szakmai és ellátottjogi oldalról egyaránt – lefolytatni azokat a vitákat, amely a középsúlyos, súlyos, és halmozottan fogyatékos személyek, egyes – ön- és közveszélyes eseteket is felmutató – pszichiátriai kórképpel, vagy súlyos szenvedélybetegségben szenvedők eseteit külön megvizsgálná. Ezek a viták feltehetnék – és jó esetben megválaszolhatnák – azt a kérdést, hogy az ellátási biztonság oltárán (különösen magas ápolási-gondozási szükséglet, 0-24 órás felügyeleti igény esetén stb.) mi minden áldozható fel a – sokszor rosszul értelmezett – emberi jogi elvárások érdekében. Hol van az ésszerű megoldás az erőforrás-korlátok, ellátási biztonság és szabadságjogok értelmezési keretében? Végző soron: hol van a határ a biztonság versus szabadság örökérvényű kérdésében a szociális szolgáltatások mezején?

A további szakmai fejlesztés, fejlődés érdekében szükséges lenne a szociális szolgáltatások szabályozásában: 1. bevezetni a szociális diagnózis elkészítésének pontosított követelményét (pontos szükségletfelmérés valamennyi szociális segítség igény felmerülése esetén); 2. előtérbe helyezni (kötelezően elvárni, nem csupán a tematikus dokumentáció terén) az egyénre szabott szolgáltatási megoldásokat; 3. szolgáltatási elemek szintjén szabályozni a konkrét szakmai tevékenységet (majd végül a finanszírozási rendszert is ehhez szabni, ezzel arányosabb és igazságosabb szisztémát kialakítva).²⁸

A hibák, zsákutcák és meglévő veszélyek ellenére a támogatott lakhatás bevezetése, szakmailag helyes működtetése fontos lépés a (tényleges) önálló életvitel felé, a nagy létszámú intézmények lebontásának célját támogatva, az egyéni szükségletekre alapuló, diagnózis alapú szolgáltatási struktúra elérése érdekében.

28. Erre nézve jó iránynak tűnik a háromsztatú finanszírozás tavalyi bevezetése, amely az elérhető finanszírozási összeget elkezdte kötni egy alapelvezhez: magasabb szolgáltatási szükséglet többletköltségeit elismerve magasabb támogatást alapozva meg.

Túlzás nélkül továbbra is állítható: a TL ezekkel a kérdésekkel és „félelmekkel” együtt is az utóbbi évtized legfontosabb szociális szolgáltatási innovációja. Továbbfejlesztése az ágazat elemi érdeke, a huszonegyedik századi működésünk legfőbb záloga és útja. Nem a harmadik, hanem az első számú.

Felhasznált irodalom

- Andráczki-Tóth Veronika [et al.] (2011): Az intézménytelenítés kapujában: a pixelből kép válhat? In: Esély 22. évf. 4. sz. p. 35–57. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01bandraczy.indd.pdf
- Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége (2007): A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény. Budapest, Szociális és Munkaügyi Minisztérium. Link: <https://www.un.org/disabilities/documents/natl/hungary-ez.pdf> (utolsó letöltés dátuma: 2020. augusztus 11.)
- European Union Agency for Fundamental Rights (2018): From institutions to community living for persons with disabilities: perspectives from the ground. Luxembourg, Publications Office of the European Union. Link: <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/institutions-community-living-persons-disabilities-perspectives-ground>
- Farkas Zoltán (2007): Az intézmény fogalma, fedezete és formalitása. In: Miskolci Jogi Szemle, 2. évf. 2. sz. p. 33-55
- A fogyatékosággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017-2036. évek-re vonatkozóhosszú távú koncepcióról, Link: <https://www.kormany.hu/download/c/23/f0000/kiv%C3%A1lt%C3%A1sr%C3%B3l%20sz%C3%B3l%C3%B3koncepc%C3%B3.pdf>, (utolsó letöltés dátuma 2020. augusztus 11.)
- Gradwohl Csilla (2014): A fogyatékosággal élők közösségben való életéhez fűződő jogáról. In: De iuris prudentia et iure publico, 8. évf. 3. sz. p. 1-13

- Halmos Szilvia (2019): Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehetőségei Magyarországon. In: Pázmány Law Working Papers, 3. sz.
- Hajdú József – Homicskó Árpád Olivér (szerk.) (2013): Bevezetés a társadalombiztosítási jogba. Budapest, Patrocinium Kiadó
- Hajdú József – Homicskó Árpád Olivér (2013): Bevezetés a társadalombiztosítási jogba. In.: Hajdú József – Homicskó Árpád Olivér (szerk.): Bevezetés a társadalombiztosítási jogba. Budapest, Patrocinium Kiadó. p. 39-73
- Homicskó Árpád Olivér (2013): A magyar szociális ellátások fejlődése 1990-től napjainkig. In: Hajdú József – Homicskó Árpád Olivér (Szerk.): Bevezetés a társadalombiztosítási jogba. Patrocinium Kiadó, Budapest. p. 104–112
- Homicskó Árpád Olivér (2017): A magyar szociális ellátórendszer kialakulásának és fejlődésének főbb állomásai napjainkig. In: Balogh Judit [et al.] (szerk.): 65 : Studia in honorem István Stipta. Budapest, Károli Gáspár Református Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar p. 145-159
- Kopasz Marianna [et al.] (2016): Fogyatékosággal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban : zárótanulmány a „VP/2013/013/0057 azonosítószámú „New dimension in social protection towards community based living” című projekthez kapcsolódó társadalomtudományi kutatáshoz, Budapest, TÁRKI.
- Mózer Péter (2020): Reformok hátán... In: Esély, 31. évf. 1. sz. p. 125-138
- Nyitrai Imre (2020): És már a Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció is kilencéves... In: Esély, 31. évf. 1. sz. p. 115-124.
- Nyitrai Imre (2020): Egy kulcs az önálló életvitelhez – A támogatott lakhatás helye és szerepe a magyarországi szociális szolgáltatások rendszerében. In: Fogyatékoság és Társadalom 6. évf. 1. sz. p. 47-58.
- Schenk Lászlóné – Justin Móni (2020): A támogatott lakhatás és a szolgáltatási gyűrű kialakításának és működtetésének protokollja, Budapest, NFSzK.

Nelhübel-Oláh Henriette

Brüsszel kiváltása – komplex szemléletváltás

Absztrakt

A tanulmány célja az elmúlt évtizedekben lezajlott európai szemléletváltás ismertetése, amely a fogyatékkal élő emberekkel, a pszichiátriai, valamint szenvedélybetegekkel való bánásmódban, gondozásban, társadalmi megítélésükben történt. Egy új szemlélet, ami intézménytelenítés vagy kiváltás néven vonult be a szakmatörténetbe. Nyugat-Európa számos országában a 60-as évektől megkezdődött a nagy intézmények felszámolásának folyamata, az ott lakók beköltöztetése a településekre, a helyihez hasonló méretű házakban kis létszámú közösségeket hozva létre, ahol úgy élhettek, mint a település többi lakója. Ennek a gondozási formának a neve „Community Care”. Magyarországon 2011 óta kormányzati szándék, hogy végigmegy ezen az úton, végigviszi a kiváltás és komplex szemléletváltás folyamatát. A szemléletváltás lényege, hogy a támogatásra szoruló embert helyezi középpontba, és biztosítja neki azokat a körülményeket és jogokat, amiket a Normalizációs elv mond ki. Ez pedig csak akkor valósulhat meg teljességében, ha az érintettek és családjaik, közösségeik közvetlenül részt vesznek benne, a megvalósításban az egyházak és civil szervezetek lesznek többségben, a motorjai és felelősei lesznek annak, ami születik.

Fogyatékossgal élők, illetve pszichiátria beteg és szenvedélybeteg emberek helye a társadalomban

A segítségre szoruló emberek életének segítése a környezetében élők feladata, a társadalom feladata. A rászoruló, szenvedő ember részére felajánlott segítség története a bibliai időktől vezethető le. Az Ószövetségben több helyen találunk rá példát, az Újszövetségben pedig a legismertebb az „Irgalmas szamaritánus” története. Jézus Krisztus életpéldája is folyamatosan szól a gyakorlati segítségnyújtásról, a gyógyításról, a gondoskodásról, a vigasztal-

lásról. Pál apostol is több levelében hangsúlyozza a rászorulókról való gondoskodás fontosságát.¹ „Ha pedig az atyafiak, férfiak vagy nők, mezítelenek és szűkölködnek mindennapi eledel nélkül és azt mondja nekik valaki ti közületek: Menjetek el békességgel, melegedjétek meg és lakjatok jól, de nem adjátok meg nékik mikre van szüksége van a testnek: mi annak a haszna? Azonképpen a hit is, ha cselekedetek nincsenek, megholt önmagában.”²

Ezért az egyházak karitatív tevékenységébe kezdettől beletartozott a rászoruló gondozása, segítése a keresztyén hit terjedésével együtt. Évszázadokon át kolostorok, apátságok, az apácák és szerzetesek, valamint a diakóniai szolgálatot vállalók végezték ezt a szolgálatot. Kiemelten a szegények, a betegek, a fogyatékosok felé. A szenvedélybetegséget, az alkoholtól és drogtól való függést nem tekintették betegségnek, hanem egy állapotnak, aminek kialakulásában teljes mértékben az egyén felelősségét látták. Megoldásnak a róla való lemondást látták, a fogyasztás abbahagyását. A fogyasztás abbahagyásának képtelenségét, a függést, mint a személy pszichés torzulását, kialakult dependenciát, amit gyógyítani kell, nem jelent meg a társadalmi intézményi gondolkodásban.

A XVII század időszakára tehető, a társadalom szociális ügyeivel immáron állami szinten foglalkozó tudatos politika a feudalizmust szétfeszítő kapitalizmus korai szakaszában született meg. Mint ahogyan a kapitalizmus, a szociálpolitika is angol eredetű. A legelső szociális törvényt 1601-ben I. Erzsébet angol királynő hozta, mely törvény „szegénytörvényként” híres a történelemben. Korábban is voltak különböző szegényügyi rendelkezések, de ezeket főként az egyházak hozták. Ebben az időszakban ellentmondásosan alakultak a szegényekkel kapcsolatos kérdések. Egyrészt az egyházak feladatuknak tartották a szegényekkel, betegekkel, fogyatékosokkal való törődést, ugyanakkor a nagyobb városok szemben találtak magukat azzal, hogy a szegények és problémával küzdők száma hirtelen megnövekedett, és ezt a hirtelen

1. Gal 2,10

2. Jakab 2, 15-17

növekedést az egyházak kapacitása már nem bírta el. *Ez a helyzet megteremtette a szociálpolitika – akkor – legnagyobb dilemmahelyzetét, miszerint beavatkozhat-e az állam az emberek életébe, ha igen milyen módon, milyen mélységben és hogyan? Kiket képviseljen? A hatalom, a társadalom érdekét, vagy a kiszolgáltatott segítségre szorulókat érdekét?* Évszázadokon át a hatalom érdeke jelent meg a gondoskodás formájában, mikéntjében. A XIX. században jelentek meg a nagy intézmények a fogyatékosokkal élők és pszichiátriai betegek számára, ahol személytelenül, szinte minden emberi joguktól megfosztva éltek. Ez időben a szenvedélybetegségről még mindig nem beszélhetünk: az a gondolat, hogy az alkohol- vagy drogfüggők életét társadalmilag segítsék, számukra otthonokat hozzanak létre, sehol sem jelent meg. A társadalom az értelmi fogyatékos, a halmozottan fogyatékos és a súlyos pszichiátriai betegek ellátását vállalta fel.

„Az értelmileg akadályozott személyek intézményes gondoskodásának háttere Európában hosszú évtizedekig összefonódott a nagy intézményes ellátással és az orvosi modellel. A szeparáció és a „társadalmi hasznosság” kérdése a II. világháború idején a sterilizációs és a németországi eutanázia programokban csúcsosodott ki és jelentette sok ezer fogyatékos személy halálát. A 20. században Európa-szerte működő totális intézmények ma is sok ezer értelmi fogyatékos személy életét határozzák meg.”³

Ami Németországban történt az értelmi fogyatékosokkal élőkkal a fent idézett részben, csak jóindulattal nevezhető eutanáziának, hiszen az érintetteiket fel sem fogták mi történik velük. Sokkal közelebb áll a valósághoz, hogy a halálba küldték őket.

Jelen írás célja a 20. század második felének és a 21. századi Európában, és ezen belül az Európai Unióban zajló – a fogyatékosokkal élőket, pszichiátriai betegeket és szenvedély betegeket segítő – gondozó folyamatok bemutatása, és Brüsszel stratégiájának ismertetése. Ezért a kis kitekintő után erre fókuszálunk a továbbiakban.

3. Ruzsics 2019. Link: http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/1_a_felntt_rtelmi_fogyatkos_szemelyek_intzmnyes_elltsnak_trtnete.html

Mit jelent a kiváltás?

A *kiváltást* Európában *kitagolásnak* vagy *intézménytelenítésnek* nevezik. A deinstituálizáció, vagy kitagolás fogalma a totális nagy intézmények felszámolását célzó folyamatok összessége. A fogalom egyrészt erősen kötődik az 50-es években megjelenő antipszichiátriai mozgalmakhoz. A gyógypedagógia vonatkozásában a kritika keresztüztüzebe került ideg- és elmeegógyintézetekben, ahol súlyos pszichiátriai betegek éltek, gyakorta működtek külön részlegek, melyeket értelmi fogyatékos személyek számára tartottak fenn. Ezen intézményekben élők elzártsága, szegregációja, a tömegszállásra emlékeztető lakhatási körülmények, az ott élőkkel történő bánásmód és jogfosztottság ellen indultak ezek a társadalmi mozgalmak, és működésük eredményeként indult el az intézmények felszámolása. Másrésztől a nagy, fogyatékos személyek számára fenntartott szociális intézmények felszámolása köthető ide. Hasonlóan az ideg- és elmeegógyintézeteket érintő körülményekhez és folyamatokhoz, a kritikai hangok következtében megjelenő reformkoncepciók az intézetek humanizálását, felszámolását tűzték ki célul. Emellett megjelennek civil kezdeményezések, melyek gyakorta hozzátartozók kezdeményezésére indultak, és tesznek lehetővé alternatív lakhatási formákat a fogyatékos felnőttek számára. A szenvedélybetegek intézményi gondozása nem jellemző, ezért a kiváltás terén nagyon kevés példa van rá nemzetközi téren. Az otthonukat veszített szenvedélybetegek általánosságban az ideg- és elmeegógyintézetek lakói voltak.

Míg Magyarországon az általános gondolkodás kiváltás alatt a nagy intézményből csak a támogatott lakhatást nyújtó házba való beköltözést érti, addig Európában számos lakhatási forma és szolgáltatás együttes igénybevételének komplexitását jelenti.

A kiváltás folyamatának indulása és alapelvei Európában

A kiváltás gondolata a II. világháború után fogalmazódott meg. A világháborúban a koncentrációs táborokba elhurcolt és kivégzett több százezer fogya-

tékossággal élő sorsa és kiszolgáltatottsága rádöbbsentette Európát, hogy ezeknek az embereknek is van joguk az élethez, emberhez méltó, minőségi élethez és felelősek vagyunk értük. A kitagolás korai képviselője *Svédország*. Svédországban az 50-es években erősödtek fel a kritikai hangok a nagy intézményekkel szemben. Ennek ellenére a 70-es évekig a nagy intézmények jelen voltak az országban. A szülői kritikák és a politikára gyakorolt nyomás hatására a 60-as évek végén indult meg egy reformfolyamat. Ez a reformfolyamat az 1954-ben megkezdett reformok továbbépítése. Az 1954-es törvény ugyan megerősíti a nagy intézeteket szerepükben, mégis kiemelkedő jelentőségű a svédországi ellátórendszer későbbi történetének alakulásában. Az 1954-es törvény a mai, úgynevezett „Community Care”⁴ alapjait rakta le. Az akkori ambuláns ellátási forma azonban a „képezhetetlenek” minősített fogyatékos személyek számára nem volt elérhető, számukra továbbra is a nagy intézetek jelentették a családon kívüli elhelyezés egyetlen lehetőségét. 1967-ben e törvényt fejlesztik tovább, és részben feloldják a „képezhetetlen” fogalmat.

Új fogalomként megjelenik a közösség alapú lakhatás. A 80-as évekig, lépésről lépésre kialakították az értelmi fogyatékos és súlyosan-halmazottan fogyatékos személyek közösség alapú lakhatásának lehetőségét is. A megkezdett reformfolyamatokat, melyek a nagy intézetekkel szemben a közösség alapú szolgáltatásokat részesítik előnyben, az 1985-ös törvény tovább erősíti, mely kimondja, hogy senki sem kötelezhető speciális ellátásra akarata ellenére.⁵ Az 1994-es asszisztentstörvény ezt az irányt még tovább erősítette: eszerint korlátozott funkcióképességű személyek, azon belül értelmi fogyatékos személyek is jogosultak a személyes asszisztens szolgáltatásra. A szolgáltatást több területhez kapcsoltn lehet igénybe venni, többek között a saját lakásban való támogatásra is.

4. Community Care – Közösség alapú gondozás, a táradalom közösségében történik és nem elzártan, elkülönítve.

5. Grunwald 2002

Az 50-es években megkezdett reformok hatásainak következményeként Svédországban 2000-re megszűntek a nagy intézetek. A felnőtt, értelmileg akadályozott személyek vagy egyedül laknak, vagy 5-6 fős lakóközösségekben, úgynevezett csoportos lakásokban. Sem a lakóotthonok, sem a nagy intézetek nem képezik ma már a svéd ellátás pilléreit.⁶

Anglia a 70-es években indította el intézkedéseit. Nemzetközi szinten így az angliai folyamatok nem tartoznak a legkorábban indulók közé, mégis közel negyven évvel több tapasztalattal rendelkeznek e területen Magyarországhoz képest. A 60-as évektől az angliai intézményi ellátás történetében viszonylag jól elkülöníthető fázisok figyelhetők meg. Az angliai folyamatokat Aselmeier⁷ négy nagyobb időszakra osztja. A II. világháború után, a 70-es évekig a felnőtt értelmi fogyatékos személyek családon kívül nagy intézetekben éltek. A 60-as években az intézetek működésével kapcsolatos botrányok és a lefolytatott vizsgálatok következményeként az angliai kormány intézkedései az értelmi fogyatékos személyek elhelyezését az egészségügyi területről áthelyezi a kommunális területre. A második fázis a 70-es évektől a 80-as évek végéig tartó időszak, melyben az intézménytelenítés kapja a fő szerepet. Ennek következtében a 80-as évektől a 90-es évek elejéig a nagy intézetekben lakó fogyatékos személyek száma a felére csökkent, a lakók kis létszámú közösségekbe költöztek ki. A lakóotthoni életforma lett a követendő. A harmadik időszakban a 90-es évektől a National Health and Community Care Act törvény válik meghatározóvá. Ahogy a neve is mutatja, a 90-es évektől tehát a „Community Care” válik vezető elgondolás-sá. A negyedik időszakban 2001-től pedig a „Valuing People” kormányzati dokumentum, mely a fogyatékosok és családjaik helyzetét kívánja javítani. A dokumentumban a *személyre szabott szolgáltatások* válnak hangsúlyossá, és a *társadalmi részvétel támogatása* kiemelkedő fontosságúvá válik a lakhatási forma meghatározása helyett.

6. Ratzka 2003

7. Aselmeier 2008

A kormányzat 2007-ben mutatta be a *személyes költségvetés* rendszerének bevezetését érintő széleskörű koncepcióját, amelynek elsődleges célja a személyes szükségletek minél hatékonyabb támogatása. A személyes költségvetés, tiszta formájában, háromféleképpen valósulhat meg, a „Social Care Reform Grant”-en keresztül:

1. a helyi önkormányzati irányítás által (irányított szolgáltatás)
2. egy harmadik fél által nyújtott szolgáltatásként (egyéni szolgáltatási alap),
3. illetve közvetlen kifizetésként a személynek.

A támogatás fajtái:

I. Ingatlanalapú szolgáltatás

A TL szolgáltatás formája egyrészt attól függ, hogy milyen lakhatási támogatásra („*Housing Benefit*”) jogosult a szolgáltatást igénybe vevő személy, az egyéni szükségletei mentén. A jogosultság megállapítását követően a lakhatási támogatás e formája (részben vagy teljes egészében) a bérleti költségek finanszírozásához járul hozzá, amelyből a rezsiköltségeket nem lehet finanszírozni. Amennyiben ehhez is szeretnének támogatást igényelni, azt az ehhez kapcsolódó egyéb támogatások igénylésével lehet megtenni.

Ingatlan	Támogatási összeg /hét
1 hálószoba (vagy megosztott apartman)	£260.64-ig (~89 816 Ft)
2 hálószoba	£302.33-ig (~104 182 Ft)
3 hálószoba	£354.46-ig (~122 146 Ft)
4 hálószoba	£417.02-ig (~143 704 Ft) ⁸

II. Nem ingatlanalapú szolgáltatás

Minden olyan támogatást nem ingatlanalapú szolgáltatásként értelmeznek,

8. Ábra: irányadó költségkeretek (DLEC 2016)

amely az egyén önálló életvitelének támogatása során szükségletként jelentkezik. Mindezt a 2014-ben előterjesztett „Care Act 2014” tette minél szélesebb körben elérhetővé, immáron az intézményben élő emberek számára is.⁹

Németországban és Ausztriában közel azonos időben kezdődött meg a kitagolás gyakorlatba való átültetése. Mindkét ország államszervezeti felépítése hasonló, szövetségi köztársaságokra épül. E közigazgatási területek között nagy eltérések mutatkoznak, mégis azt mondhatjuk, hogy Németországban és Ausztriában az első kiváltási programok az 1970-1980-as években indulnak meg. 1958-ban magalakul a *Lebenshilfe*, mint szakemberekből és érintett szülőkből álló érdekvédelmi csoport, civil szervezet, akik a felnőtt értelmi fogyatékos személyek számára is emberibb körülményeket követeltek. A szervezet a kezdeti 15 főről viszonylag gyorsan növekedett, ma mintegy 130000 tagja van. Nagyságából és szerteágazó feladataiból adódóan a civil szektorban az értelmi fogyatékos személyek egyik legjelentősebb képviselője Németországban, mely komoly nyomást képes gyakorolni a politikai döntéshozókra. E szerepük már a szervezet korai éveiben is megmutatkozott, és a 70-es években elinduló reformfolyamatoknak is részeseivé váltak. Németországban a reformoknak köszönhetően a 70-es évek végétől a *lakóotthoni koncepció* kapta a vezető szerepet. A városrészekbe integrált kiscsoportos lakóotthonok és a hozzájuk kapcsolódó, a hétköznapok struktúráját biztosító napközi otthonok, illetve védett munkahelyek váltak meghatározóvá, mint alternatívák a nagy intézetekkel szemben. Ma Németországban egyfajta kettősség jellemző: egyrészt a nagy intézmények jelentős számában továbbra is jelen vannak a fogyatékos felnőttek ellátásában, másrészt további reformtörekvések figyelhetők meg. A 2001-ben elfogadott „Rehabilitációs törvény” (SGB IX) lehetővé teszi a személyre szabott költségvetés kísérleti modellekben történő kipróbálását.¹⁰ 2008 óta minden

9. Nagy Éva [et al.] 2017

10. Aselmeier 2008

fogyatékos személynek joga van a *személyre szabott költségvetés formájában* nyújtott szolgáltatáshoz.¹¹

A nemzetközi tapasztalatok között nagyon fontos a *finanszírozási rendszer változásának nyomán követése*. A nyugati országokban az intézmények finanszírozása helyett a személy támogatása jelent meg, személyre szabott költségvetés formájában. Az egyén kapja meg a támogatást és dönti el, hogy melyik fenntartónak, intézménynek adja, vagy maga használja fel saját otthonában családja és a segítő szolgáltatások révén. A támogatás ugyanakkora akkor is, ha otthon, vagy ha intézményben él. Az intézmény nincs külön finanszírozva a költségvetésből.

Hollandiában 1995-ben vezették be először a személyes költségvetés rendszerét (*személyes támogatási költségvetés* néven), amely lehetőséget biztosít arra, hogy maga a fogyatékossgal élő személy vagy képviselője választhassa meg az életkörülményeket, illetve az igénybe vett szolgáltatásokat. Jelen formájában ezt a Szociális Támogatási Törvény szabályozza, azonban a helyi önkormányzatok felelősek a saját gyakorlati modelljük kialakításáért:

- eldönthetik az igénybe vétel kritériumát
- milyen módon támogatják a személyes költségvetés elkészítését
- hogyan monitorozzák a folyamatot

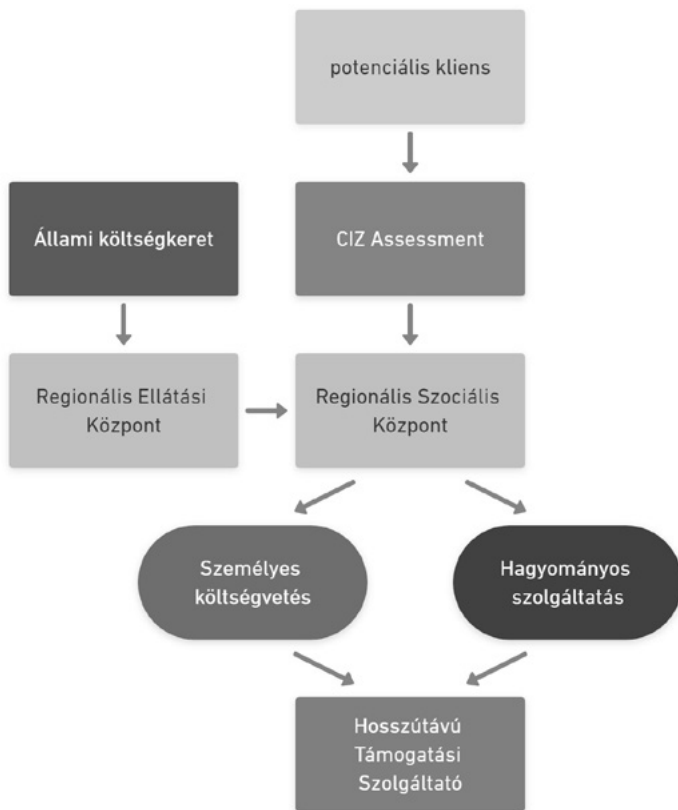
A kis létszámú bentlakásos intézmények és a közösségi alapú lakhatás szolgáltatási formák többnyire tehát a személyes költségvetés rendszere által finanszírozottak. A kormány ugyanis belátta, hogy ezek az innovatív kezdeményezések nem fenntarthatóak a korábbi finanszírozási modellt követve. Egy listát dolgoztak ki, mely rögzíti, hogy milyen elemek finanszírozhatóak a személyes költségvetés rendszeréből.

A szociális és egészségügyi ellátásokért felelős minisztérium egészségügyekkel foglalkozó hatósága (Ministry of Health, Welfare and Sports the Dutch Health Care Authority) határozza meg a regionális költségkeretet

11. Rohmann 2012

minden regionális iroda számára. Az alábbi ábra a személyes költségvetés beágyazódását mutatja a szociális ellátások rendszerébe:¹²

Azok az emberek, akiknek lehetősége van a személyes költségvetés igénylésére (közvetlen költségvetés formájában), a megállapított költségkeretet egy virtuális számlán kapják meg.



1. ábra

Ábra: Long Term Care Insurance (AWBZ)

Az önkormányzatoknak lehetőségük van egyedi módon meghatározni, hogy milyen mértékű személyes segítségnyújtást milyen szükségletekkel vehetnek igénybe az érintettek (melynek összege 12 eurótól egészen 835 euróig terjedhet, az egyéni szükségletek szerint). A személyes költségvetés alkalmazásának egy speciális folyamata indult el Hollandiában, amely a szülők által létesített kiscsoportos lakóegységek finanszírozását teszi lehetővé. 2012-ben 200 olyan családok által létrehozott közösségi lakhatási formát tartottak számon, amelyek kialakítását a személyes költségvetés tette lehetővé.¹³

Közép- és Kelet-Európában nemzeti szinten a szociálpolitika rendszerszintű átalakítása 2010-ig nem történt meg. Itt a nagy intézetek ma is meghatározóak a fogyatékos személyek ellátásában. A kelet-európai területek kitagolási programjai különösen 2010 után, az utóbbi években kaptak nagyobb szerepet, a Strukturális Alap (EU) támogatásának köszönhetően. Sajnos a kelet-európai országok közül Litvánia, Magyarország, Románia és Szlovénia a reformprogramokra szánt támogatásokat a nagy intézetek karbantartására, felújításaira is használta.¹⁴ Ezt az érintett országok elsősorban az intézeti épületek kiemelten rossz állapotával indokolták. Magyarország – többek között – a célzott támogatások egy jelentős részét elsősorban a nagy intézeti ellátás konzerválására használta fel.

A kitagolás történetiségét vizsgálva a különböző országok adottságaik következtében is más-más utat jártak be, míg nagy intézeteiket felszámolták. Általában megfigyelhető a centrális berendezkedéstől való elfordulás és a szolgáltatások decentralizálása. A kitagolás motorját nemzetközi szinten gyakorta nem a szakemberek adták vagy a politikai döntéshozók, hanem az érintett szülők, civil szervezetek. Nyugat-Európában ugyan a nagy intézetek még gyakorta a szociális háló részét képezik, azonban az alternatív lakhatási formák széles körben vannak jelen.

13. Nagy [et al.] 2017. - Long Term Care Insurance (AWBZ)

14. Kozma-Petri [2012]

Mit tartalmaz a komplex szemléletváltás? Miben nyilvánul meg?

A *totális intézmény* kifejezést Goffman alkotta meg az 1960-as évek elején, melyet résztvevő megfigyelőként helyszíni munka előzött meg: tulajdonképpen pszichiátriai klinikán élő személyek szociális környezetét vizsgálta. E vizsgálatok eredményeként alkotta meg a totális intézmény fogalmát, és sorolt ide olyan intézményeket, melyek ugyan céljaikban különbözőek, működésükben mégis egy hasonló, sajátos világot hoznak létre. Goffman a totális intézmények közé sorolja a teljesség igénye nélkül az idősek otthonát, a gyermekotthonokat, pszichiátriai intézeteket, börtönöket, fogolytáborokat, koncentrációs táborokat, laktanyákat, internátusokat, kolostorokat. Ezen totális intézmények közös jellemzője, hogy olyan szociálisan zárt közegek, ahol az élet összes eseménye egy téren belül zajlik. A hétköznapok normái érvényüket veszítik, a bekerülő személy identitását elvesztve azonos sors-társakkal végzi az előre megtervezett és bürokratikus szabályokkal irányított tevékenységet, melyet egy, az intézmény által meghatározott felsőbb cél fog össze. Az intézmény zártsága, a gyakorta magas falakkal körülvett épület a bent élő személyeket gyakorlatilag elzárja a külvilágtól, és a szociális kapcsolatok ápolását az intézmény falain kívül ellehetetleníti. A kinti világban az emberek élettere tágabb, a lakás, a munkahely és a szabadidő rendszerint fizikailag is elkülönül egymástól. A totális intézményekben minden egy téren zajlik. A sortársak csoportját olyan azonos szerepekbe kényszerített emberek alkotják, akik a kinti identitásukat az intézményi kényszer hatására maguk mögött hagyták. A totális intézményeknek ezeket a fizikai, pszichológiai és szociális aspektusát a hazai jogalkotás a gondnokság intézményével tovább erősíti. Az intézménybe bekerülő személy identitásának elvesztése egy jól szervezett intézményi folyamat része. Ebben a folyamatban mind az intézménybe került lakó, mind a dolgozó viselkedése előre meghatározott szabályok szerint alakul. A hierarchikus berendezkedésből és az üzemszerűségéből, valamint a társadalmon kívüliségből táplálkozó és általuk meghatározott

játszmák ezek. A lakók létszámához viszonyítottan minimális létszámban jelen levő dolgozókra nagy teher hárul. A lakók „érdekében” megkövetelt, a szükségleteik kielégítését célzó folyamatok az üzemszerűség miatt csak megfelelő tervezés mentén kivitelezhetők. Ebben a rendszerben a lakók autonómiája nem kívánatos, a folyamatok gördülékenységét veszélyeztető „akadályként” jelenik meg. A rendszer működtetéséhez szükségessé válik egy egységes, minden lakóra kiterjedő identitás kinevelése.¹⁵ Ebben a rendszerben a lakó saját érdeke, véleménye a legutolsók között szerepel.

A komplex szemléletváltás alapja a *normalizációs elv*.¹⁶ A normalizációs elv alapjaiban változtatja meg a fogyatékos emberek, pszichiátriai betegek mindennapjait, illetve intézményi ellátásuk kereteit. A normalizációs elv nyomán elinduló folyamatok új lehetőségeket teremtenek a fogyatékos személyek lakhatásában, újabb és újabb alternatív lakhatási formák alakultak és alakulnak napjainkban is. Ez az elv deklarálja azokat a jogokat, amihez minden embernek joga van, és a társadalom felelőssége ezeknek a jogoknak biztosítása azok számára, akik állapotuk miatt kiszolgáltatottak és ezeket maguk nem tudják megszerezni. A normalizációs elv ma értelmezhető a fogyatékos személyek társadalmi egyenlőségének elvéként, mely egy olyan világot szorgalmaz, ahol a fogyatékos személyek a társadalom részét képezik. Ezen elvek által indukált változás azonban nem volt gyors, hosszú évtizedekig tartott, mire Nyugat-Európában látható eredményei lettek. A normalizációs elv, mint fogalom az 50-es években jelent meg Dániában, rendszerének kidolgozására azonban jóval később kerül sor: Bengt Nirje 1969-ben publikálta először.

Az egyes területeket érdemes a nagy intézmények viszonylatában vizsgálni – melyek Európában és hazánkban is még jelentős számban jelen vannak –, hogy miben is hozott változást ez a szemlélet, és miért bír oly nagy jelen-

15. Goffman 1972

16. Ruzsics 2019. Link: http://www.jgygpk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/2_a_normalizcis_elv.html

tősséggel, különösen a kitagolás kapcsán. Az alábbiakban a normalizációs elv nyolc pontját tekintjük át röviden.

1. *Normális napi ritmus.* Az élet területei elkülönülnek egymástól, mint általában a társadalom minden tagjánál, azaz a munka, a lakhatás és a szabadidő eltöltése fizikálisan elkülönülő területeken valósuljon meg.
2. *Normális heti ritmus.* Az előző pontnál bemutatott okokra vezethető vissza ez a törekvés is, azonban itt a szociális tanulás jelentősége is kiemelkedő, hiszen a közösségbe járás elengedhetetlen feltétele a szocializáció folyamatának. Ez a fajta strukturáltság még napjainkban is csak az intézményben élő fogyatékos személyek kis hányada számára érhető el. Hétköznap: munka, tanulás és a hétvége: pihenés, feltöltődés, elmélyülés lehetőségének biztosítása.
3. *Normális éves ritmus.* Az éves ritmus tekintetében az évszakok változása és annak megtapasztalása kiemelt jelentőségű, de a nyaralásnak, illetve a feltöltődés lehetőségének is kiemelt szerepet kell kapnia fogyatékos személyek életében. Az ünnepek, a születésnap megünneplése is az életük része kell legyen.
4. *Normális tapasztalatok az egyes életszakaszokról.* Az életrajz tekintetében a különböző intézmények szerepe kiemelt, aminek a fogyatékos személyek felnőtté válásában is meg kell jelennie, azaz a különböző intézmények és a hozzájuk kapcsolódó tevékenységek váltják egymást, gondolva itt elsősorban az óvodára, iskolára, munkára. Ez a fajta strukturáltság az intézetbe került fogyatékos személyeknél, de sokszor a családokban nevelkedő fogyatékosoknál úgyszintén még napjainkban is hiányzik, különösen a súlyos-halmozott fogyatékos személyeknél. A felnőtté válás szerves részét kell képezze, hogy a fogyatékos fiatal elszakadva családjától önálló életet kezd saját otthonában. Még az értelmi fogyatékos fiatal is.
5. *Normális tisztelet.* Egy másik személy tiszteletben tartásának alapja, hogy kéréseit, igényeit, amennyire csak lehetséges, az élet minden területén

figyelembe vesszük. Így a lakóotthonban a beköltöző életterének kialakításába, vagy a szabadidős programok tervezésébe is bevonjuk az adott személyt. Különösen az élettér kialakításánál fontos a saját tulajdon megemlítése, mely a nagy bentlakásos intézeteknél hosszú évtizedekig nem volt jellemző. A privát szféra pedig ma is nagyon gyakran teljesen hiányzik az intézetekben élők mindennapjaiból.

6. *Normális lehetőség a heteroszexuálisok világába való beilleszkedésre.* Az intézményekben a férfiak és nők elkülönülten éltek, párkapcsolatra, házasságra, közös jövőre teljesen esélytelenül.
7. *Normális életszínvonal.* Tömegszállás helyett egy- vagy kétágyas szobákban való elhelyezés, intim szférához való lehetőség, saját bútorok, saját ruhák, saját személyi tárgyak használata. A jövedelem egy részének önálló beosztása.
8. *Normális környezeti feltételek.* Az intézmények ne legyenek a településektől távol, hanem bent a településen, és a méretük akkora legyen, hogy a település lakói be tudják fogadni őket. A lakók beépülhessenek a település közösségének életébe és azok részesei lehessenek.

A komplex szemléletváltás ezt tartalmazza. A hatalom és a fenntartó érdekei helyett a lakó érdekeit helyezi középpontba, és biztosítja neki azokat a körülményeket és jogokat, amiket a fentebb ismertetett normalizációs elv mond ki.

A szociális ellátó rendszerben milyen változásoknak kell megelőznie a kiváltási folyamatot?

Az európai példák a kiváltást alulról jövő kezdeményezésként mutatják be. *A társadalom, a szülők és családtagok által létrehozott civil szervezetek voltak és jelenleg is ők a változás motorjai, véghezvivői.* Ők tárták fel és tették nyilvánossá a totális intézmények emberhez nem méltó körülményeit, bánásmódját, ellátását. Ezen szervezetek küzdelmei, harcai eredményeként született meg a normalizációs elvre épülő új struktúra, nyomást gyakorolva a kormányok-

ra, hogy változások történjenek. A szervezetek kidolgozták a módszereket, kezükbe vették a megvalósítást, és végig vitték a folyamatokat.

Jelenleg Kelet-Európában – Magyarországon is – a civil szervezetek ereje és hatékonysága kisebb, mint Nyugat-Európában. Növekedésük, erősödésük és biztos működésük tere sokkal szűkebb, így részvételük a kiváltás folyamatában is töredékes tud lenni, pedig hatalmas szellemi tudás van náluk felhalmozva. Motorjai és megvalósítói lehetnének a kiváltásnak. Jelenlegi szerepük, a fogyatékos emberek és a pszichiátriai betegek érdekvédelmi ellátó civil szervezeteknek, hogy partnerségi megállapodást kötöttek az Emberi Erőforrások Minisztériumával a Kiváltási koncepció felülvizsgálatának folyamata részeként, véleményük becsatornázása érdekében. 2018. november 21-én hat fogyatékos embereket képviselő országos érdekvédelmi szervezet írta alá a partnerségi megállapodást: Autisták Országos Szövetsége (AOSZ), az Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége (ÉFOÉSZ), a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége (MVGYOSZ), a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ), a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ), valamint a Siketvakok Országos Egyesülete (SVOE). Jelenleg véleményező és javaslati szerepben vannak. Valamint egy nonprofit szervezet, az IRMAK Nonprofit KFT megvalósítója lehet saját két nagy intézménye kiváltásának. Ők évekkkel ezelőtt a megyei önkormányzattól vették át a nagy intézmények fenntartását. A magyar civil szervezetek (többségében szülői szervezetek) a 90-es évek óta folyamatosan hoznak létre az országban kis létszámú otthonokat, több mint 100 lakóotthon vagy támogatott lakhatás fenntartását viszik igen magas szintű szakmai vezetéssel, korszerű módszertani eszközökkel. Az ő cselekvő részvételük, szakmai irányításuk, személyes elköteleződésük és hitük a változásban nélkülözhetetlen ebben a folyamatban.

Ezen a ponton szót kell ejteni a társadalom szerepéről is. Európában a társadalom a civil szervezetek mellé állt, és a média támogatta és segítette a szemléletváltást. A szülők és civil szervezetek a társadalmat bevonva valósított

ták meg céljaikat, az ő adományaik és kétkezi önkéntes munkájuk mai napig részei az új rendszer működésének. Ezzel szemben nálunk, Magyarországon a társadalom érzékenyítése alig kíséri a folyamatot: nem egy kiváltásban lévő intézmény településén kellett ellentünetőkkel szembenézni, akik nem akarták a lakókat a falujukba. A társadalom tagjainak önkéntes munkáját, adományait, segítségüket a folyamat részévé kellene tenni, ellenkező esetben a kiváltás egy főntről jött utasításként zajlik, ami magában hordozza, hogy nem az fog megszületni, amire az ellátottaknak szükségük lenne.

Másik nagyon fontos terület az alapszolgáltatási rendszer kiépültsége illetve hiánya. Európában a lakhatás és napközbeni szolgáltatások igénybevétele szétvált a normális napi életritmus alapján, és a kis lakóközösségek létrejöttével párhuzamosan épültek ki országszerte a napközbeni szolgáltatások. A létrejött kis közösségek nem mini intézmények lettek, hanem a kiköltöző lakók rögtön beléptek a település életébe. A létrehozott napközbeni szolgáltatások, foglalkoztatók nem csak a kiváltásban lévő intézmények lakóinak, hanem a településen élőknek is biztosította ugyanazt a szolgáltatást. A szolgáltatások komplexitása figyelhető meg mindenütt. Ezek hiányában a kiváltás nehezen valósítható meg.

Mit vár Brüsszel a kiváltás terén az Európa Unió országaitól? Mit vár Magyarországtól?

A totális intézményi rendszer lebontását, személyközpontú, lakóközpontú otthonok és szolgáltatások létrehozását, a közösség alapú gondozás kialakítását az intézményi gondozás helyett. A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény 3., 4., 9., 19., 28. cikkelyének betartását, amit, mint uniós tagállam még 2006-ban ratifikált és fogadott el Magyarország.¹⁷ *A jogszabályi és a stratégiai dokumentum szintű elköteleződés a magyar kormány részéről megvan.* A kormány 2011. július 21-én elfogadta a fogyatékos sze-

17. 2007. évi XCII. törvény

mélyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozatot. 2013. január 1-től törvényi szintű szabályozás, hogy új ápoló-gondozó célú férőhely létrehozása fogyatékos, pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg emberek számára csak támogatott lakhatási formában lehetséges. Az irány jó, a megvalósításban vannak gondok. Brüsszel ragaszkodik ahhoz, hogy az ország az Európai Unióból erre a célra érkező támogatásokat erre fordítsa.

A kiírt pályázatokat röviden áttekintve vegyük sorra ennek részleteit:

Az első kiváltást célzó Európai Unió támogatás (TIOP 3.4.)¹⁸ célja az alábbi volt:

A fogyatékos személyek és a pszichiátriai és szenvedélybeteg személyek számára ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos szociális intézményi férőhelyek kiváltása a lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó, széles szolgáltatási kínálattal rendelkező, az öngondoskodásra való képességre épülő és az azt fejlesztő szolgáltatási rendszer irányába történő elmozdulással. Ezen belül az 50 férőhelynél nagyobb nagy létszámú, bentlakásos intézmények kiváltása lakókörnyezetbe integrált elhelyezést nyújtó lakhatási szolgáltatás és a hozzá kapcsolódó szolgáltatási rendszer formájában.

- társadalmi integrációt célzó ellátási forma és szolgáltatás kialakítása a tartós támogatást igénylő fogyatékos személyek, pszichiátriai-, szenvedélybetegek számára
- kiváltás eredményeként létrejövő új lakhatási formákba beköltöző és komplex szolgáltatásokat igénybe vevő ellátottak és a velük foglalkozó szakemberek felkészítése az új körülményekre.
- a pályázat megvalósításához fontos a lakókörnyezet érzékenyítése, a társadalmi integrációhoz a település lakosainak megfelelő felkészítése elengedhetetlen.

18. TIOP-3.4.1.A-11/1. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/doc/3342#>

- a kiváltással létrejövő szolgáltatásokkal a célcsoport önálló életvitelének támogatása.
- Az intézmény kiváltásával létrejött lakhatási formák: lakás, lakóotthon, különösen indokolt esetben lakócentrum az akadálymentesítés szabályainak figyelembe vételével. Lakócentrum esetében feltétel a lakás típusú szerkezetből álló épület/ek együttese.
- az ellátottak esetleges munkahelyi környezetét elkülönülten – különböző helyrajzi számon – szükséges elhelyezni a lakhatás és a napközbeni szolgáltatás biztosításától.
- az új lakhatási szolgáltatások kialakításánál az ellátottak igényeit és szükségleteit kell alapul venni. Pszichiátriai, szenvedélybeteg célcsoport esetében a terápiás közösség alapelveire épülő szakmai munkát támogató építészeti környezet megteremtése.

A kormány az erre szánt támogatást osztott pályázatok formájában írta ki. A TIOP-3.4.1.B-11/1 Bentlakásos intézmények kiváltása – gyermekvédelmi komponens és TIOP – 3.4.2.A-11/1 Bentlakásos intézmények kiváltása és a TIOP-3.4.2-11/1 Bentlakásos intézmények korszerűsítése pályázati felhívások egy időben jelentek meg, hogy a pályázók eldönthessék, hogy az egyes intézmények esetében melyik pályázatot választják.

A támogatás összegéből 6 intézmény kiváltása történt meg, 697 lakó került kiváltásra. A többi támogatás a kiváltás helyett a meglévő nagy intézmények korszerűsítésére ment el. A támogatások átcsoportosítását a nagy intézmények korszerűsítésére Brüsszel kijátszásnak tekintette. Ennek eredményeképpen az ország a kiváltásra szánt brüsszeli forrásokat sokkal szigorúbb intézkedések és előírások mellett pályázhatta meg, minden szabadságot, ami az első pályázatnál rendelkezésre állt, elvesztett. Aminek megértése azért is nehéz, mivel a pályázatok a kiírás előtt jóváhagyásra kerültek Brüsszelben, és akkor nem tették szóvá, hogy a támogatásokból nagy intézmények korszerűsítése is meg fog történni.

A 2017-ben kiírt (EFOP 2.2.2. és VEKOP 6.3.2)¹⁹ új kiváltást támogató Európai Unió pályázat keretei nagyon szigorúvá váltak, és emiatt az eredeti komplexitás, ami a kiváltást övezte szerte Európában, eltűnt.

A kiírás szerint a projekt célja a fogyatékosággal élő, pszichiátriai beteg, továbbá szenvedélybeteg személyek számára ápolást-gondozást nyújtó, a célcsoportok vonatkozásában engedélyesenként 50 főnél nagyobb intézményi ellátási forma teljes körű kiváltása, és a lakók igényeire reflektáló, magas minőségű, hozzáférhető közösségi alapú ellátási formák kialakítása. Az intézményi kiváltással létrehozható lakhatási szolgáltatások:

- legfeljebb hat fő számára kialakított lakás vagy ház, vagy
- hét-tizenkét fő számára kialakított lakás vagy ház.

A megkötések a források kizárólagos cél szerinti felhasználását célozták, annak ellenőrizhetőségét, ugyanakkor a szakmai szempontok, a lakók szükségleteit figyelembe vevő lehetőségek, a lakócentrumi elhelyezést igénylők speciális szükségleteinek ebben a formában való biztosítása, sok komplex megoldási lehetőség nem kapott teret a pályázat merevsége miatt. Ez hatalmas problémát okoz a pályázati megvalósítóknak, és késlelteti a projekt megvalósítását és a kiváltás továbbvitelét. Valamint – egy civil szervezetet kivéve – a megvalósítást az összes állami intézmény közös fenntartója, az SZGYF végzi. A szervezet hatalmas mérete és a közbeszerzési törvény alapján az összes intézmény beruházási költségeinek összedadása miatt a megvalósítás nagyon nehézkes, lassú, számos akadályba ütközik, és minden csak egységes formában történhet. A kiváltás komplexitását a rendszerbe visszahozni csak hazai források, kormányzati források bevonásával lehetne, amelyek finanszíroznák a Brüsszel által jelenleg nem támogatott formákat, és a folyamat a társadalom tagjainak támogatásával, a civil szervezetek irányítási és megvalósítási szintű bevonásával válna teljessé.

19. EFOP-2.2.2. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-222-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolgltatsokra-val-ttrs-fejlesztse#>

Összefoglalás: a komplex szemléletváltás sokkal több, mint a kiváltás

A fogyatékoságügyi szakma számára evidencia, hogy az elmúlt évtizedben Európában paradigmaváltás ment végbe a fogyatékosággal élő emberekkel kapcsolatos szemléletmód, sőt, a fogyatékoság mibenléte tekintetében. *E folyamat leginkább a medikális és intézményi gondoskodás szemlélet felől az emberi jogi, közösségi, társadalmi megközelítés felé történő elmozdulásban foglatható össze.* Míg előbbi alapvetően az érintett személy testi, biológiai (orvosi értelemben vett) károsodására, hiányzó képességeire helyezte a hangsúlyt, és a legfőbb teendőt ezek reparálásában látta, addig az utóbbi a fogyatékosággal élő személy aktív és önálló, másokkal azonos alapon történő társadalmi részvételét, szuverén közösségi szerepvállalását helyezi középpontba. *E szemléletváltásból adódóan a modern fogyatékoságügy a fogyatékosággal élő embert nem a többségi társadalom jótékonykodására szoruló személynek tekinti, hanem a társadalom egyenrangú és egyenértékű tagjaként jogok birtokosának, aki mindenekelőtt abban számíthat a nem fogyatékosággal élő személyek segítségére, hogy életét a lehető legnagyobb – általa igényelt – önállósággal élhesse.* E paradigmaváltás egyik legfontosabb következménye a nagylétszámú bentlakásos intézményi ellátásról a közösségi életvitelt támogató szolgáltatásokra való áttérés folyamatának elindulása. A szakmai dokumentumokon túl mindez nyomon követhető a hazai és nemzetközi jogszabályok, illetve szakpolitikai stratégiák alakulásában is.

Hazánk 2006-ban – a világon az elsők között – ratifikálta a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezményt, amelyet az Országgyűlés a 2007. évi XCII. törvénnyel hirdetett ki. Az Egyezmény 19. cikke (Önálló életvitel és a közösségbe való befogadás) rögzíti a fogyatékosággal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez, valamint azt, hogy a részes államok minden szükséges intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékosággal élő személyeknek, másokkal azonos alapon, lehetőségük legyen lakóhelyük és annak megválasztására, hogy hol és kivel

élnék együtt, és ne legyenek kötelezhetőek bizonyos, meghatározott körülmények között élni. Ugyancsak feladatul szabja, hogy a mindenki számára nyújtott közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek legyenek a fogyatékossgal élő személyek számára is. A 28. cikk 2. pontja mindemellett kimondja, hogy a részes államok biztosítják a fogyatékossgal élő személyek állami lakhatási programokhoz való hozzáférését. Az önálló közösségi életet, önrendelkezést támogató szolgáltatások fejlesztése tekintetében hasonló jelentőségű az Egyezmény 12. cikke, amely kimondja a fogyatékossgal élő emberek törvény előtti egyenlőségét, hangsúlyt fektetve az érintett személy akaratának, választásának, személyes döntéseinek figyelembe vételére, különös tekintettel a cselekvőképesség gyakorlásához szükséges esetleges segítségre, a támogatott döntéshozatalra.

Magyarország rálépett erre az útra, és a kormányzati szándék az, hogy végigmegy az úton, végigviszi a kiváltás folyamatát. Ugyanakkor elmúlt tíz év tapasztalatából látható, hogy az önállóan, egy civil szervezetet kivéve, csak állami irányítással történő megvalósítás torzult eredményeket és nem megfelelő megvalósulást hoz. A szemléletváltás lényege pont ez, a hatalom és a fenntartó érdekei helyett a lakó érdekeit helyezi középpontba, és biztosítja neki azokat a körülményeket és jogokat, amiket a normalizációs elv mond ki. *Ez pedig csak akkor valósulhat meg teljességében, ha az érintettek és családjaik, közösségeik közvetlenül részt vehetnek benne, a megvalósításban az egyházak és civil szervezetek lesznek többségben és a motorjai, és felelősei lesznek annak, ami születik.*

Felhasznált irodalom

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>
- Aselmeier, Lurenz (2008): Community care und Menschen mit geistiger Behinderung. Wiesbaden, VS Verlag.
- EFOP-2.2.2. Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való

- áttérés fejlesztése - intézményi férőhely kiváltás Link: <https://www.palyazat.gov.hu/efop-222-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolglatsok-ra-val-ttrs-fejlesztse#>
- Goffman: Asyl (1972): Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Grunwald, Karl (2002): Der Abbau der Anstalten für Behinderte in Schweden. In: Geistiger Behinderung 41. évf. 3. sz. p. 243-254
- Károli Gáspár (ford.) (2017): Szent Biblia azaz Istennek Ó és Új Testamentóiban foglaltatott egész Szent Írás. Budapest : Kálvin.
- Kozma Ágnes – Petri Gábor [2012]: A kirekesztés térképe : európai áttekintő vizsgálat a pszichiátriai intézményi és közösségi ellátásokról : magyar nyelvű összefoglaló. Brüsszel, OSI ; MHE. Link: <https://tasz.hu/files/tasz/imce/mappingexclusion-hungarian.pdf>
- Mot, Esther (2010): The Dutch system of long-term care. Hague, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. Link: <http://www.ceps.eu/book/dutch-system-long-term-care>
- Nagy Éva [et al.] (2017): Nemzetközi szakirodalmak feltérképezése a TL protokoll és szolgáltatásszervezés kérdéseiről : nemzetközi helyzetfeltáró tanulmány : „TÁRS – Szociális intézményi férőhely kiváltási szakmai koordinációs műhely kialakítása” című -EFOP-1.9.1-VE-KOP-15-2016-00001 azonosítószámú- kiemelt projekt keretében a TL protokoll és szolgáltatásgyűű készítéséhez készült nemzetközi háttér elemzés anyaga. Budapest, FSZK. Link: <https://nfszk.hu/projektek/tars-projekt-efop-1-9-1>
- Ratzka, Adolf (2003): Die schwedische Assistentenreform von 1994 : Vortrag anlässlich der Eröffnung des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen. In: Magdeburg 21. 2. Link: <https://www.independent-living.org/docs6/ratzka200302.html>
- Rohrman, Eckhard (2012): Leben im Heim. In: Beck, Iris – Greving, Heinrich (Hg.): Lebenslage und Lebensbewältigung, Behinderung,

Bildung, Partizipation : Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5., Stuttgart, Kohlhammer, p. 277-281

Ruzsics Ilona [2019]: A kitagolás folyamatai Európában és Magyarországon : [elektronikus dokumentum]. Szeged, SZTE. Link: http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/1_a_felntt_rtelmi_fogyatkos_szemlyek_intzmnyes_elltsnak_trtnete.html

TIOP-3.4.1.A-11/1 Bentlakásos intézmények kiváltása „A” Szociális intézmények komponense. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/doc/3342#>

VEKOP-6.3.2-17 Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése. Link: <https://www.palyazat.gov.hu/vekop-632-17-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolgltatsokra-val-ttrs-fejlesztse-intzmnyi-frhely-kivlts-1>

Sándor Anikó – Bódy Éva –
Cserti-Szauer Csilla – Katona Vanda

A teljes társadalmi részvétel és az önrendelkező élet támogatása

A lakhatási és egyéb közösségi alapú
szolgáltatásokban rejlő potenciálról

Absztrakt

Tanulmányunkban a fogyatékoságtudomány (Disability Studies) elméleti keretére építve, elemezzük a legfontosabb alapfogalmakat, amelyek a társadalmi részvétel és az önrendelkező életvitel témájához szorosan kapcsolhatóak. Bemutatjuk azt a jogszabályi és szakpolitikai környezetet, amely az intézeti kultúra lebontását és a támogatott lakhatás szolgáltatás létrehozását célozza. Említünk továbbá néhány olyan jogintézményt és közösségi alapú szolgáltatást, amelyek a fogyatékos emberek mozgalmi szerint kulcsot adnak a kezünkbe az önrendelkező élet megvalósításához: a támogatott döntéshozatal, a személyi asszisztenciát és az ezekhez kapcsolódó munkaerő-piaci szolgáltatásokat.

1. Egyenlő részvételt és önrendelkező életvitelt támogató alternatívák – bevezető gondolatok

Az intézeti kultúra lebontása, helyette a közösségi lakhatási alternatívák és komplex támogató szolgáltatások hozzáférhetővé tétele a fogyatékos emberek számára az elmúlt évtizedek szakpolitikáinak legnagyobb kihívása világszerte.

A *deinstitutionalizáció*, vagy intézményi férőhelyek kiváltása¹ egyes országokban, például a skandináv államokban, az Egyesült Államokban, Kanadában, az Egyesült Királyságban és Ausztráliában gyors ütemben

1. A kifejezést korábban Lányiné Engelmayer Ágnes fordítása nyomán, kitagolásként (Zászkaliczky 1998), majd Kőnczei György értelmezése nyomán intézménytelenítésként fordította a magyar szakirodalom (Andráczki-Tóth et al, 2011; Bugarszki 2011). Utóbbi kifejezés célja volt annak érzékeltetése, hogy a lakók kihelyezésénél többre van szükség: az intézeti kultúrát kell lebontani, ami a munkatársak megfelelő felkészítésének hiányában kislétszámú lakhatási közegekben is tovább élhet. A fogalom történetét Kőnczei elemzi *Adalékok a fogyatékoság történetéhez és antropológiájához* c. tanulmányában (Kőnczei 2004).

haladt előre és napjainkban leginkább a különféle közösségi alapú szolgáltatások minősége és elérhetősége kérdés. Más országokban, ahol az intézeti kultúra nem volt erős és a fogyatékos emberek mindig is a családjaikban éltek, direkt módon a szolgáltatások fejlesztése került a fókuszba.²

Közép- és Kelet- Európa országaiban, így Magyarországon, még az ezredfordulót követő évtizedben is meghatározó volt az intézeti kultúra és ellátási forma, amely számos nemzetközi dokumentummal, kutatások eredményeivel és a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezetei által képviselt preferenciákkal áll éles ellentétben.³

Schalock és munkatársai a kétezres évek elején egyértelművé tették, hogy az intézeti kultúra rendszerszintű lebontásához, a *fogyatékos személyek életminőségét javító alternatívák térnyeréséhez* társadalmi szintű együttműködés, valamint szakpolitikai és fogyatékosügyi reformok szükségesek.⁴

Mégis hosszú évek telnek el a fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény (továbbiakban Egyezmény) megszületéséig, mely dokumentum és különösen annak 19. cikke kimondja, hogy mindenkinek joga van eldönteni, hogy kivel és hol él.⁵ Az egyezmény ezt követően erőteljesen hozzájárul(t) a változások rendszerszintűvé válásához Európa-szerte, a posztszocialista államokban és Magyarországon is.⁶

Az intézeti kultúrából kilépő emberek, valamint a családban élő fogyatékos személyek számára hozzáférhető lakhatási alternatívák és komplex támogató szolgáltatások hálózatának minőségi és mennyiségi megerősítése napjainkban is zajlik, komoly szakmai vitákat generálva.⁷

2. Mansell 2006; Mansell et al. 2010

3. Kopasz et al 2016

4. Értelmi Fogyatékoságok és Fejlődési Zavarok Nemzetközi Tudományos Társasága 2017. A dokumentum eredetije 2002-ben jelent meg: Schalock 2002

5. 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

6. Mladenov & Petri 2019

7. Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttéréssel foglalkozó európai szakértői csoport 2012; Kozma et al 2016; Mladenov & Petri 2019

Az intézeti kultúra lebontása, a lakhatási és egyéb szolgáltatási alternatívák fejlesztése, a szűken vett szolgáltatás-szervezési kontextusból kiemelve, alapvetően emberi jogi kérdés. Arról szól, hogy a fogyatékos emberek hogyan tudnak közösségeik egyenlő jogú tagjaiként önrendelkező életet élni és aktívan részt venni a társadalmak mindennapi gyakorlatában.⁸

Az *Ügyet* új fogalmak keretezik: az önrendelkező élet, az empowerment, a támogatott döntéshozatal, az egyenlő esélyű hozzáférés és a co-production, co-creation koncepciók.⁹

Ennek az aktív részvételt támogató paradigmának és a Semmit rólunk nélkülünk! elv gyakorlatban történő megvalósításának, számos kollaboratív fejlesztés az eredménye. A felhasználó fogyatékos személyek saját életük szakértőiként irányítanak, hozzák meg az életüket érintő döntéseket, a szövetséges szakemberek támogatásával. Az ő személyes preferenciáik vezérlik a folyamatokat minden egyéb, például intézményi szempontot háttérbe szorítva.¹⁰

Ebben a tanulmányban a jelenleg hatályos jogszabályi és szakpolitikai környezetből kiindulva, olyan hazai fejlesztéseket mutatunk be, melyek támogatják a társadalmi részvételt és az önrendelkező életet. Az a célunk ezzel, hogy ösztönözzük a fogyatékos embereket támogató szövetséges szakembereket ilyen kollaboratív tevékenységekben való szerepvállalásra, dolgozzanak a szolgáltatási rendszer bármely részében is.

2. Alapfogalmaink

Előjáróban körülírjuk azokat az alapfogalmakat, amelyeket ebben a tanulmányban használunk a társadalmi részvétel és az önrendelkező élet témájának bemutatása során, hogy olvasóink számára érthető és értelmezhető legyen az általunk alkalmazott elméleti megközelítés. Az önrendelkezést és önálló

8. Petri & Kozma 2017; Bannister & Venkatapuram 2020

9. Könczei 2019; Gulya & Hoffman 2019; Maléth & Sándor 2019; Heiszer, Katona & Kunt 2019; Cserti-Szauer 2019

10. Walmsley & Johnson 2003; Salmon et al 2019; Sándor et al 2018

életvitelt, az empowermetet, az intézeti kultúrát és a személyi asszisztencia szolgáltatást fogyatékoságtudományi megközelítésben mutatjuk be.

Önrendelkezés és önálló életvitel – a hazai szakmai köztudatban a Berkeley városából, Kaliforniából elinduló Independent Living, azaz szó szerinti fordításban, Független Élet mozgalom, Önálló Életvitelként terjedt el.¹¹ A mozgalom és a kutatások az elmúlt évtizedekben egyaránt azt mutatták, hogy egyik kifejezés sem pontos. Sem az önállóság, sem a függetlenség nem jellemző teljes mértékben az emberekre. Bár a támogatott lakhatás hivatalos szakmai protokollja is használja ezeket a kifejezéseket, hangsúlyozza, hogy egymás támogatásától kölcsönösen függő lények vagyunk.¹² Abban különbözünk elsősorban, hogy ez a támogatási szükséglet milyen kiterjedésű, mértékű és mely területeket érint. Vannak olyan fogyatékos emberek, akik a saját életükkel kapcsolatban szinte semmiben nem tudnak másoktól függetlenül és önállóan cselekedni, azonban önrendelkezőek így is lehetnek. Az önrendelkezés azt jelenti, hogy a választás, a döntés az enyém, még abban az esetben is, ha a döntésem kivitelezésének minden egyes elemében másnak a tevéleges segítségét igénylem.¹³ Hangsúlyozzuk, hogy vannak helyzetek, amikor magában a döntés meghozatalában is van szükség a támogatásra, ezért a szolgáltatások, amiket ismertetünk, legjobban egymást kiegészítve értelmezhetőek.

Empowerment – bár közel 20 éve használja a hazai fogyatékoságtudomány a fogalmát a gyakorlatban, az empowerment magyar megfelelőjét még nem találta meg. A felerősítés, megerősítés, felhatalmazás mind kifejezik egy rétegét a koncepciónak, de nem ragadják meg a komplexitását. Az empowerment önrendelkezést, politikai erőt, többszintű sorstársi támogatást és képessé tételt is jelent. Nagyon erős erőforrásalapú megközelítést képvisel, amely feltétlen bizalmat helyez az egyénbe és kölcsönös folyamatként érté-

11. Kőnczei 2015

12. Schenk & Justin 2019

13. Sándor 2018

kel minden fejlődést.¹⁴ A szakemberek ennek következtében, nem képesek senkiből „kihozni a maximumot”, hanem kizárólag abban tudják támogatni a személyt, amiben ő maga azt szeretné, és úgy, hogy a folyamat minden elemében aktív partnerként jelenik meg.¹⁵ Mivel a fogyatékos személyek azonban nagyon gyakran, a társadalmi elnyomás és a sajátos szocializációjuk következtében nincsenek pontosan tisztában az értékükkel, képességeikkel és jogaikkal, az empowerment magában rejti ezeknek a tudatosítását is, ami felszabadító erejű lehet számukra. A szakpolitika, módszertan és szolgáltatásfejlesztés kapcsán említjük, hogy mindennek milyen gyakorlati következményei lehetnek a közös munka során. A fogyatékos személyek empowermenttje ugyanis nehezen értelmezhető az őt támogató szervezetek és közösségek empowering jellege nélkül.¹⁶

Intézeti kultúra – az intézeti, illetve az intézményi ellátás helyett az intézményi férőhelyek kiváltásának kontextusában kifejezőbb az intézeti kultúra definíciót használni. A fogalom az intézmény mérete és a létszámok helyett (amelyet csupán egyetlen indikátornak tart) a felhasználók emberi jogára, méltóságára és életminőségére helyezi a hangsúlyt, amelynek az önrendelkezés és a társadalmi inklúzió egy fontos fokmérője. Az intézeti kultúra ugyanúgy jelen lehet egy kis létszámú intézményi formában, leképezve kicsiben azt a struktúrát és szervezeti kultúrát, amely a tipikus nagyobb létszámú intézményekben jellemző. Ennek a legfontosabb ismérvei a szegregáció, az elszemélytelenítés, a szigorú, merev szabályok és rutin, a magánszféra és az egyéniség kibontakozásának alacsony szintű megvalósulása, hierarchikus szerepek a lakók és segítők között. Az ilyen típusú intézmények a passzív viselkedésre ösztönöznek (hospitalizáció), amelyben kevés teret kapnak az egyéni döntések és igények. Ebben a közegben ha-

14. Zimmerman 2000

15. Cserti-Szauer megjelenés alatt, Theunissen 2009; Sándor 2018

16. Rappaport 1986

gyományosan a paternalisztikus és medikális modell a domináns.¹⁷ Megfigyelhető, hogy az intézményi kultúra lebontása nem egy lineáris és egyszerű folyamat. Több fejlett országban, ahol korábban elindult vagy lezajlott a férőhelyek kiváltása, megjelent a visszaintézményesítés vagy átintézményesítés folyamata, ami azt jelenti, hogy újabb intézmények létesülnek vagy a rendszer felhasználóit egyik intézménytípusból átmozgatják egy másikba.¹⁸

Személyi asszisztencia szolgáltatás – A személyi asszisztencia szolgáltatás, amelyben a fogyatékos személy aktív, munkáltatói szerepben jelenik meg, aki saját maga alkalmazza az önrendelkező életét támogató személyeket. A személyi asszisztencia szolgáltatásának kifejezett célja, hogy a fogyatékos emberek kezébe kerüljön a saját életük feletti rendelkezés joga. Amennyiben a fogyatékos személy nem passzív ellátottja, hanem aktív munkáltatója a segítőjének (aki nem a családtagja), lehetőség van arra, hogy ő kontrollálja az életét, még abban az esetben is, ha fizikailag egyetlen tevékenységet sem tud önállóan kivitelezni.¹⁹

Ahhoz, hogy ez a munkáltatói szerep meg tudjon valósulni, fontos, hogy senki se álljon gondnokság alatt (ami Magyarországon gyakori intellektuális és pszichoszociális fogyatékoság esetén), vagyis a jogi cselekvőképességét ne korlátozzák. Emellett célszerű a személyes büdzsé intézményével párhuzamosan működtetni, ami kontrollt ad a felhasználónak abban, hogy kit, mikor, hogyan alkalmaz. A jó személyi asszisztens az adott személyt az aktív életben kíséri, támogatja és szoros, komplex emberi interakciót, kapcsolatot tart fenn vele, hiszen adott esetben akár a nap 24 órájában együtt van a munkáltatójával.²⁰ Alapértelmezett esetben a támogatott személy hozza meg a döntéseket, az asszisztens nem dönt a támogatott személy helyett, de ha szükség van rá, facilitálja a döntéshozatalt. Az asszisztens erre alapuló szemlélete és emberképe ebben fontosabb, mint az, hogy szakmai képesí-

17. European Commission 2009

18. bővebben I. Sándor et al 2019

19. Ratzka 1992

20. Shakespeare, Porter & Stöckl 2017

tésekkel rendelkezzen.²¹ Ez a szolgáltatás lehet a jövőben az egyik kulcsa annak, hogy támogatási szükséglettel élő személyek önrendelkező módon, a saját közösségükben élhessenek.²²

3. Az intézeti kultúrát felváltó lakhatási és egyéb közösségi szolgáltatási alternatívák, valamint a hiteles megvalósulást lehetővé tevő jogintézmény

Ebben a részben azt a jogszabályi és szakpolitikai környezetet mutatjuk be, amely az intézeti kultúra rendszerszintű lebontását, valamint támogatott lakhatás szolgáltatás létrehozását generálta a 2000-es évek első évtizedének a végén. Kitérünk ugyanakkor a támogatott döntéshozatal jogintézményére és azokra a közösségi alapú szolgáltatásokra is, amelyek nélkül nem értelmezhető a társadalmi részvétel és az önrendelkező élet, legyen szó bármely közösségi lakhatási alternatíváról.

3.1. A támogatott lakhatás szolgáltatási rendszer környezete

A szociális szolgáltatások/ellátások működtetésében az elmúlt évtizedekben többszörösen vált szükségessé a szolgáltatási rendszer megváltoztatása. A paternalisztikus gondoskodás attitűdjét a szolgáltatások fejlődése, az új szolgáltatások megjelenése, az igénybevevők szükségleteinek változásai, a társadalmi–gazdasági életben bekövetkező fordulatok felülírták, s a bentlakást nyújtó szolgáltatási formák kizárólagosságát megszüntették. Az átalakulás nem rendeződött egy koncepció mentén, s emiatt a szolgáltatások tartalma, s hatékonysága igen változó formát, elérhetőséget mutat.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény elfogadásakor a már korábban is létezett szolgáltatásokat nevesítette: a bentlakást nyújtó és nappali intézményeket. A jogszabály a bentlakást biztosító ellátások területén gyakorlatilag az 1950-es években kialakult állapotot rögzítette.

21. Sándor & Kunt 2020

22. Ratzka 2012

A jelenleg működő intézmények egy része – a fejlesztések ellenére – még mindig a megengedő gondozási-nevelési modell híve, elsősorban azért, mert ez a modell viszonylag „kényelmes” munkavégzést tesz lehetővé, szinte minden kérdésben a személyzet dönt – megenged, vagy nem enged meg valamit.

Ugyanakkor a pszichiátriai betegek nappali intézményén, valamint a fogyatékos személyek és pszichiátriai betegek lakóotthonán keresztül olyan szolgáltatások kerültek meghatározásra, amelyek egyértelműen a közösségi alapú szociális szolgáltatások közé tartoznak, és céljuk többek között az intézményi ellátás kiváltása, elkerülése.

A rehabilitációs intézményekben, ápoló-gondozó otthonokban folyó ellátás szakmai tartalmának átalakítása, a lakóotthoni ellátás feltételeinek megteremtése egy kis lépés volt a struktúra átalakításában, az ellátásoknak is magasabb színvonalúvá, *az igényekhez alkalmazkodóvá kell válniuk.*

A támogató szolgálatok létrejöttével a fogyatékos személyek esélyegyenlősége, önállósága megvalósulhatna. A célok egyeznek a jelen céljaival: az alapszolgáltatások és nappali ellátási formák differenciálása, a lakókörnyezetből történő kiemelés megakadályozása, a megszokott környezetben történő életvitel fenntartásának segítése.

A 2003. évtől megváltozott szolgáltatási struktúra akár jó alapja is lehetett volna a későbbi támogatott lakhatás komplex szolgáltatásnak. Hisz a hagyományos alapszolgáltatási formák (étkeztetés, házi segítségnyújtás, családsegítés) kiegészültek speciális feladatokkal, mint a jelzőrendszeres gondozás, támogató szolgálat a fogyatékos személyek körében, közösségi gondozás a pszichoszociális fogyatékos és addiktológiai problémával küzdő személyek körében, utcai szociális munka a hajléktalan emberek esetében.

Az új szolgáltatások létrejöttének célja az ellátást igénylő személy otthonában történő minél további segítése, illetve az egyén és szűkebb környezetének támogatása.²³ A közösségi ellátásban és támogató szolgálatban a

23. Andrászi et al 2011

különböző szociális segítségnyújtáson túl (étkeztetés, segéllyel kapcsolatos ügyintézés), a megkereső programok, az életviteli készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, az ellátott egészségügyi ellátással való kapcsolatának követése, kapcsolattartás más szolgáltatási intézménnyel (munkaügyi központ), reintegráció, illetve a környezetben való megtartás, a pszichoszociális tanácsadás, gyógypedagógiai fejlesztés jelenik meg.

A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátás eltér mind feladatában (szoros együttműködést kíván az egészségügyi ellátással), mind módszerében a hagyományos ellátási formák alkalmazásától.²⁴ A szolgáltatás célcsoportjába pedig nem csak az érintett személy, hanem közvetlen családjá is beletartozik.

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

A támogatott lakhatás a támogatási szükséglet intenzitásának a felmérésén alapul és annak változása során módosul. Ez az alapja annak, milyen szolgáltatási elemek kerülnek az igénybevevő kezébe.

A támogatott lakhatás nem a rendszer egyes elemeinek, hanem a teljes struktúrának a gyökeres átalakítását célozza. Ez a változás azonban – a teljes, szociálpolitikai ellátórendszert tekintve – egy nagyobb átalakítás hangsúlyos elemének tekinthető.

Magyarországon a közösségi alapú ellátásszervezés a 2000-es évek óta megjelent, az ehhez tartozó tudás és eszköztár megtalálható.

A támogatott lakhatás tehát egy nem működő ellátásszervezési környezetre épült, amiben az egyénhez rendeződik a szolgáltatás, miközben a többi, hagyományos ellátás az intézményi csomagokhoz rendeződik.

Jelenleg, bár vannak már az alapszolgáltatások terén szolgáltatási elemek, létezik szociális diagnózis is, de se szerkezetében, se rendszerszinten nem az egyén személyes támogatásához kapcsolódik, hanem az intézményekhez. A szolgáltatások egymás mellett és nem együttműködően nyújtanak támogatást adott igénylőknek.

24. Ács & Petri 2017; Bányai & Csabai 2017

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

A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek – kivéve a demens személyeket – és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően.

Az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja az egyén szükségére és igényére:

- a lakhatási szolgáltatást,
- szükséges szolgáltatási elemeket,
- a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételében való segítségnyújtást.

A fogyatékos, illetve pszichiátriai vagy szenvedélybetegséggel élő emberek ugyanolyan egyedi, önálló személyek, mint bármely ember, így a szükségleteik is különbözőek. Emiatt a szolgáltatásokat is a szükségleteik figyelembevételével kell nyújtani, olyan mértékű és típusú támogatásban kell részesülniük, amely hozzásegíti őket a helyi közösségbe, társadalomba történő integrációhoz, általánosan elfogadott életvitelhez. Így a támogatott lakhatás egyben támogatott életvitel is jelent.

A támogatott lakhatás bár a támogató szolgálat és a közösségi ellátások működésmódjára alapoz, a jelenlegi szabályozási környezetben, mégis előfutára csak a sokak által régóta kezdeményezett változásoknak.

3.2. A közösségi lakhatást megalapozó jogintézmény és az innovatív szolgáltatások

A támogatott lakhatás a közösségi alapú szolgáltatások egyik alapvető eleme, amely a gyakorlatban úgy járulhat hozzá leginkább az önrendelkező élet támogatásához, ha kiegészül egyéb jogintézményekkel és szolgáltatásokkal.

3.2.1. Támogatott lakhatás és támogatott döntéshozatal

Az Egyezmény gyökerének és alapjának tekinthető 12. cikk szerint a törvény előtti egyenlőség és az azonos jogok előfeltétele, hogy ne történjen meg a jogi cselekvőképesség korlátozása. A 19. cikk az önálló életvitel és közösségbe való befogadás megfogalmazásával a jogok megtestesülése, vagyis a gyümölcse az Egyezménynek, amelynek a megvalósulásához a többi cikkben megfogalmazott törekvések járulhatnak hozzá.²⁵ Ebből kiindulva a támogatott lakhatás akkor tud kiteljesülni, ha az igénybevevői a jogaikat is szabadon tudják gyakorolni.

Az Egyezmény figyelmet fordított a bevett gyakorlatként működő gondnokság alá helyezés alternatívájaként a támogatott döntéshozatal relevanciájára.²⁶ Bár 2014-ben a magyar jogrendszer beemelte a támogatott döntéshozatalt az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek körébe²⁷, a gondnoksági rendszer párhuzamosan megmaradt, ezért felmerül, hogy a bírósági gyakorlatokban ez mennyire vált valós megoldássá.²⁸

Több közelmúltban megvalósuló kutatás is rámutatott, hogy a jelenleg működő támogatott lakhatások gyakorlatát a nemzetközi irányelvekkel ellentétben hátráltatják a gondnoksági rendszer béklyói. Az önrendelkezés, a felnőttég és a cselekvőképesség megszokott, hagyományos értelmezései kirekesztő szakmai gyakorlatot eredményeznek, számos embert kizárnak.²⁹

Egy participatív kutatás kifejezetten a támogatott lakhatásban élő intellektuális fogyatékossgal élő személyek döntési lehetőségeire irányult, amelynek egyik fő következtetése, hogy bár a vizsgált támogatott lakhatás lakói a hétköznapi döntésekben kapnak teret, de mivel gondnokság alatt állnak, életüket meghatározó kérdésekben ezt nem tudják megtenni, és gyakran a gondnokokkal sincs egy kialakult bizalmi viszony.³⁰

25. Quinn 2013

26. Könczei 2019

27. 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről, IX. cím

28. Gulya & Hoffman 2019

29. Maléth & Sándor 2019

30. Vida, Iván & Kalányos 2019

A gondnoksági rendszer alapvető akadályait találta *Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig?* c. OTKA (111917K) projekt részeként szintén intellektuális fogyatékossgal élő személyek szülővé válásáról szóló kutatás, amely különböző lakhatási formákban tárta fel a gyermekvállalás segítő és hátráltató tényezőit. Strukturális szinten lakhatási formától függetlenül a gondnokság alatt álló személyek szülői jogai alapjaiban sérülnek, emellett jogilag a kutatás időpontjában még nem volt teljesen tisztázott, hogy egy támogatott lakhatásban, ami felnőttek számára biztosít elhelyezést lehet-e gyermeket nevelni.³¹

Ebben a kutatásban kirajzolódó tapasztalatokra épülve egy újabb OTKA (FK132513) „A nagykorúak cselekvőképességének korlátozása Magyarországon” c. kutatás elsősorban arra koncentrál, hogy hogyan működik ma hazánkban a cselekvőképesség szabályozása, a gondnokság és támogatott döntéshozatal jogintézményei, valamint, hogy ezek a szabályok mennyiben és milyen módon érvényesülnek a gyakorlatban.³² Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy a támogatott lakhatás és támogatott döntéshozatal nehezen képzelhető el egymás nélkül, ha az önrendelkezést és társadalmi részvételt támogató ellátórendszer a cél.³³

3.2.2. Személyi asszisztencia szolgáltatás és a jelentőségteljes tevékenységek támogatása

A személyi asszisztencia szolgáltatás egy olyan egyéni szükségletekre épülő rendszer, amely számos nyugat-európai és skandináv országban elérhető. Napjainkban már a kelet-közép-európai és balkáni régiókban is erősek a kezdeményezések a szolgáltatás bevezetésére, illetve vannak államok, amelyek már rendelkeznek is személyi asszisztencia törvénnyel (pl. legújabban

31. Katona & Szücs 2019

32. Gulya et al megjelenés alatt; Hoffman et al megjelenés alatt; Sándor & Katona megjelenés alatt)

33. A támogatott lakhatás szolgáltatást gyermek is igénybe veheti ellátottként és hozzátartozóként is. E tény önmagában a fejezet kérdésköreit nem rendez.

Szlovénia is). Az Önálló Életvitel Európai Hálózatában (ENIL) szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy ezekben az országokban nagyon hasonló nehézségekkel kell megküzdeniük a felhasználóknak, mint korábban a fejlett országok úttörőinek:³⁴

- érdekellentétek mutatkoznak a fogyatékosügy különböző képviselői között (pl. a szakemberek nehezen fogadják el, hogy a személyi asszisztencia magas színvonalú megvalósulásához elsősorban nem újfajta szakemberekre van szükség, hanem a fogyatékos személyeket kell képezni a szükségleteik pontos kifejezésére);
- a már kiépült, a fogyatékos személyt jellemzően passzív, ellátotti szerepbe helyező támogatási rendszerek mellett nehéz egy újszerű, felhasználók által irányított szolgáltatási modellt meghonosítani (vagy olyan támogatási formákat látnak el személyi asszisztencia címkével, amelyek otthonápolást jelentenek a valóságban);
- a személyi asszisztencia a személyes büdzsé rendszere mellett felel meg legjobban az önrendelkezés alapelveinek, és ennek bevezetése számos országban nehezített;
- a fogyatékosügyi szervezetek azzal érvelnek, hogy ez a szolgáltatás csak a fogyatékos személyek egy bizonyos köre számára alkalmas, holott legmagasabb támogatási szükséglet esetén is alkalmazható (akár a felhasználó bizalmát élvező szupervizor alkalmazásával, aki a szolgáltatás minőségét kontrollálhatja);
- erősek a szülőszervezetek, amelyek a maguk szerepét látják dominánsnak a személyi asszisztensekkel szemben, illetve sok esetben az otthonápolásra fókuszálnak a munkájukban;
- a fogyatékos személyek nem ismerik ezt a szolgáltatást, sőt, sok eset-

34. A szempontok a 2019-es és 2020-as nemzetközi ENIL találkozók közös formális és informális szakmai vitáin, interjúkon, beszélgetéseken alapulnak, amelyekben mi is részt vettünk. Ezeket a nehézségeket több publikáció is említi, illetve más szolgáltatásfejlesztési folyamatokban is van számos párhuzam, de ebben a formában Csángó Dániel és Sándor Anikó szintetizáló munkájának eredménye.

ben félnek bevezetésének következményeitől (pl. tartanak attól, hogy családjaik, barátaik megharagszanak, elfordulnak tőlük, ha egy „idegen” támogatja őket a mindennapjaikban), és így nehezen fognak össze és fogalmazzák meg követeléseiket.

Utóbbi két pont különösen fontos, mert megmutatja, hogy kiemelt figyelmet kell fordítani magukra az érintett személyekre a folyamat során: az ő jogtudatosságuk növelése és információk biztosítása szükséges annak érdekében, hogy tájékozott döntéseket hozhassanak. Empowerment folyamatok megerősítésére azért van szükség, mert ez a szolgáltatás minden esetben felhasználói kezdeményezésre, alulról építkezve indult, és első lépésben nem kormányzati intézkedések nyomán jött létre. Éppen emiatt, ebben leghatékonyabban maguk a fogyatékos személyek tudják támogatni egymást, például azáltal, hogy tapasztalattal rendelkező munkáltatóként számolnak be arról, hogy milyen előnyökkel és nehézségekkel jár az asszisztensek alkalmazása.

Azokban az országokban, amelyekben évtizedes gyakorlata van a személyi asszisztenciának, jól látható, hogy a hétköznapi életben nyújtott támogatás elválaszthatatlan a fogyatékos személyek foglalkoztatásának kérdésétől. Hiszen, aki segítséget kap abban, hogy reggel elkészüljön és elinduljon otthonról, nem szorul állami ellátásokra, és aktív szereplővé, ezáltal adófizetővé válhat a munkaerőpiacon. Ez természetesen igaz azokra a családtagokra is, akik addig gondozták otthon a fogyatékos személyt.

Fentiek miatt, a 2000-es évekre jellemző tendencia a munkahelyi személyi asszisztencia létrejötte, amely a hétköznapi élet részeként értelmezi a munkába való eljutáson túl a munkavégzéssel kapcsolatos támogatást is. Kutatások igazolták, hogy ahol ilyen típusú kiterjesztése is elérhető ennek a szolgáltatásnak, a fogyatékos személyek számos pozitív tapasztalatot szereznek: motiváltabbak a munkájuk elvégzésére, pozitívan értékelik a munkahelyi beilleszkedésüket, kompetensebbnek érzik magukat, könnyebben váltanak munkahelyet, ha szükséges, és a korábnál felelősségteljesebb

munkaköröket is be tudnak tölteni.³⁵ A munkahelyi személyi asszisztencia elsősorban nem azt jelenti, hogy az asszisztens a munkához kapcsolódó specifikus tevékenységet kivitelez a személy helyett, hanem abban segíti a munkavállalót, hogy megfelelő helyzetbe tudjon kerülni a különféle interakciók során, akár csak a szabadidejében. Így a fogyatékos személynek nem a munkatársaitól kell segítséget kérnie, ami terhekké válhat és szerepkonfliktust okozhat.³⁶

Több kutatás említi, hogy ez az új típusú szolgáltatás természetesen nehézségeket is rejthet magában, amivel a munkahelyeknek meg kell küzdeniük. A személyi asszisztensek például nem biztos, hogy ismerik az adott munkahely etikettjét, öltözködési és viselkedési szabályzatát. Bár a személyi asszisztensek munkájáért és biztonságáért (ahogyan a szolgáltatás felhasználójának biztonságáért is) alapvetően a fogyatékos személy felel, ez a munkához kapcsolódó jogszabályi és etikai keretrendszerben bizonytalanná válhat.³⁷

Az első eredmények arra engednek következtetni, hogy a személyi asszisztencia és munkahelyi személyi asszisztencia komplex szolgáltatási csomagként, hosszabb távon a fogyatékos személyek magasabb arányú és a képzettségükhez jobban illeszkedő foglalkoztatását tehetné lehetővé.³⁸

4. A támogatott lakhatási szolgáltatás az akadémiai és mozgalmi munka metszetében

A záró fejezetben két olyan fejlesztésről számolunk be, amelyek szervesen kapcsolódnak az eddig említett fejlődési irányokhoz. A Freekey csoport, a hazánkban korábban elkezdett mozgalmi munkát folytatva, fogyatékos személyek és nemfogyatékos szövetségesek kezdeményezéseként azon dolgozik, hogy a személyi asszisztencia szolgáltatás bevezetésre kerülhessen.

35. Holt et al 2006; Solovieva et al 2010

36. Ellison et al 2010

37. Misra et al 2010; Ellison et al 2010; Solovieva et al 2010

38. Solovieva et al 2010

A másik példa egy inkluzív egyetemi szeminárium, amely egy nemzetközi projektből nőtte ki magát, és azt tűzte ki célul, hogy kommunikációt alakítson ki a támogatott lakhatásban érdekelt felek között. Ez a partícipatív, co-produktív együttműködés jövőbeli szakmai hálózatok alapjául szolgálhat.

4.1. Freekey, a kulcs a szabadsághoz: kezdeményezés a személyi asszisztenciával kapcsolatos korábbi munka folytatására

A Freekey egy fogyatékos és nemfogyatékos emberekből álló csoport. Az alulról jövő kezdeményezés célja az önrendelkező élet támogatása. Ez azt jelenti, hogy saját életük irányítóiként dönthessenek a fogyatékos személyek a rájuk vonatkozó és nekik fontos kérdésekben: az alapvető szükségletek kielégítésétől a szociális életben való részvételükig, beleértve a jelentőségteljes tevékenységeket és munkát is. Tudományos és mozgalmi munkájában az ehhez szükséges szolgáltatásokat kívánja megszervezni és működtetni.

A szerveződésben a fogyatékos személyek aktívan részt vesznek a folyamatok irányításában, és a döntésekben vezető szerepet vállalnak. A szakmai és a tapasztalati tudás ugyanakkor egyenrangú, és együtt eredményez jó gyakorlatot. A fogyatékos emberekre fogyasztóként tekint, akik a megfelelő támogatással ugyanúgy képesek dolgozni és aktív állampolgárrá válni, mint nemfogyatékos társaik. A piaci szemléletet tükrözi az is, hogy nem csupán állami felelősségnek tekintik a fogyatékos emberek társadalmi beilleszkedését. Társadalmi vállalkozóként, céljuk a privát szektor szereplőinek bevonása is, akik a szolgáltatásaiknak köszönhetően minőségi munkaerőhöz jutnak.

Missziójuk, hogy támogassák a fogyatékos személyek önrendelkezését és emberhez méltó életét. Ennek első lépése a személyi asszisztencia létrehozása, mert mindaddig, amíg a potenciális munkavállaló nem tud az otthonában elkészülni és onnan kimozdulni, nem fog tudni részt venni foglalkozta-

tási programokban sem.³⁹ A személyi asszisztencia egy olyan szolgáltatás, amelynek keretében a fogyatékos emberek segítők tudnak alkalmazni, akik akár 24 órában is támogatják őket, a szükségletek kielégítésében, kommunikációban vagy bizonyos esetekben akár a döntéshozatalban is. A személyi asszisztencia által a fogyatékos emberek képesek az önrendelkezésük legmagasabb szintjét elérni, ezáltal tudnak a legszabadabban élni, miközben számos európai ország nem vagy nem kielégítően biztosítja számukra ezt az alapvető szolgáltatást.⁴⁰

Magyarország 2007-ben ratifikálta A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt, melynek 19. cikke az önálló életvitelről szól. Fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a magyar változat egy félreformot tartalmaz a cikk b) pontjában:

„a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a *személyes segítséget*, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges”

Összevetve a hivatalos szövegváltozatokkal, egyértelmű, hogy a „személyes segítség” helyén a személyi asszisztencia kifejezés szerepel. Hazánk tehát kötelezettséget vállalt arra vonatkozóan, hogy ezt kialakítsa, azonban a jelenleg elérhető támogató szolgáltatások egyértelműen nem felelnek meg elveikben és működésükben az egyezményben vállaltaknak. Továbbá egy hazai kutatás 2019-ben megmutatta, hogy még a meglévő, sok esetben diszfunkcionálisan működő szolgáltatásokat sem veszik igénybe azok, akiknek szükségük lehetne rá, részben azért, mert nem is tudnak róluk.⁴¹

39. A csoport előzményként tekint Zalabai Gábor, Zalabai Ágnes és szövetségeseik 90-es évekbeli munkájára, amelynek egyik jelentős eredménye a személyi segítői rendszer törvénybe kerülése volt, azonban egyetértés van az akkori és jelenlegi aktivisták között abban, hogy a törvénybe bekerült ellátási forma nem felel meg a személyi asszisztencia alapelveinek.

40. European Network on Independent Living 2015

41. Greskovics & Scharle 2019

A Freekey munkája ezért nemcsak szolgáltatásfejlesztési jelleggel bír, hanem közösségszervezői tevékenység is, amelynek fontos célja, hogy információt adjon a személyi asszisztenciáról, és növelje a potenciális jövőbeli felhasználók jogtudatosságát. Ehhez főként a közösségi média empowermentt erősítő hatásával él a csapat.⁴²

4.2. Egy inkluzív szeminárium tapasztalatai

A Path of Deinstitutionalization - Urgent Moves (továbbiakban PODIUM) projekt és az ezen belül megvalósuló tananyagfejlesztés az egyike a „Semmit rólunk nélkülünk” elvből kiinduló inkluzív felsőoktatási gyakorlatoknak, amelynek a bázisát képezi a fogyatékos (sággal élő) emberekkel és szakemberekkel való sokoldalú, innovatív együttműködés és a team-munka. A PODIUM projekt egy Erasmus+ KA2 stratégiai partnerség keretében hat szervezet és öt ország együttműködésével⁴³ 2015 szeptember és 2018 április között valósult meg.

A magyarországi konzorciumi tagok felsőoktatási lábát az Eötvös Loránd Tudományegyetem két kara képviselte. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar és Társadalomtudományi Kar közös képzésfejlesztése a jelenleg Magyarországon zajló intézeti kultúra lebontásának folyamatához kapcsolódik, és a támogatott lakhatási szolgáltatási hálózat megerősítését tűzte ki célul a szakemberképzés oldaláról.

A PODIUM projekt keretében zajlott fejlesztés során a potenciális kulcs-emberek érdeklődésének a felkeltése állt fókuszban, akiknek szerepe lehet majd a fogyatékos személyek életútjának tervezésében, menedzselésében.

42. https://www.youtube.com/watch?v=hKoF_PkD0DE,
<https://www.youtube.com/watch?v=wAbnBjY2zx4>

43. *Central Denmark Region* (Dánia) (felnttőkészési módszertani központ), *Asociația Alternativa Brincovenesti* (Románia) (megyei szintű fogyatékos felnőttek bentlakásos intézménye), *CUDV Draga* (Szlovénia) (a főváros közvetlen közelében található komplex lakócentrum), *MDRI-Serbia* (Szerbia) (országos érdekérvényesítő szervezet), *ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar és Társadalomtudományi Kar* (Magyarország) (felsőoktatási intézmény), valamint az *FSZK Nonprofit Kft.* (Magyarország) (konzorciumvezető)

A támogatott lakhatási szolgáltatások működtetésébe ugyanúgy bekapcsolódhatnak szociális munkások, mint gyógypedagógusok. Ezért a támogatott projekt keretében megvalósuló pilot képzés, a *Gyógypedagógia* alapképzési szakon és a *Szociális munka* alapszak hallgatói számára vált elérhetővé, a *Támogatott lakhatás elmélete és gyakorlata* című tanegység formájában. A tanegység szakmai tartalma és megvalósításának módja hozzájárul a Fogyatékosokkal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezményben megfogalmazott értékek megvalósulásához Magyarországon. Ennek érdekében és építve a nemzetközi konzorcium által kialakított core training program tapasztalataira az alábbi alapelvek, módszertani keretek szerint dolgoztak a fejlesztők:

- Gyakorlat-centrikus megközelítés – az elméleti alapok, kiegészítések elektronikus felületen való hozzáférhetősége a résztvevők számára; lakhatási döntések meghozatalára vonatkozó szakértelem középpontba állítása
- Inkluzív módszertant alkalmazása mind a pilotképzés, mind pedig a későbbi kurzusok során
- Projektmódszer és munka alkalmazása, amely eredményeként a közösségek számára hasznos eredmények születnek a hallgatók és oktatóik közös tevékenységéből
- Az együttműködés lehetőségének maximális kiaknázása érdekében közös tanegység indítása a két karon
- A klasszikus fogyatékosági területek és szakértelem mellett középpontba állították a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek szempontjait is.
- Többtanáros modell alkalmazása, különféle kooperatív technikák, csoportmunkák beépítése, amely a gyógypedagógus és egyéb szakemberek tevékenységének team-ben való együttműködésére is irányul

Az inkluzív szemináriumokon fogyatékos(sággal élő) személyek, akiknek nem hivatásuk az oktatás (participatív oktatók) és nemfogyatékos személyek, akik hivatásos oktatók közösen oktatnak felsőoktatási közegben: a tervezéstől kezdve a kivitelezésen át az értékelésig a teljes folyamatban együtt vesznek részt. Ez a módszer adaptálásra került ebben a tananyag-

fejlesztésben is, és a nemzetközi partnerek körében is érdeklődést keltett a megközelítés. Az első kurzus három participatív oktatótárs, négy – civil területről érkező –szakértő és tizenegy, az ELTE gyógypedagógiai vagy társadalomtudományi karán dolgozó kolléga bevonásával és 31 hallgató részvételével valósult meg.

Az inkluzív szemináriumi módszertan alkalmazása a gyógypedagógus képzés alapozó szakaszában rendkívül fontos lehet, különös tekintettel azokra a kurzusokra, amelyek keretében a fogyatékos személyek számára nyújtott szolgáltatások, fejlesztések bemutatása történik. A hallgatók az inkluzív módszertant alkalmazó szemináriumok keretében (in vitro) módon tudják megtapasztalni a fogyatékos személyekkel való interakció partneri típusú voltát, csakúgy, mint a szemináriumvezetőkkel folytatott szakmai beszélgetések során.⁴⁴

A képzésfejlesztés mind tartalmában, mind módszertanában mindvégig törekedett a kiváltáshoz kapcsolódó érvényes szakpolitikai tartalmak képzésbe való becsatornázására. A kurzus során a hallgatók csoportokat alkotva dolgoztak fel témákat az intézményi férőhely kiváltás témájának teljes vertikumból, amely projektek bemutatására a kurzust lezáró projekt-ünnep keretében került sor. A hallgatói csoportok által életre hívott projektek mindegyikében szorosan együttműködtek participatív szakértőkkel és gyakorlatközelí, problémacentrikus módon közelítettek a témákhoz.⁴⁵

A PODIUM projekt eredményeként, a Támogatott lakhatás elmélete és gyakorlata inkluzív szeminárium beépült az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar alapképzésébe.

5. Összegzés és kitekintés

A fogyatékos(sággal élő) emberek önrendelkezését támogató közösségi alapú lakhatás és egyéb szolgáltatások kialakítása számos kihívással jár, és

44. Katona et al 2018

45. Losoncz et al 2018; Sándor et al 2018

Magyarország is rálépett arra az útra, hogy *A fogyatékos(sággal élő személyek jogairól szóló egyezmény* elveit és értékeit szem előtt tartva megvalósuljon a korábban eltérő hagyományokat követő rendszer megváltoztatása.

Tanulmányunkban igyekeztünk olyan előremutató példákat bemutatni, amelyek hozzájárulnak a fogyatékos(sággal élő személyek önrendelkezéséhez és az aktív társadalmi részvételük térnyeréséhez.

Ebből kiindulva igyekszünk megfogalmazni néhány szempontot, amely tovább támogathatja a közösségi alapú lakhatásra való áttérés stabilitását.

Ahogy a tanulmányban is több ponton jeleztük a lakhatási kérdést csak más önrendelkező életet támogató szolgáltatással együtt lehet értelmezni, ezért a közösségi alapú lakhatási formákra való áttéréssel párhuzamosan fokozottan figyelni kell a kísérő jogintézményekre és szolgáltatásokra. Ebben a tanulmányban a támogatott döntéshozatalt, a személyi asszisztenciát és a munkaerő-piaci szolgáltatásokat emeltük ki.

Fontosnak látjuk, hogy a közösségi lakhatási formák igénybevételéhez ne legyen feltétel az intézményrendszer más szintjeire való bekerülés (pl. nagylétszámú intézménybe), hanem a felhasználók azonnal, közvetlenül bekerülhessenek a közösségi alternatívákba, akár egyenes úton a családjukból. A családok jövőtervezése szempontjából rendkívül nagy igény rajzolódik ki arra, hogy, ha egy ponton úgy döntenek, megnyugtató lakhatási alternatívát találjanak fogyatékos(sággal élő) családtagjuknak.

Érdemes figyelmet fordítani a fogyatékos(sággal élő) emberek intézményrendszere mellett más célcsoportokra is, akik számára szintén nagy lehetőség lehet a közösségi lakhatási és egyéb szolgáltatások. A gyermekek és az idős állampolgárok támogatása kiemelt feladat.

Ahhoz, hogy egy személyközpontú, egyéni igényekre választ adó ellátási forma jöjjön létre, elengedhetetlen, hogy az érintett személyek aktív részvételével valósuljon meg a tervezés, amelyhez támpontot nyújthat a co-production és co-creation típusú megközelítések alkalmazása.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány megírását a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal FK 13251 számú, *A nagykorúak cselekvőképességének korlátozása Magyarországon* című pályázata támogatta, amiért a tanulmány szerzői köszönettel tartoznak. Köszönettel tartozunk továbbá nemzetközi partnerünknek, a JDC-nek, amely Global Response Innovative Development programjával támogatja a munkánkat.

Felhasznált irodalom

- Andráczki-Tóth Veronika [et al.] (2011): Az intézménytelenítés kapujában: a pixelből kép válhat? In: *Esély* 22. évf. 4. sz. p. 35–57. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01bandraczy.indd.pdf
- Ács Andrea – Petri Gábor (2017): Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek megítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe. In: *Perlusz Andrea (szerk.): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról : kutatási beszámoló.* Budapest, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány. p. 43-57
- Bannister, Emma Wynne – Venkatapuram, Sridhar (2020): Grounding the right to live in the community (CRPD Article 19) in the capabilities approach to social justice. In: *International Journal of Law and Psychiatry*. 69. évf. márc-ápr. Link: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101551>
- Bányai Borbála – Csabai Lucia (2017): Fókuszcsoportos kutatás pszichiátriai betegek diagnosztizáltak körében. In: *Perlusz Andrea (szerk.): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról : kutatási beszámoló.* Budapest, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, p. 183-271
- Bugarszki Zsolt (2011): Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. In: *Esély* 22. évf. 2. sz. p. 55–85. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_2/04bugarszky.indd.pdf
- Cserti-Szauer Csilla (2019): Co-production–konceptió – participatív érték-

- teremtés. In: Katona Vanda [et al.] (szerk.): Együtt oktatunk és kutatunk! Inkluzív megközelítés a felsőoktatásban. Budapest, ELTE BGGYK, p. 175-181
- Cserti-Szauer Csilla (megjelenés alatt): Fogyatékos diákok egész életutat támogató pályaorientációja mint empowerment folyamat. In: Perlusz Andrea, Cserti-Szauer Csilla, Sándor Anikó (szerk.): Fogyatékosággal élő személyek a 21. században. Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére (munkacím)
- EEG (2012): Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató : Útmutatás a gyerekek, a fogyatékosággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről. Brüsszel. Link: https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf
- Ellison, Marsha Langer [et al.] (2010): Design features for employment-supportive personal assistance services in medicaid programs. In: Journal of Disability Policy Studies, 21. évf. 2. sz., p. 90–100.
- Értelmi Fogyatékoságok és Fejlődési Zavarok Nemzetközi Tudományos Társasága (2017): Az Értelmi Fogyatékoságok és Fejlődési Zavarok Nemzetközi Tudományos Társasága 'Életminőség mérése és alkalmazása munkacsoport'-jának konszenzus tanulmánya : értelmi fogyatékosággal élő emberek életminősége: koncepció, mérés és alkalmazás. In: Esély, 28. évf. 2. sz., p. 5-28. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2017_2/Esely_2017-2_2_IASSIDD_Konszenzus_tanulmánya.pdf
- European Commission (2009): Report of the ad hoc expert group on the transition from institutional care to community based care. European Union, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Link: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en>, utolsó letöltés dátuma 2020. szeptember 24.

- European Network on Independent Living (2015): Personal Assistance Services in Europe 2015. Brussel, ENIL. Link: <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/06/Personal-Assistance-Service-in-Europe-Report-2015.pdf>, utolsó letöltés dátuma 2020. szeptember 24.
- Greskovics Borbála – Scharle Ágota (2019): A szociális alapszolgáltatások lehetséges bővítésének költségei. [Budapest], Budapest Intézet. Link: http://www.budapestinstitute.eu/BI_otthon%C3%A1pol%C3%A1s_TASZ_final.pdf, utolsó letöltés dátuma 2020. szeptember 24.
- Gulya Fruzsina – Hoffman István (2019): A támogatott döntéshozatal sorsa Magyarországon. In: Fogyatékoság és Társadalom, 5. évf. 2. sz. p. 22-36. DOI <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.2.2>
- Gulya Fruzsina [et al.] (megjelenés alatt): Gondnokság és támogatott döntéshozatal a gyakorlatban: Egy kutatás módszertani alapvetései. In: Szociálpolitikai Szemle.
- Hoffman István [et al.] (megjelenés alatt): A gondnoksági perek empirikus vizsgálata. In: Perlusz Andrea, Cserti-Szauer Csilla, Sándor Anikó (szerk.): Fogyatékosággal élő személyek a 21. században. Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére (munkacím)
- Holt, Judith M. [et al.] (2006): Employment personal assistance services (EPAS): A Medicaid work support. In: Journal of Vocational Rehabilitation 24. évf. 3. sz. p. 165–175
- Heiszer Katalin [et al.] (2019): A részvételi paradigma áttekintése. In: Katona Vanda [et al.] (szerk.): Együtt oktatunk és kutatunk! Inkluzív megközelítés a felsőoktatásban. Budapest, ELTE BGGYK, p. 19-29
- Katona, Vanda [et al.] (2018): What is inclusive higher education in our opinion? In: Hernádi Ilona (szerk.): PODIUM-project - Path of deinstitutionalization - Urgent moves from a participatory aspect. Budapest: ELTE BGGYK, p. 15-24
- Katona Vanda – Szücs Marianna (2019): „Ha nekem lenne gyerekem, én nem adnám intézetbe”: intellektuális fogyatékosággal élő nők és férfiak

- ak szülővé válásának lehetőségei egy kvalitatív kutatás tükrében. In: Könczei György [et al.] (szerk.): *Esély? Egyenlőség? Taigetosz? : egy fogyatékoságtudományi kutatás tapasztalatai*. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, p. 144-210. Link: <https://edit.elte.hu/xmlui/handle/10831/42798>, utolsó letöltés dátuma 2020. szeptember 24.
- Kopasz Marianna [et al.] (2016): *Fogyatékosággal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban*. Budapest, TÁRKI Zrt. Link: http://old.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf
- Kozma Ágnes [et al.] (2016): *Az Európai Unió támogatásainak a szerepe az intézménytelenítésben és a férőhelykiváltás eddigi tapasztalatai*. Budapest, TASZ.
- Könczei György (2004): *Adalékok a fogyatékoság történetéhez és antropológiájához*. In: Litavec Anna (szerk.): „Közvetítés” : *fogyatékoságügy és média Magyarországon*. Budapest, Pixelgraf – Print 2000 Nyomda, p. 113-130.
- Könczei György (2015): *Transzformációk a történetben és tudományunk történetében*. In: Könczei György [et al.]: *A fogyatékoságtudomány a mindennapi életben*. Budapest, BMGE. Link: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_a_fogyatekosagtudomany_a_mindennapi_letben/FM/sfmjs33g.htm, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Könczei György (2019): *A világban való közös létünk – és a támogatott döntéshozatal kihívása : két kiegészítő összefüggés a fogyatékoságtudományi elemzések perspektívájához* In: *Fogyatékoság és Társadalom*, 5. évf. 2. sz., p. 4-7. Link: DOI <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.2.11>
- Losonczi Mária [et al.] (2018): *Experiences of an innovative and inclusive curriculum development in higher education*. In: *Fogyatékoság és Társadalom*, Special Issue, p. 64-71. Link: DOI <https://doi.org/10.31287/FT.en.2018.1.7>.
- Maléth Anett – Sándor Anikó (2019): *A terapeuta igazságszolgáltatás mint a*

- támogatott döntéshozatal implementációját segítő paradigma: gondolkodás a különböző diszciplínák egymást megtermékenyítő lehetőségeiről. In: *Fogyatékoság és Társadalom*, 5. évf. 2. sz. p. 37-69. Link: DOI <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.2.3>
- Mansell, Jim (2006): Deinstitutionalisation and community living: Progress, problems and priorities. In: *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31. évf. 2. sz. p. 65–76
- Mansell, Jim [et al.] (2010): Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability Research*, 54. évf. 2. sz. p. 104–112
- Misra, Sita (2010): Personal Assistance Services (PAS) for workers with disabilities: views and experiences of employers. In: *Journal of Rehabilitation*, 76. évf. 1. sz., p. 22-27
- Mladenov, Teodor – Petri, Gábor (2020): Critique of deinstitutionalisation in postsocialist Central and Eastern Europe. In: *Disability & Society*, 35. évf. p. 1203-1226 DOI: <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1680341>
- Petri Gábor – Kozma Ágnes (2017): Közösségi életvitel és intézményi férőhelykiváltás Magyarországon : kritikai elemzés. In: *Esély*, 28. évf. 5. sz. p. 67-91. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2017_5/ATT00476.pdf
- Quinn, Gerard (2013): Liberation, cloaking devices and the law. Or a personal reflection on the Law and Theology of Article 12 of the UN CRPD. Budapest, Fogyatékos Emberek Szervezeteinek Tanácsa. Előadás, 2013. november 13.
- Rappaport, Julian (1986): In Praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. In: Seidman, Edward – Rappaport, Julian (eds): *Redifining social problems*. New York, Springer Science+Business Media, LLC, p 141-164
- Ratzka, Adolf (1992): Towards an operational definition of Personal Assis-

- tance. Link: <https://www.independentliving.org/toolsforpower/tools15.html>, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Ratzka, Adolf (2012): Personal Assistance: Key to Independent Living as illustrated by the Swedish Personal Assistance Act. Link: <https://www.independentliving.org/node/1193>, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Salmon, N. [et al.] (2019): Our Homes: An inclusive study about what moving house is like for people with intellectual disabilities in Ireland. In: British Journal of Learning Disabilities, 47. évf. 1. sz. p. 19-28. Link: DOI: <https://doi.org/10.1111/bl.122>
- Sándor Anikó (2018): Magas támogatási szükséglettel élő személyek önrendelkezési lehetőségei: doktori disszertáció. Budapest, ELTE PPK. Link: https://ppk.elte.hu/file/sandor_aniko_disszertacio.pdf, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Sándor, Anikó [et al.] (2018): "It's a bit hard, difficult, but I'm enjoying it!" Self-determination in supported living: experiences of a participatory research. In: Hernádi, Ilona (szerk.): PODIUM-project - Path of deinstitutionalization - Urgent moves from a participatory aspect. Budapest, ELTE BGGYK, p. 8-14
- Sándor Anikó [et al.] (2019): A támogatott lakhatás jellemzői egy participatív kutatás tükrében. In: Fogytékosság és Társadalom, 5. évf. 2. sz. p. 90-114. Link: DOI <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.1.5>
- Sándor Anikó – Katona Vanda (megjelenés alatt): A támogatott döntéshozatal elmúlt 10 éve. Egy szisztematikus irodalomelemzés eredményei. In: Perlusz Andrea, Cserti-Szauer Csilla, Sándor Anikó (szerk.): Fogytékossággal élő személyek a 21. században. Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére (munkacím)
- Sándor Anikó – Kunt Zsuzsanna (2020): „A »gondozás« túlélést biztosít számunkra, a »személyi asszisztencia« életet” - A Személyi Asszisztencia Szolgáltatás szakirodalmi háttérének elemző áttekintése. In: Szociál-

- politikai Szemle, 6. évf. 1. sz. p. 5-26
- Schalock, Robert L. [et al.] (2002): Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. In: *Mental Retardation*, 40. évf. 6.sz. p. 457–470
- Schenk Lászlóné – Justin Móni (2019): A támogatott lakhatás és szolgáltatási gyűrű kialakításának és működtetésének protokollja. Budapest, Nemzeti Fogyatékoságügyi- és Szociálpolitikai Központ Közhasznú Nonprofit Kft. https://fszk.hu/wp-content/uploads/2019/12/09_A-TL-%C3%A9s-szol-g-%C3%A1lta-t-%C3%A1si-gy-%C5%B1r-%C5%B1-ki-alak%C3%ADt%C3%A1s%C3%A1nak-%C3%A9s-m%C5%B1k-%C3%B6dtet%C3%A9s%C3%A9nek-protokollja.pdf, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Shakespeare, Tom [et al.] (2017): Personal Assistance Relationships. Power, ethics and emotions. [Norwich], University of East Anglia. Link: <https://www.skillsforcare.org.uk/Employing-your-own-care-and-support/Resources/Information-for-local-authorities-NHS-and-support/Reports-and-research/Personal-assistance-relationships-study-June-2017/Personal-assistance-relationships-research-report.pdf>, utolsó letöltés dátuma: 2020. szeptember 24.
- Solovieva, Tatiana I. [et al.] (2010): Workplace personal assistance services for people with disabilities: making productive employment possible. In: *The Journal of Rehabilitation*, 76. évf. 4. sz. p. 3-8
- Vida Fanni [et al.] (2019): Intellektuális fogyatékosággal élő személyek hétköznapi döntési lehetőségei támogatott lakhatásban. In: *Fogyatékoság és Társadalom*, 5. évf. 2. sz. p. 86-99. Link: DOI <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.2.6>
- Walmsley, Jan – Johnson, Kelley (2003): Inclusive research with people with learning disabilities: Past, present, and futures. London, Jessica

Kingsley Publishers.

Zászkaliczky Péter (szerk.) (1998): A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról. Budapest, Kézenfogva Alapítvány.

Zimmerman, Marc (2000): Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport, Julian – Seidman, Edward (eds.): Handbook of community psychology. New York, Plenum Press, p. 43–63.

Jogszabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. Link:

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv>

Sziklai István

A kiváltás és a támogatott lakhatás kapcsolata: megközelítések és kritikák

Absztrakt

A tanulmány a magyarországi fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó szociális intézmények nagyszabású átalakítási folyamatáról, helyzetéről, kihívásairól ad áttekintést. A kulcsfontosságú nemzetközi dokumentumok áttekintése után kitér a fogalomhasználat problémáira, valamint a támogatott életvitel, támogatott lakhatás alapelveire, ismerteti az ENSZ szakértői bizottságának 2019-2020-as jelentésében megfogalmazottakat a kiváltással és a támogatott lakhatással kapcsolatban.

Háttér

Az elmúlt évtizedekben alapvető változás zajlott, zajlik a fogyatékos emberekkel kapcsolatos szemléletmód tekintetében: az ún. medikális megközelítést egyre inkább felváltja egy emberi jogi szemlélet.¹ A szociális (vagy más néven társadalmi), illetve az emberi jogi megközelítés, a korábbiakkal ellentétben, a környezeti akadályok jelentette hátrányokra, ezek kirekesztő mechanizmusaira hívja fel a figyelmet.

A szemléletmódban történt alapvető változás egyik legfontosabb következménye az ún. intézménytelenítés (deinstitutionalisation). Az intézménytelenítés lényege a bentlakásos (nagy)intézményi ellátásról a közösségi életvitelt támogató szolgáltatásokra való áttérés szerte a világban, különösen Európában. Magyarországon mindez az 1993. évi III. törvényben (röviden: Szocvtv) nevesített nagylétszámú ápolást, gondozást nyújtó pszichiátriai betegek otthonai és fogyatékos személyek otthonai átalakításában csúcsonodott, csúcsonodik ki.

1. A különféle modellekről lásd pl. Kőnczei [et al.] 2013., Lisznyai 2010.

A legfontosabb szemléleti, jogi keretet a 2006-ban elfogadott Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény jelenti² (a továbbiakban: Egyezmény, ENSZ Egyezmény). Az ENSZ fogyatékos-sággal élőkre vonatkozó egyezményét teljes egészében elismerve (és csatlakozva az egyezményhez) az Európai Unió az intézménytelenítésre vonatkozó elköteleződést kiterjesztette az idős emberekre, gyermekekre és egyéb sérülékeny társadalmi csoportokra (pl. hajléktalan emberek) vonatkozó (egészségügyi, szociális) intézményekre/szolgáltatásokra is. Az EU Bizottsága egy ad hoc (össz)európai munkacsoportot hozott létre 2009-ben, amelynek feladata intézetek helyett a helyi közösségbe való (vissza)integrálódás következetes támogatása, figyelemmel kísérése.³

Magyarország a világon az elsők között – 2007-ben – ratifikálta az ENSZ Egyezményét. 2011-ben kormányzati stratégiát fogadott el a nagylétszámú, fogyatékos embereket ellátó szociális intézetek kiváltására. 2012-ben jelentette meg az első, EU által társfinanszírozott pályázatát (melyben 6 intézet alakult át, közel 700 lakót érintve). 2017 tavaszán újabb, hasonló pályázat indult el, melynek megvalósítása jelenleg is tart (24 helyszínen, mintegy 2000 lakót érintve).

A fogalomhasználatról...

Zavarba ejtő, hogy a hazai (szakmai) közvélemény mennyiféleképpen hivatkozik e folyamatra. A fogalom eredeti, angol nyelvű megnevezése: 'deinstitutionalisation'. Magyar nyelvre való átültetése során többféle „fordítása” született. Talán a legelterjedtebb a „kiváltás” szó, a jelenleg hatályos

2. Az Egyezmény angol nyelvű honlapja, amelyen az egyezmény szövegén túl sok egyéb, kapcsolódó információ is elérhető: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

3. Az ad hoc munkacsoport munkáját, a kapcsolódó útmutatókat, elemzéseket a <https://deinstitutionalisation.com> honlapon lehet nyomon követni. (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

kormányhatározat is ezt használja.⁴ Szintén gyakori a „kitagolás” fogalom is. Egy-egy nemzetközi szakmai fogalom eredeti tartalmát megfelelően tükröző (félre)fordítás mögöttes tartalmainak messzire nyúló okai és következményei vannak.⁵

Sem a kiváltás, sem a kitagolás – megítélésem szerint – nem adja vissza megfelelően a fogalom eredeti (a nemzetközi dokumentumokban használt) jelentését. Mindkét fogalom utal a jelenlegi ellátó/szolgáltató rendszer bizonyos mértékű változására, azonban a kitagolás egyáltalán nem utal arra a gyökeres, az alapvető munkamódszert, szemléltet, vezetési-irányítási rendszert átformáló folyamatra, ami a referenciadokumentumokban, megvalósult jó gyakorlatokban tetten érhető. A kitagolás inkább azt jeleníti meg – legalábbis számomra –, ahogyan a (korábbi) szerves (összetartozó) egész részeit különválnak, távolodnak egymástól. Ennek értelmében nem szűnik meg a kitagolás után sem a korábbi „egész”-hez tartozás, csupán távolabb kerül egymástól az, ami korábban szorosabban együtt volt. Ez azonban nem azt tükrözi, ami az ENSZ Egyezményben vagy az EU közös útmutatójában⁶ szereplő cél (/elvárás). A legnegatívabb, időről időre még a szakemberek körében is elhangzó fogalom a folyamat leírására a kitelepítés. Ez lényegében egy erőszakos, az érintett intézeti lakók akarataival nem egyező, rájuk kényszerített képet sugall.

Az eredeti fogalmat magyarul leginkább az „intézzetellenítés”, vagy „intézménytellenítés” szavak adják vissza. Végző soron az Intézményi Férőhely Kiváltási Terv Módszertani Útmutatóban (rövidítve: IFKT) leírtakkal értek egyet, amely leghelyesebbnek az „intézzetellenítés” használatát tartja,⁷ noha a hazai köztudatban leginkább a kiváltás szó terjed(t) el.

4. Lásd.1295/2019 (V.27.) Korm. határozat a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019 - 2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról.

5. lásd erről Lendvai-Bainton 2017, Szalai 2002

6. Lásd EEG 2012. Link: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines-hungarian-version.pdf> (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

7. Csumán-Lechner [et al.] 2017, p. 484

Az intézettelenítés (deinstitutionalisation) jelentése többretegű. Jelenti (jelentheti) azt a (1) szociális, egészségügyi, stb. szakpolitikai folyamatot, melynek célja a nagylétszámú tartós vagy átmenti bentlakásos intézményi ellátásról való áttérés a helyi közösségbe ágyazott minél kisebb létszámú lakhatási, illetve a bárki számára nyitott alapszolgáltatásokra. Jelentheti továbbá (2) az ellátórendszer olyan irányú reformját, amely az egyéni szükségleteket, az egyén (autonóm) döntését helyezi a rendszer fókuszába, és olyan szabályozási, finanszírozási megoldásokra tér át, amely képes rugalmasan alkalmazkodni mindehhez, az érintettek (lehető legmagasabb fokú) önálló életvitelének támogatása érdekében.

E (legalább kétféle) jelentés messzire vezető következményekkel jár. Az első jelentés kevésbé ambiciózus, korántsem jár olyan nagymértékű, gyökeres, rendszerszintű átalakulással, mint a második esetben (noha gyakran már az első jelentés irányába tett lépések is feszegetik a fennálló rendszer változtatási/változási képességeit). Ezen nézetkülönbségek odáig vezetnek, hogy (látszólag) ugyanarról beszélve, egyazon célt követve, (valójában) nem ugyanarról beszélünk, nem ugyanazon cél megvalósításán dolgozunk. Ez a nézeteltérés a magyarországi kiváltás, intézettelenítés folyamatában is tetten érhető: nagyon jelentős különbséghez vezet az érdek-/jog-védelmi szervezetek és a hivatalos szakmapolitika képviselői között.

Az intézettelenítés fogalma világít rá legerőteljesebben arra a problémára, amely egyik elindítója volt a folyamatnak. A nagylétszámú, zárt, totális intézetek lebontását ezen intézetek embertelen, alapvető emberi jogokat sértő működése miatti felháborodások indították el. (Magyarországon az egyik legutóbbi ilyen, nagy nyilvánosságot kapott botrány a gödi TopHáz esete volt.)⁸

Az intézménytelenítés szóhasználat problémája abban ragadható meg, hogy maga a folyamat egyáltalán nem szünteti meg az intézményeket: hiszen az átalakítás után éppúgy intézmények jönnek létre a szónak abban az

8. Lásd Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (MDAC) 2017. Link: http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/straightjackets_and_seclusion.pdf (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

értelmében, hogy jogszabályok által nevesített, szabályozott, a kormányzat által (részben) nyilvántartásba vett, finanszírozott szolgáltatások (tehát: intézmények) jönnek létre, fognak működni. Ezen túlmenően pedig – legfőképpen az érintettek és/vagy hozzátartozóik egy része számára – azt „üzenni”, mintha a bentlakásos nagyintézeti ellátások átalakítása egyenlő lenne a bentlakásos lakhatási formák eltűnésével, az érintettek lakhatás, szolgáltatás, támogatás nélkül maradásával. Mindezek ellenében a cél az, hogy a kiváltás (intézzettelenítés) folyamata során a lakhatási szolgáltatások kisebb méretűvé váljanak, és a közösségbe integrálódjanak, összességében új földrajzi és szakmai keretek között humanizálódjanak. A kiváltás tehát nem az állam (vagy egyéb potenciális szolgáltatók) kivonulását jelenti az ellátásból. A megszűnő intézeti kapacitások helyén az érintettek számára szükséges egészségügyi, szociális és egyéb szolgáltatásokat a közösség keretei között szervezik meg, rugalmas, változatos formákban, változatos helyszíneken.

A nagyintézetek jellemzői

A kiváltásról folytatott hazai viták egyik sarkalatos pontja a férőhelyszám nagysága körül forog. Azt, hogy mekkora az az intézeti férőhelyszám, amelytől nagyintézetnek minősül egy ellátás (és ezzel együtt átalakítandó, kiváltandó), nagyon leegyszerűsítő. Csak egy dimenzióját ragadja meg a jelenségnek, igaz ugyanakkor, hogy ez az egyik legkönnyebben, objektíven mérhető mutató.

Hangsúlyozva, hogy önmagában az egy intézetben élő emberek száma nem elégséges a kiváltás, intézzettelenítés szükségességének (mint bemeneti feltétel), illetve sikerességének (mint eredmény) meghatározásához, mégis a magyarországi kiváltási folyamat kritikája során ez több szempontból is előkerült, és gyakran dominálta a vitát. Egyik legfontosabb kritika magát a kiváltás során létrehozott új lakhatási formát, a támogatott lakhatást érintette. A Szocvtv, mely szabályozza a támogatott lakhatást, ugyanis engedékeny:

egész 50 fő egy telephelyen való együttéléséig engedi⁹ létrehozni ezt az új szolgáltatást. Ehhez szervesen kapcsolódik egy másik kritika is, amely azt vitatja, hogy a kormányzat kiváltási stratégiája, így a kiváltás kötelezettsége, miért csak az 50 férőhelyes, vagy annál nagyobb létszámú szociális intézetekre vonatkozik, hiszen az ennél kisebb létszámú (akár „csak” 30 fős intézetek is működnek/működhetnek ugyanúgy, mint a 150-200 fős vagy még nagyobb szociális otthonok).

A férőhely nagyságára vonatkozó vitát elkerülve maga az európai szakértői csoport azt hangsúlyozza, hogy miközben a méret fontos tényező, sokkal lényegesebb az ún. „intézeti kultúrára”¹⁰ fókuszálni.¹¹ Az intézettelenítés egyik, ha nem a legfontosabb célja az ún. „intézeti kultúra” lebontása, megszüntetése. Az intézeti kultúra ebben az esetben magában hordozza azt, hogy:

- A bentlakó emberek a tágabb (helyi) közösségtől elszigetelten élnek – gyakran a településektől távolabb, vagy azok széléin.
- Az intézetben élők másokkal együttélésre kényszerülnek; passzív szerepben („ellátottak”, „betegek”) vannak, és egyáltalán nincs, vagy csak minimális a beleszólásuk abba, hogy kivel, hol (akárcsak: melyik szobában) élnek együtt.
- A bentlakók nem rendelkeznek megfelelő (vagy ha igen, jellemzően csak minimális) irányítással saját életük és az őket érintő döntések felett (akárcsak pl. hogy milyen ruhát vegyen fel aznap, stb.). Elszemélytelenedett gyakorlat, amely a személyes tárgyak, az egyéniség hiányával jár.
- A szervezet saját előírásai, munkaszervezése, erőforrásgazdálkodása általában előnyt élveznek a bentlakók személyre szabott szükségleteivel szemben. A tömeges vagy egyenbánásmód figyelhető meg – a lakók csoportként vannak kezelve, a napirend rugalmatlan.

9. Szocvtv. 75§ (5) bek. c) pont

10. Az útmutató magyar fordítása „intézményi kultúráról” ír, ugyanakkor helyesebbnek vélem az „intézeti kultúra” használatát. Ennek indoklásáról l. a jelen tanulmány fogalomhasználatról írt részét.

11. EEG 2012. p. 27

- Szociális távolság figyelhető meg a bentlakók és az őket gondozók között, amely egyértelműen jelzi az alá-fölé rendeltséget.¹²

Mindazonáltal fontos leszögezni, hogy minél nagyobb létszámú egy intézet, egy intézmény vagy szolgáltatás, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki, van jelen az „intézeti kultúra”. Részben ez ad magyarázatot arra, a szintén a magyarországi kiváltást, illetve az így létrehozott támogatott lakhatásokat ért kritikára, amely még a 12 fő egy lakásban/házban való együttélését sem tartja elfogadhatónak, hiszen ez is meghaladja a szokásos, a társadalom egészében tapasztalható átlagos háztartásnagyságot.

Az önálló életvitelt biztosító támogatott lakhatás ideája

A nagyintézettel, illetve az intézeti kultúrával szemben, annak ellentétéként fogalmazódott meg az önálló, közösségi alapú életvitel, többek között az ENSZ Egyezmény 19. önálló életvitel és a közösségbe való befogadásról szóló cikkelyében,¹³ amely így szól:

„Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez és másokkal egyenlő szabad döntéshez való jogát; minden szükséges és hatékony intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek teljes mértékben élvezhessék e jogaikat és a teljes közösségi befogadást és részvételt, beleértve a következők biztosítását:

- a) a fogyatékossgal élő személyeknek másokkal azonos alapon lehetőségük van lakóhelyüknek és annak megválasztására, hogy hol és kivel élnek együtt, és nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni;
- b) a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi

12. EEG 2012. p. 27; valamint Csumán-Lechner 2017. p. 23

13. Vannak szakértők, akik az Egyezmény 19. cikkelyét az egyik legfontosabb jognak tartják (l. Fiala-Butora és szerzőtársai 2018).

támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges;

- c) a mindenki számára nyújtott közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek a fogyatékossgal élő személyek számára is, és igényeikhez igazítottak.¹⁴

A támogatott lakhatás szerepe kulcsfontosságú az intézettelenítés, illetve kiváltás folyamatában. Ez jelenti, jelentené az alternatívát a nagyintézetekkel és az intézeti kultúrával szemben. Éppen emiatt a támogatott lakhatás szerepe óriási: egyszerre kell mindazon szempontoknak megfelelnie, illetve megfelelő alapot (háttér) szolgáltatnia, amelyek az önálló életvitelhez kötődnek. A fentebb idézett Egyezmény-cikkely,¹⁵ illetve a Közös európai útmutató is hangsúlyozza, hogy a támogatott lakhatás (elvárás szerint már) biztosítja azt, hogy az érintett lakók megválaszthassák hol, kivel kívánnak élni,¹⁶ valamint elhelyezkedésével, működésével lehetővé teszi a hozzáférést az adott egyén számára szükséges (személyre szabott) támogatáshoz,¹⁷ valamint a bárki más számára adott közösségi szolgáltatásokhoz.¹⁸ Mindezek okán a támogatott lakhatás elhelyezkedése földrajzi értelemben rendkívül fontos. Önmagában a lokáció meghatározza azt, hogy milyen szolgáltatások, támogatások hozzáférése nyílik meg a kiváltás (a nagyintézetből való kiköltözés) után.

14. 2007. évi XCII. törvény a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

15. Az Egyezmény 19. cikkelye sok esetben nem adott kellően egyértelmű támpontot, így 2017-ben az ENSZ szakbizottsága kiadta általános magyarázatát, amely sokkal részletesebb értelmezést nyújt (I. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: General comment no. 5 (2017) on living independently and being included in the community. Link: <https://digitallibrary.un.org/record/1311739#record-files-collapse-header> Ez a kommentár magyarul is elérhető: https://emberijogok.kormany.hu/download/3/ea/52000/CRPD_5_szamu_altalanos_kommentar.pdf (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

16. Egyezmény 19. cikkely a) bek.

17. Egyezmény 19. cikkely b) bek.

18. Egyezmény 19. cikkely c) bek.

A kiváltásról készített Közös Európai Útmutató az Egyezményben foglaltakat több szemponttal kiegészíti: „(...) a támogatott lakhatás lehetővé teszi annak megválasztását, hogy kivel szeretnének együtt élni a tulajdonukban álló, vagy bérelt helyen. A támogatott lakhatás alapvető eleme, hogy a lakhatás és a mindennapi életvitelhez nyújtott segítség elkülönül. A segítői támogatást olyan szolgáltatóktól kapják, amelyek nem rendelkeznek a lakhatás felett. A fogyatékos emberek így jobban a kezükben tartják az általuk igénybe vett szolgáltatások fölötti irányítást, és a többi állampolgárral azonos lakhatási jogokat élveznek.”¹⁹

Az egyik elismert szaktekinetly, Peter Kinsella ennek az új paradigmának már az 1990-es évek elején leírta a legfontosabb elemeit.²⁰ Azt gondolom, hogy ezek érvényesek, érvényesítendőek a támogatott lakhatással szemben is, és a következőképpen foglalhatók össze:

- Mindenki számára elérhető. Nem lehet kizárni senkit a támogatott életvitelből azért, mert súlyosan fogyatékos vagy egyéb problémái vannak.
- A lakhatás és a mindennapi életvitel támogatásának különválasztása. Ahelyett, hogy az érintettek kész „csomagban” kapnák a bentlakásos ellátást, a támogatott életvitel a lakhatás és a segítői szolgáltatás különböző formáinak rugalmas kombinációját alkalmazza.
- Az érintettek a saját életük irányítóivá válhatnak a passzív és sok esetben kiszolgáltatott ellátotti státusz helyett.
- Személyközpontú, kerüli a csoportos megoldásokat. Cél, hogy az egyén olyan támogatást kapjon, ami teljes egészében a szükségleteihez és elvárásaihoz illeszkedik.
- Az érintettek személyes kapcsolatainak a támogatása és erősítése. A támogatott lakhatás megtervezése az egyén létező kapcsolatrendszeréből indul ki (család, barátok, rokonság), és ez alapján tervezi meg a szolgáltatást.

19. EEG 2012. p. 112

20. Kinsella 1993

A támogatott lakhatás kritikája az ENSZ szakértő bizottságának jelentése alapján

A támogatott lakhatással kapcsolatos hazai szabályozásban visszatükröződnek a támogatott életvitel kapcsán fentebb leírt ideák. A szolgáltatás működésének részletes szabályait leíró, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SZCSM rendelet a következőképpen fogalmaz:

„110/A. § (1) A támogatott lakhatás

- a) az egyén szükségleteihez illeszkedő módon, természetes és professzionális támogatói hálózat létrehozásával és működtetésével támogatja a lehetőség szerinti önálló életvitel kialakítását és fenntartását a szociális ellátórendszer kapacitásain belül,
- b) személyközpontú, egyénre szabott szolgáltatások, támogatások, programok nyújtásával, illetve a csoportos és a képviseleti megoldások mellőzésével biztosítja a döntés szabadságát az egyén elvárásaihoz és igényeihez igazodó lakhatási és támogatási forma megválasztásában,
- c) az egyén meglévő képességeire építve, a lakhatás és a mindennapi életvitel támogatásának különválasztása révén lehetőséget biztosít az önálló életvitelhez szükséges új készségek elsajátítására.”

Az SZCSM rendelet leszögezi az egyéni szükséglethez igazodást (lásd a) és b) bekezdés), rögzíti a csoportos megoldások mellőzését, az érintett egyén döntési szabadságát a lakhatási és támogatási forma megválasztásában (lásd b) bekezdés), továbbá leszögezi a lakhatás és a mindennapi életvitel különválasztását. Mindezek megfelelnek a kiváltással, intézettelenítéssel kapcsolatos nemzetközi és hazai elvárásoknak.

A magyar szabályozás törekvése alapján elmondható, hogy a támogatott életvitel, és ennek a szociális szolgáltatások körében intézményesített magyarországi „letéteményese”, a támogatott lakhatás nem a lakóotthoni ellátás egyik változata, és nem is mini-intézet (kellene, hogy legyen). A

„hagyományos” tartós bentlakást nyújtó ellátásokhoz képest radikálisan eltérő elméleti megközelítésre épül, noha ezt nem vezeti végig következetesen.

Ezen radikálisan más megközelítés értelmezése nem kidolgozott minden részletében, azonban a nemzetközi dokumentumok egyértelműen kijelölik az utat.²¹ Az érintett fogyatékos embertársak méltóságának, önállóságának, autonómiájának maximális tiszteletben tartása, vagy éppen a gondozás helyett támogatás elve, amely csak a szükséges támogatást (de azt igen) nyújtja az érintettnek, s nem helyette, hanem vele együtt (!) cselekszik, alapvető fontosságú (jog)ként értelmeződik.

A támogatott lakhatás (és maga az intézettelenítés is) egy új paradigmát jelent a fogyatékos emberek támogatásában, alapvetően újszerű szemléletmódot követel meg minden érintett szereplőtől (beleértve ebbe a döntéshozókat, finanszírozókat is, nem csak a gyakorló szakembereket, szolgáltatás-vezetőket).

Mindazonáltal az SZCSM rendelet maga több ponton relativizálja a paradigmaváltást. Az a) bekezdésben pl. a „lehetőség szerinti” önálló életvitelről szól, mely a szociális szolgáltatórendszer elérhető kapacitásai függvényében valósítandó meg. Arról azonban, hogy ezek a kapacitások milyen – legalábbis minimális – szinten biztosítandóak, vagy a meglevő (valós) szükségletekre milyen metódus és fejlesztések révén kell reagálnia a szolgáltatórendszernek, nem rendelkezik szabály.

A magyar szabályozás a támogatott lakhatás kapcsán nagy lépést tett a paradigmaváltás irányába, azonban a kiváltás ENSZ Bizottság általi vizsgálata a kiváltással megvalósult támogatott lakhatások esetében is súlyos és rendszerszintű kritikát fogalmazott meg.²² Ezen kritikákat röviden ismertetem az alábbiakban.

Súlyos kritikát fogalmazott meg a magyarországi támogatott lakhatás szabályozásával, működésével kapcsolatban a hazai érdekvédelmi szervezetek egy részének kezdeményezésére indult, 2019-ben zárult ENSZ célzott vizs-

21. lásd EEG 2012; Fogyatékossgal Élő Személyek Jogaival Foglalkozó Bizottság [CRPD], 2017

22. Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2020

gálat. A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményben rögzítetteket (vállaltakat) vizsgáló szakértői bizottság egyik kiemelt témája az intézettelentítés, és ennek részeként a támogatott lakhatás magyarországi helyzetének elemzése volt.

Az ENSZ jelentése az Egyezmény 19. cikkelye kapcsán a következő kritikákat rögzítette²³

A választás hiánya és sztereotípiák megléte

Ez esetben a fogyatékos (kiemelten az értelmi, illetve pszicho-szociális²⁴ fogyatékossgal élő) emberek továbbra is akadályokba ütköznek a választás szabadsága, az autonómia és az önmeghatározás területén. A medikális, illetve paternalista szemléletmód pedig továbbra is legitimizálja az intézményes megoldásokat.

Támogató szolgáltatások

A szociális alapszolgáltatások kapacitásai, rendelkezésre álló (erő)forrásai nem elegendőek. A nappali szociális szolgáltatás kapacitásai szintén elégtelenek, csak a nagyobb (10 000 fő feletti) településeken érhetőek el, s esetükben is többen nem teljesítik ezt a kötelezettségüket. A személyre szabott költségvetés,²⁵ illetve a személyi asszisztencia²⁶ – mint két előremutató támogatási megoldás – hiánya. Mind a rendelkezésre álló pénzügyi támogatások mind a támogatási szolgáltatások elégtelenek a fogyatékos emberek számára, a fogyatékossgához kötődő extra-költségeik kompenzálására, illetve a megfelelő társadalmi részvételük támogatására.

23. lásd Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2020, p. 5–10. A dokumentum angolul íródott. A jelen tanulmány szerzője nem törekedett a teljes fordításra, nem teljes körű, hanem kivonatolt, egyes részeit emelte csak ki.

24. A pszicho-szociális fogyatékossg fogalma lényegében azonos a korábbi, illetve a jelenleg hatályos Szoctv-ben nevesített – és a hétköznapi szóhasználatban még mindig gyakran használt – pszichiátriai beteg emberekkel.

25. A személyre szabott költségvetésről l. bővebben Ruzsics 2014.

26. A személyi asszisztenciáról l. bővebben Sándor – Kunt 2020.

Fejletlen közszolgáltatások és akadályok a munkához való hozzáférés során

A hozzáférhető lakhatás, az inkluzív oktatás, közlekedés, az egészségügyi ellátások korlátozottsága, valamint a nyílt munkaerőpiacon való részvétel hiánya mind sújtja a fogyatékos embereket. Nincs kézzelfogható, egyértelmű kormányzati, illetve helyi célkitűzés sem arra, hogy szisztematikusan beruháznának e területeken. Kiemelten:

- hozzáférhető lakhatás hiánya a közösségben

A fogyatékos embereknek kevés tudásuk van az elérhető szociális lakásokról és ezek hozzáférési kritériumairól. Az ilyen célra elérhető források a megfizethető és hozzáférhető lakhatás hiányát valószínűsítik (beleértve a szociális bérlakást).

- az inkluzív oktatáshoz való hozzáférés akadályozott

Országsszerte léteznek szegregált iskolák, valamint a többségi oktatás csak bizonyos fogyatékosággal élő tanulók számára érhető el. Az iskolába jutás támogatása sem kellően megoldott.

- korlátozott egészségügyi szolgáltatások

A legtöbb egészségügyi szolgáltatás nem férhető hozzá akadálymentesen, kevés a gyógyszertár, kevés a lehetőség mentálhigiénés támogatásra a kórházakon kívül, és a társadalombiztosítás nem fedezi a pszichoterápia költségét. További problémákat okoz az, hogy az egészségügyi szakemberek nem elég felkészültek a különféle fogyatékoságok kapcsán.

- a nyílt munkaerőpiacon való részvétel hiánya

A fogyatékos emberek nyílt munkaerőpiachoz való hozzáférése akadályozott, sokan munkanélküliek közülük. A támogatott, illetve védett foglalkoztatás létezik, ugyanakkor az érintettek jelezték azt is, hogy képesek és szeretnének a nyílt foglalkoztatásban részt venni. A fogyatékos emberek szakképzése rendszertelen és kevés. A fejlesztő foglalkoztatás, amely intézményi környezetben működik, sokkal inkább munka-terápiaként funkcionál, mintsem úgy, ami a munkához való hozzáférés lehetőségét növelné.

Tartós, folyamatos intézményi elhelyezés

Az intézményesítés kockázata az értelmileg akadályozottak és a pszichoszociális fogyatékos emberek esetében magas. Sok intézet található hátrányos, határ menti településeken vagy települések környékén. Hosszú várólisták vannak, amelyek indokul szolgálnak az intézeti elhelyezés moratóriumának be nem vezetéséhez, ugyanakkor az alternatív megoldásokra fordítható források korlátozottságához is köthetőek.

Az ENSZ vizsgálóbizottsága megfigyelte a privát szféra hiányát az intézetekben: a nyitott ajtójú WC-ket, a többágyas szobákat, azt, hogy egy takarón több személy osztozik és a folyamatos felügyeletet. Feltárták továbbá a túlgyógyszerezést és a szexuális, illetve reprodukciós joghoz kötődő jog megsértését, beleértve a nem egyetértésen alapuló fogamzásgátlást. Többször megfigyeltek emberhez nem méltó körülményeket is az intézetekben.

A fogyatékos emberek nagyintézetekből való kiváltását szolgáló stratégia

A kiváltás első hulláma jellemzően enyhébb, illetve kommunikációban kevéssé akadályozott fogyatékos embereket érintett, a második (jelenleg is zajló) kiváltási hullám érint magas támogatási igényű embereket. A kórházi pszichiátriai ellátásra nem tér ki a kiváltási stratégia. A kiváltás legfőbb összetevőjét a támogatott lakhatás jelenti. A Szocvtv. által szabályozott támogatott lakhatás azonban – a kiváltás során – nem jött létre a fővárosban. A vizsgálóbizottság megvizsgálta a kis-, illetve hátrányos helyzetű falvak környékén létrejött támogatott lakhatásokat is. Megállapította, hogy ezeken a helyeken a közszolgáltatások (beleértve a közösségi közlekedést) vagy fejletlenek, vagy egyáltalán nem léteznek.

A választás hiánya és korlátozott autonómia a támogatott lakhatásban

Az intézeti ellátás legfőbb jellegzetességei tovább élnek a támogatott lakhatásban. A fogyatékosággal élő emberek továbbra is a saját döntési lehe-

tősegeik hiányát, az autonómiájuk korlátozását tapasztalják. Továbbra is a nagyintézettől függenek, beleértve az étkezéseket, az egészségügyi szolgáltatást. Az intézetek a jövedelmük magas részét kérik el térítési díjként, ami lehetetlenné teszi gazdasági önállóságukat. A támogatott lakhatásba kiköltözött személyek nagy többsége továbbra is gondnokság alatt áll, ami felerősíti az autonómiájuk korlátozását.

A támogatott lakhatás továbbra is az intézet igazgatóinak és munkatársainak igazgatása, kontrollja alatt van. Szabad bejárásuk van a házakba, ők tartják fenn az ingatlant, fizetik a számlákat, biztosítják a fegyelmet és rendet, kezelik a lakók közti konfliktusokat, nyomon követik az egyéni döntéseket, beleértve a lakók közötti kapcsolatokat, intézik az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésüket, ellenőrzik az egészségügyi papírokat, megfigyelést végeznek, és általános ellenőrzést gyakorolnak.

Az önrendelkezés hiánya, valamint a magánélet korlátozásai mindennaposak a „támogatott lakhatásban”.²⁷ A házak megtervezéséről, az alapvető bebútorozásról az intézet döntött. A fogyatékos embereknek nem mondhaták meg azt, hogy melyik házba költöznek. Elvárták tőlük, hogy a szobájukat mással is osszák meg, ámbár néhányan jelezték, hogy respektálták véleményét a szobatárs kiválasztásakor. A házak működésének belső szabályait nem a fogyatékos személyek döntötték el. Előzetes beleegyezés szükséges vendég fogadásához, házon kívüli programhoz, háziállat tartásához. Az alkoholos italok tiltottak. Pároknek, amikor megengedett az együtt költözés, korlátozott lehetőségük van az intimitásra. Habár a fogyatékos emberek elköltözhetnek a támogatott lakhatásból, erre nincs valódi lehetőségük, hiszen sokuknak megszakadt a kapcsolata a családjával vagy közösségével.

A személyre szabott támogatás elégtelen. A nagyintézet továbbra is a legfőbb szolgáltató a támogatott lakhatásban. A kiköltözők naponta viszatérnek az intézetbe, hogy részt vegyenek a támogatott foglalkoztatáson,

27. Az eredeti dokumentum ezen részében is idézőjelben szerepel a támogatott lakhatás kifejezés.

hogyan egyenek, hogyan használják az egészségügyi szolgáltatásokat, hogyan részt vesznek szabadidős tevékenységekben.

A legtöbb esetben a „szolgáltatási gyűrű” koncepciója nem hozott létre bárki számára hozzáférhető szolgáltatásokat a helyi közösségben. Megfigyelhető volt az érintett hatóságok azon uralkodó szemlélete, amely a kiváltással kapcsolatban az intézeti status quo fenntartását támogatja. A helyi önkormányzatok gyakran nem fordítottak figyelmet a hozzáférhető közszolgáltatások fejlesztésére, és néhány településen ellenállásba is ütközött a kiváltás megvalósítása.

A hivatalos statisztikák azt mutatják, hogy a központi források elosztása a fogyatékos emberek esetében a célzott, intézményesített szociális szolgáltatásokat prioritizálta, nem pedig az Egyezmény 19. cikkelyében lefektetett közösségi alapú támogatások fejlesztését az önálló életvitel érdekében.

Mindent egybevetve, a szociális alapszolgáltatások rendszerének hiányosságai, az intézeti kultúra tartóssága – amely megmutatkozik a források elosztásában, az intézményesülés kiterjedtségében és folytonosságában, beleértve a támogatott lakhatást, az intézetek felújítását, a várólisták létezését és az intézeti elhelyezés moratóriumának hiányát, továbbá az uralkodó stigmák miatt – nem egyeztethető össze az önálló életvitel és a közösségbe való befogadás jogával.

A fenti pontok közül, amelyek kivonatolt részletei az ENSZ Egyezmény 19. cikkelyének magyarországi megvalósulását (is) vizsgáló bizottság legfrissebb jelentésének, az 5. és 6. pontok kifejezetten a kiváltásról, valamint a támogatott lakhatásról szólnak. A jelentés az intézményes ellátáshoz köthető folyamatok esetében tapasztalt jogsértést súlyosnak minősítette, hivatkozva a nagyszámú fogyatékos ember érintettségére, különösen az értelmi és pszicho-szociális fogyatékosokkal szembeni diszkriminációra, valamint a társadalomtól való állandósult szegregációra, izolációra. A jogsértés több aspektusát rendszerszintűnek is minősítették, amely a jogszabályok, intézmény- és szolgáltatórendszerek, támogatások szintjén való „kódoltságra” utal.

Összefoglalás

A kiváltás, intézettelenítés magyarországi folyamatát sok kritika éri. A folyamatjelleg hangsúlyozása kulcsfontosságú, ugyanakkor kiemelt figyelmet szükséges annak szentelni, hogy a kiváltás legfontosabb lépésének tartott támogatott lakhatás szolgáltatások létesítése, működése esetében nagyon sok további, alapvető változtatásra van szükség ahhoz, hogy az megfeleljen az ENSZ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezményének a 19. cikkelyében rögzítetteknek, amely az önálló életvitelhez és a közösségbe való befogadáshoz való jogról szól. A szükséges változtatások irányként azonosítottuk az érintett fogyatékos embertársak valódi választási lehetőségeinek és gyakorlatainak erősítését, az autonómiájuk szélesítését, biztosítását; a szociális és egyéb korszerű szemléletű támogatásokat nyújtó szolgáltatások kapacitásbővítését, hozzáférésük (területileg és nyitvatartás értelemben is vett) jelentős javítását; olyan új, jó nemzetközi gyakorlatok bevezetését, mint a személyre szabott költségvetés illetve a személyi asszisztencia; a nyílt munkaerőpiacon való részvétel további erősítését valamint alternatív lakhatási lehetőségeket (akadálymentesített, megfizethető és hozzáférhető szociális bérlakás, illetve tartós bérlés).

Noha a magyarországi támogatott lakhatást ért kritikákat a kiváltással kapcsolatban és a kiváltás során létrejött támogatott lakhatásokra vonatkoztatva állapította meg az ENSZ szakértői bizottsága, a megállapítások egy része – mivel a szabályozást magát illeti – általában érvényes, csakúgy, mint azok a támogatott lakhatás gyakorlati működését érintő megállapítások, amelyek a kiváltástól függetlenül létrejött, működő támogatott lakhatások esetében is megszívlelendők! Rendkívül fontos lenne a meglévő gyakorlatok további kutatása, elemzése, értékelése, hiszen a gyakorlatban többféle megvalósítással lehet találkozni mind a kiváltással létrejött, mind az e folyamatól függetlenül megvalósult támogatott lakhatások esetében.

Természetesen egy olyan kezdeményezés, mint a kiváltás, hosszú – több évtizedes – folyamat. A kiváltás, intézettelenítés körüli nehézségek tükrö-

zódnek a különféle fogalom-meghatározásokban, -használatokban is. Azt gondolom, hogy messze nem csak a különféle fordítási, véletlen szóhasználati eltérésekről van szó, hanem jelzi magának az elérendő célnak (az intézettelénítésnek/intézménytelenítésnek) a hazai (szakmai) közvéleményben meglévő bizonytalanságait, nem egységes, nem teljes konszenzuson alapuló voltát.

Mindazonáltal vannak olyan – már több éve működő – jó gyakorlatok, kezdeményezések is Magyarországon, amelyek híven tükrözik a szükséges szemléletváltást, demonstrálják azt, hogy a jelenlegi hazai szabályozási, finanszírozási keretek közt is lehetséges mindezen célok megvalósítása. Mindezek jó alapot szolgáltatnak arra, hogy maga az egész szolgáltatási rendszer, az összes nagylétszámú intézményben és támogatott lakhatásban élők élete is sokkal jobb legyen, amihez folyamatos összetársadalmi (érintetti, döntéshozói, szakmai, lakossági) párbeszédre, elköteleződésre, változásokra van szükség.

Felhasznált irodalom

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2020): Inquiry concerning Hungary under article 6 of the Optional Protocol to the Convention : report of the Committee Link: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fHUN%2fIR%2f1&Lang=en (Utolsó megtekintés: 2021.01.20.)

EEG (2012): Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató : útmutatás a gyerekek, a fogyatékos-sággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről. Brüsszel. Link: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines-hungarian-version.pdf> (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

Fiala-Butora János – Rimmerman, Arie – Gur, Ayelet (2018): Article 19: Living independently and being included in the community In: Ban-

- tekas, Ilias – Stein, Michael, Ashley – Anastasiou, Dimitris (szerk.): The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Oxford, University Press, p. 530-558
- Fogyatékosággal Élő Személyek Jogaival Foglalkozó Bizottság [CRPD] (2017): Általános észrevétel a 19. cikkről: Önálló életvitel és a közösségbe való befogadás Link: https://emberijogok.kormany.hu/download/3/ea/52000/CRPD_5_szamu_altalanos_kommentar.pdf (Utolsó megtekintés: 2021.01.20.)
- Csumán-Lechner Alexandra [et al.] (2017): Intézményi Férőhely Kiváltási Terv : módszertani útmutató. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2018/09/IFKT_MODSZERTANI-UTMUTATO_EGYBEN_vegleges-2.pdf (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)
- Kinsella, Peter (1993): Supported living: a new paradigm. Manchester (GB), National Development Team
- Könczei György [et al.] (2015): A fogyatékoság-fogalom alakváltozásai In: A fogyatékoságtudomány a mindennapi életben. Budapest, BME Tanárképző Központ. Link: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412b2/2013-0002_a_fogyatekosagtudomany_a_mindennapi_letben/FM/sfmjs43g.scorm (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)
- Lendvai-Bainton, Noemi (2017): Translation and the challenges of supranational integration: the common grammar and its dissent In: Berger, Tobias – Esguerra, Alejandro (eds): World politics in translation: power, relationally, and difference in global cooperation. London, Routledge, p. 154-173
- Lisznyai Sándor (2010): Mi az intervenciónk alapja? : a fogyatékoság modelljei. In: Juhász Márta (szerk.): A foglalkozási rehabilitáció támogatása pszichológiai eszközökkel. Budapest, Typotex, p. 17-37
- Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (MDAC) (2017): Kényszerzubbony és elkülönítés : vizsgálat a Magyarországon fogyatékosággal élő fel-

nőttekkel és gyermekekkel kapcsolatos rossz bánásmód és elhanyagolás ügyében Link: http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/straight-jackets_and_seclusion.pdf (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

Ruzsics Ilona (2014): A személyre szabott költségvetés – a felnőtt értelmileg akadályozott személyek társadalmi integrációjának egy eszköze In: Esély 25. évf. 1. sz. p. 80-91. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2014_1/ruzsics.pdf (Utolsó megtekintés: 2020.09.20.)

Ruzsics Ilona (2015): A kitagolás folyamatai Európában és Magyarországon [e-tankönyv]. Szeged, Szegedi Tudományegyetem. Forrás: <http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html> (Utolsó megtekintés: 2020.09.15.)

Sándor Anikó – Kunt Zsuzsanna (2020): „A »gondozás« túlélést biztosít számunkra, a »személyi asszisztencia« életet” – A Személyi Asszisztencia Szolgáltatás szakirodalmi hátterének elemző áttekintése In: Szociálpolitikai Szemle, 6. évf. 1. sz. p. 5-26

Szalai Júlia (2002): A társadalmi kirekesztődés egyes kérdései az ezredforduló Magyarországon In: Szociológiai Szemle, 12. évf. 4. sz. p. 34–51

Hivatkozott jogszabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

2007. évi XCII. törvény a fogyatékkal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről

Tőkés Tibor

A félutas programoktól a támogatott lakhatásokig

Mottó: „...Magyarországon nem működik egyetlen utógondozóház (half-way house) sem, amely specifikusan az absztinenssé vált drogosok visszailleszkedésével foglalkozna.” (Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2000)¹

Absztrakt

A fenti megállapítás születésekor a szenvedélybeteg kezelési lánc minden eleme és intézménytípusa már létrejött, még ha jelentős aránytalansággal is, kivéve az utógondozáshoz, reintegrációhoz sorolható félutas házakat. A szerző elemzésében megpróbálja felderíteni ennek az okát, a kezelési lánc működését és annak változásait figyelembe véve – tekintve, hogy a félutas lakhatás, mint utolsó intézményi állomás, hatékonysága nagyban függ a láncban előtte szereplők teljesítményétől – és megvizsgálni, hogy a jelenlegi lehetőségek, és elérhető intézményi forma mennyire kielégítő ebből a szempontból.

Szemléletbeli változások a kezelési láncban

A magyarországi kezelési lánc még meglévő szolgáltatásai, intézményei egy olyan ideálisnak gondolt jóléti modell maradványai, melyek hatékony működéséhez a civil, állami és egyházi szektor együttműködése szükséges. A problémás szerhasználat megjelenésétől a reintegrációig vezető út hosszú, és nem mindenki ér a végére. A különböző ellátási formák, intézménytípusok ebben egy-egy állomást képviselnek, bár életútától függően akár átugorhatóak az elemek, és a szakmai szervezetek a kezelési lánc elejétől a végéig kapcsolatban állnak egymással. Az államnak az a szociális és egészségügyi programja, melyet a 90-es évek magyarországi szakpolitikája a nyugati jóléti állami

1. Nerada – Kolma (2000) p. 247

modellhez való felzárkózásának szándékával működtetett – egyre erősebb forráshiányokkal küszködve –, mára megváltozott. A társadalmi szolidaritáson alapuló, stigmatizációt és diszkriminációt csökkentő szemlélet háttérbe szorulása figyelhető meg a meglévő proibicionista jellegű drogpolitikához kapcsolódva. Ilyen a függőség aktív szakaszára jellemző fogyasztói tevékenységek beállítása (a média segítségével) negatív társadalmi mintának: pl. alkoholizmus és utcai, köztéri hajléktalanság összekapcsolódása, a mélyszegénységhez és/vagy az utcai használathoz kapcsolódó dizájner-droghasználat. Mindez negatív társadalmi hatásokat eredményezett. Ezek a célcsoportok jóval kisebb állami, majd társadalmi elfogadásban, pozitív szándékú nyilvánosságban részesülnek, mint korábban, erősödött a rejtőzködésük, és ezzel egy időben megfigyelhető a velük foglalkozó ártalomcsökkentő szervezetek támogatásának csökkenése, vagy megszűnése (és újabb jelenség a lakossági aláírásgyűjtés egy-egy új – nem is feltétlen szenvedélybetegeket ellátó – intézmény létrehozása ellen). A 2020-ra a kormányzat által stratégiai távlati célként jószolt drogmentes Magyarország nem valósult meg,² de a finanszírozott dropprogram-mentes Magyarország (2020-ban elmaradtak a kábítószergyógyi pályázatok) igen. A szolgáltatásokat, intézményeket fenntartó civil és egyházi szereplők finanszírozási arányában erős lett az eltolódás az egyházi szereplők felé, akik viszont sok esetben a civil szféra szereplőit, mint fenntartók foglalkoztatják tovább programjaikban. Régi-új tevékenységeik közül a szegregátumokban történő szerepvállalásuk kikerülhetetlen feladata lesz a felderített maladaptív sémákhoz kapcsolódó alkohol- és dropproblémákra (köztük a legális altatók, nyugtatók) adott intervenció (a felvilágosítástól a szerhasználók szakemberekkel való összekapcsolásán át a kezelőhelyig juttatásig). A paradigmaváltás következtében a változó ellátórendszer számára új kihívás a felderítés, a kliens/betegirányítás, kezelés és ellátás elérése, ill. működtetése. A hatékonyabb betegutak kialakítása szempontjából a stag-

2. 80/2013. (X. 16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. p. 13

náló, vagy megszűnő feladatellátások áthidalására kiemelt szerepet kaphat az addiktológiai tárgyú tudásátadás, amely a szociális és egészségügy szférája jóval több munkatársát tudja bekapcsolni a rendszerbe.

Kontaktpont és tudásátadás

A szenvedélybeteg drogkarrierje folyamán, a szerrel való „mézeshetek” elmúlása után káros egészségügyi és szociális következményekkel találkozhat. A mi szempontunkból a legfontosabb, hogy melyek azok a színterek, ahol állapotáról, választási lehetőségeiről információval rendelkeznek.

A legelső szakmai találkozás a problémával a korai kezelésbevitelhez kapcsolódik, itt történik meg a probléma felismerése és korai stádiumú elfogadása, a potenciálisan veszélyeztetetteknél is. Az ártalomcsökkentő programokkal a szemléletváltás és az ehhez kapcsolódó forráselvonás miatt már csak nagyon kismértékben lehet számolni, vagyis „küldő” szervezetként már csökkent a jelentőségük. Az alacsonyküszöbű ellátások, közösségi ellátások, mind a szenvedélybetegség felismerésében, mind kezelésében fontos szerepet töltenek be.

A rendszerben korai szerhasználattal megjelenő fiatalokat ideális esetben megpróbálják a kapcsolatot felvevő szervezetek, intézmények munkatársai a felderítés után kiemelni, ill. a számukra legmegfelelőbb ellátási forma felé integrálni, de amennyiben ez rögtön nem sikerül, később folyamatosan történnek kísérletek erre, és nem csak utcai megkereső tevékenységeknél, mert ugyanez hajléktalanszállók, nappali intézmények esetében is elmondható. Alkoholbetegekkel nagy számban találkoznak körzeti orvosok, családsegítő központok munkatársai. Az alapvető információkkal bíró segítő szakember megfelelő intervenciója a kezelési láncban való elinduláshoz egy alapfeltétel, és ezeknek a területeknek a fejlesztése célzott programokkal, a felvilágosítástól (pl. kistéleplések szociális szakemberei számára) az addiktológiai tárgyú képzésekig kiemelt fontosságú lenne, ennek hiányában a jó gyakorlatok inkább intézményspecifikusak maradnak.

Kezelés és ellátás

Következő helyen említeném a szenvedélybetegek találkozását az egészségügyi rendszerrel, ami elsősorban a járó- és fekvőbeteg szakellátást takarja. Drogambulanciák, addiktológiai osztályok a legjellemzőbb állomások. Bár itt nagyon sok időt eltölthet a szenvedélybeteg, sokszor látszólag eredménytelenül, mégis a tudásátadás fontos színterei, ez a felépülési modell elszánás előtti szakasza, itt történik a változásra való elszánás és döntés is. Ez utóbbira már sok addiktológiai osztály fel van készülve (az elmúlt 10-12 év komoly szemléletbeli változásokat eredményezett) mind drog, mind alkoholerápiás részleggel, akár az egyik leghatékonyabb kórházi körülmények között működő programmal, a csoportterápiára épülő 12 lépéses Minnesota-moddellel is. Velük már találkozhatunk az országban több helyen (Budapest, Debrecen, Miskolc, Sopron, ill. az „első, az „alap” intézménnyel, Szigetváron). Drogfogyasztók esetében általában nem ez az utolsó állomás a reintegrációjuk felé vezető úton, viszont az alkoholbetegek zöme itt válik először tartósabban absztinenssé. Az innen kikerülő, hosszúterápiás rehabilitáció felé (egyelőre) tovább nem lépő szenvedélybetegek már megjelenhetnek a félutas otthonokban.

A következő intézménytípus egyfajta drogfogyasztó életút-időrendiségben a terápiás közösségeknek (TC)³ tekinthető drogrehabilitációs intézmények. Változó, 3 hónapostól a másfél évet is meghaladó felépülés-orientált szemlélettel találkozhatunk programjaikban (Portage, Minnesota, stb.). Fizikai elhelyezkedésükben – zömükben városoktól távolabb találhatóak, családi házas-tanyás típusú környezetben – a kezdetektől fogva igyekeznek kivonni magukat a városok zajos, fogyasztási kultúráját preferáló hatásai alól, amely a felépülőket visszahúzza a régi működésbe. Hiánypótló, rendkívül hatékony működésüket annak is köszönhetik, hogy „az egészséggel kapcsolatos orvoslás visszaszorult a betegségekre koncentrálnó gyógykezelésekkel

3. B. Erdős – Kelemen (2015) p. 44

szemben. A visszaszorulást a vallási, spirituális elemek kiküszöbölésének törekvése indokolta”.⁴ Továbbá a magyarországi túlterhelt, forráshiánnyal küszködő addiktológiai osztályok stagnáló terápiás programjait nem kiegészítette a gyógyszeres kezelés (vényköteles pszichoaktív szerek), hanem prioritásával a legjelentősebb tényezővé vált.⁵ A forgalmazó profitorientált vállalatok folyamatos lobbitevékenysége és az általuk finanszírozott kutatások szelektív publikációja a mai napig befolyásolja a diagnózis felállítása utáni intervenciók irányát.⁶ A szakma eme „vakfoltjára” adott válasz mutatkozik meg a terápiás közösségek és a spirituális önségítő csoportok (A.A., N.A.) hatékonyabb működésében, ahol az absztinencia eléréséhez a teljes gyógyszermentességet is végcélként tekintik. A közösségi modellen alapuló gondolkodásmódjukat jellemzi a folyamatos tapasztalatgyűjtés, annak alkalmazása és széleskörű, mindenki számára érthető megosztása. Ezért, lehetőség szerint, a rehabilitációs intézmények igyekeznek a terápia során teljesen szermentessé tenni a felépülőt (szakorvosi kontroll mellett). Nagy hangsúlyt helyeznek a családdal való kapcsolattartásra, és amennyiben esély nyílik rá, kísérletet tesznek a megromlott, eltorzult viszony helyreállítására. Mivel a család rendszerként funkcionál, és tagjai kölcsönösen hatást gyakorolnak egymásra (és ezen a családi színpadon a visszatérő felépülő szerepe továbbra is a „drogos”, vagy az „alkoholista”), a rehabilitáció utáni élet sikerességében fontos, hogy a család elfogadja a változást, abban a mértékben, amennyire erre képesek.

Dilemmák a kezelési lánc végén

A rehabilitációs program vége felé a szakemberek, saját élményű segítők szembesülnek a szenvedélybetegek lakhatási problémájával. A rehabilitációs

4. Kelemen (2007) p. 251

5. A vényköteles pszichoaktív szereket használó felépülő azonban egy idő után könnyebben visszaesik, egyrészt fiziológiai okokból, hiszen szervezete, idegrendszere biokémiai szinten sem tanulja meg a helyreállítást, az „önmagára” támaszkodást, valamint saját maga számára sem őszinte a leállási kísérlete, mivel egyfajta „mankót” használ, és ez az új felépítendő énképét, önbecsülését torzítja.

6. Kovács (2007) p. 388

otthonok terápiais ideje az évek folyamán rövidült, míg korábban két évet is eltölthetett valaki az intézményben, mára már ez az adott esettől függően csökkent, ugyanis – az intenzív tudásátadás után – teljesen védett környezetben nem lehet ezt életszerűen gyakorolni, alkalmazni. A kiléptető szakasz (re-entry) a TC-n kívül is zajlik.⁷ A legideálisabb ilyenkor a félig védett környezet, de fölmerül a kérdés, hová? A családhoz való visszaköltözésnek több akadály is lehet: már nincs hova visszamenni, vagy a család nem akarja, vagy elfogadta volna, de pszichikailag rossz környezetben, amin nem sikerült a konzultációk során változtatni, és akkor újra visszaesik a felépülő. Az önálló élet első hónapjaiban minden nagy kockázatú helyzet kerüendő, ez is tapasztalat. A rehabilitációs otthonok nagyobb része ösztönösen keresett választ erre a problémára a törvényi-finanszírozási lehetőségek hiányában. Legtöbbször a rehabilitációs otthonokhoz kapcsolt kiléptető-lakásokban (mely lehetett egy, az otthon által finanszírozott bérlémény is a kistelepülésen) oldották ezt meg, hogy az első szárnypróbálgatások a félig védett környezetben történjenek, hasonló házirendet alkalmazva, mint a rehabilitációs otthonban megszokott. Nagyobb városokban néhány szervezet valamilyen általuk működtetett droginformációs kontakt ponthoz köthetően próbálkozott védett albérlet működtetésével. A spirituális közösségek tagjai, hasonló szándékból, a rehabilitációs otthonok és gyűléshelyszíneinek (A.A., N.A., stb.) földrajzi rádiuszában költöztek közösen albérletbe (pl. Baranya megyében), erősítvén egymást, így szűrve ki a közös albérletek gyakori velejáráját, a véletlenszerűen kapott szociális fogyasztó lakótársakat. Viszont a rehabilitációs intézmények azért sem fejlesztettek ebben az irányban, mert az ő szeptük ebben a kezelési láncban a közösségi terápia, ami bőven ad feladatot, és a maguk küzdelme a törvényi keretek komfortosabbá tételére, és a kínzó finanszírozási problémák megváltoztatására a törvényhozói szinttel elég feladatot adott nekik az idők folyamán. A félig- elengedés sem tud ideális

7. B. Erdős – Kelemen (2015) p. 43

felépülést biztosítani a saját rehabilitációs otthon árnyékában, ill. a piaci viszonyok által meghatározott albérletárak is túl magasra teszik a léceket a kiköltözők számára az első hónapokban. Viszont a probléma fennmaradt: a számos szervezet munkáját, állami és civil szervezet, intézmény erőforrásait felemésztő felépülési folyamat végén esély nyílik (nyilván nem mindenkinél) a visszarendeződésre, ami emberi és szociális szempontból sajnálatos és romboló, gazdasági szinten pedig pazarlás.

Törvényi keretek

Bentlakásos intézmény létrehozására szenvedélybetegek számára, a rehabilitációs otthonokon kívül kevés lehetőség volt. A tanulmányt indító mottó, amely 2000-ben jelent meg, nem indított el semmiféle változtatást egy, a problémához kapcsolódó intézményi keret létrehozására. Az 1993. évi III. törvény, és az 1/2000 SZCSM rendelet korábban leginkább kétfajta intézménytípust ajánlott, alapvetően más célokra: az egyik a szenvedélybetegek átmeneti otthona, a másik a szenvedélybetegek lakóotthona. Mindkettő személyi és tárgyi feltételei (a kiválasztott megfizethető ingatlan paraméterei – pl. akadálymentesség hiánya, emelet esetén lift beépítése, tűzjelző rendszer kiépítése, az egy főre jutó négyzetméterszám, a normatív támogatás viszonylagos alacsony összege stb. – meglehetősen nehezé tették volna ezek létrehozását egy-egy témával foglalkozó szervezet vagy rehabilitációs otthon számára. Ezek nagyobb része maga is küszködött ezen feltételek megteremtésével a saját intézményében, és a rehabilitációs otthonok közül többen évekig harcoltak a stabil működéshez elengedhetetlen NEAK finanszírozás megszerzésével. A Baptista Szeretetszolgálat ilyen célból 2003-ban hozott létre szenvedélybeteg lakóotthont először Debrecenben, majd Miskolcon, a budapesti Utcafront programjához kapcsolva – amely program a hazai szenvedélybeteg kezelési lánc korai elérési fázisának erőssége volt –, de a példa nem tudott ragadós lenni, a fentebb említett nehézségek miatt. Ennek az általam jobban ismert két otthonnak az életét is végigkísérték az újabb és újabb

hivatali követelményeknek, szakmai és tárgyi feltételeknek való folyamatos, utólagos megfelelések. Időközben finanszírozás szempontjából is egyházi szereplővé válva, az egyházi kiegészítő normatív támogatás biztosította a romló gazdasági helyzetben a megnyugtatóbb működést, és ez a személyi feltételek megfelelő biztosítását is jelentette, szakítva a sajtóságos hazai gyakorlattal, ahol sok esetben a szférát a kötelező minimális létszám fenntartása jellemezi, alulfizetett vagy gyakran cserélgetett pályakezdő szakemberekkel. Később erre a feladatra, mint típus, már csak a szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthona maradt egyedül, egészen a támogatott lakhatások megjelenéséig.

Támogatott lakhatás

2013-ban a fogyatékkal élők, pszichiátriai és szenvedélybetegek nagy létszámú, ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos intézményeinek férőhelyeit elkezdtek kisközösségeket befogadó otthonoszerű lakhatással kiváltani, ez lett a támogatott lakhatás (a 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozat alapján). Ez az új szolgáltatási forma a fentebb említett célcsoport számára az egyik legátfogóbb, a betegek bio-pszicho-szociális állapotának fenntartása és javítása szempontjából a leghatékonyabb, és legrégebb óta várt szabályozás. Szendélybetegek támogatott lakhatásai is elkezdtek sorra létrejönni, mind absztinens, mind absztinenciát nem kérő szakmai programokkal. Ekkor vált nyilvánvalóvá, hogy az igény valós egy hasonló finanszírozott ellátási forma iránt. Maga a lakhatás létrehozásának fizikai-tárgyi követelményrendszere is könnyített (korábban hasonló esetben pl. akadálymentesség, nagyobb négyzetméterű közösségi és lakószobák stb. voltak a feltételek, legtöbbször sikeresen visszatartva a szervezeteket). A tapasztalat azt mutatja, hogy ezzel együtt nagyon is indokolt esetben hoznak létre szervezetek támogatott lakhatásokat (mindhárom célcsoportra). A korábbi években a befogadásokat kísérő parazitizmus, a „szocio-biznisz” itt nem érvényesül. Ettől függetlenül elmondható, hogy a nem a kitagolásokhoz kapcsolódóan létrejött szenvedélybeteg támogatott lakhatások az ellátási szükségletüket

hozzáfinomították, esetenként belepréselték a lehetőség szerint elérhető szakmai-törvényi keretekbe. Kérdés: akkor milyen lenne az ideális, finanszírozott ellátási forma?

Félutas házak elképzelt keretei

Érdeemes most már a teljesség igénye nélkül felsorolni azokat a jellemzőket, ami a felépülő szenvedélybetegek lakhatási sajátosságait meghatározzák.

- *a protokollja és követelményrendszere felépülési programokhoz (anonim csoportok, Portage-modell, stb.) kapcsolódjon*

Tapasztalat, hogy az alkohol illetve drogfogyasztói magatartás a személyiség alakulására is hatással van, ezért annak megváltoztatása is csak a rehabilitáció szakaszában következhet be, mikor a szerfogyasztást már elhagyták. A függő személynek újra kell tanulnia azokat a készségeket, amelyeket az élet hatékony viteléhez, a stresszhelyzetek megoldásához, illetve a társas kapcsolatok értelmezéséhez korábban társított. Ez a folyamat egy támogató és biztonságos rendszerben tud megindulni, ahol az absztinencia elérése/fenntartása egyszerre cél és egyszerre azon túl mutató feladat is. A felépülés négy dimenzió mentén, az egyéni pszichés adottságokat szem előtt tartva, a változás iránti elköteleződést preferálja:

1. az absztinencia elérése mellett testi és mentális egészség elérése
 2. szociális dimenzió: biztonságos lakhatás, környezet megteremtése
 3. célokkal rendelkező rendszeres tevékenység (munka) kialakítása
 4. társas kapcsolatok rendezése, új, szeretetteljes kapcsolatok kialakítása
- *igény szerinti gyorsított eljárás a bekerülésnél (életszerű helyzetekre való törekvés, átmeneti elhelyezés az állapotfelmérés idejéig)*

A jelenlegi gyakorlat a támogatott lakhatás igénybevételét a komplex szükségletfelméréshez köti. Annak elvégzése, kézhezvétele után lehet beköltözni a támogatott lakhatásba. Ha a kezelési lánc gyakorlati protokollját nézzük, a legtöbb esetben a támogatott lakhatásba jelentkező kórházi addiktológiai osztályról vagy bentlakásos rehabilitációs otthonból érkezik.

Már kikerül a védett és a felépülését támogató környezetből, de még nem kerülhet be a következő szintre (TL), mert nincs meg a komplex felmérése. Lehetőségei korlátozottak és a törekeny absztinenciáját veszélyeztetőek: vagy egy jóval alacsonyabb felvételi kritériummal bíró szociális ellátórendszeri intézménybe megy (pl. hajléktalan szálló, krízisszálló) ahol nagy valószínűséggel találkozni fog szerfogyasztókkal, vagy visszamegy a családjához, akik eleve megszenvedték már a függőségét, és bizalmatlanul fogadják ezt a józanodási kísérletét is. A lehetséges megoldások közül a korábbi kezelőhelyen elvégzett komplex szükségletfelmérés folyamatának elindítása/lefolytatása lenne jobb gyakorlat, de még inkább, ha az adott támogatott lakhatás vizszenametőleg is elszámolhatná a felvétel napjától az igénybevételt.

- *nagyobb hangsúly a felvételnél a félutas ház segítőinek (a támogatott lakhatások külső „szakértői” által végzett komplex állapotfelmérés szükségtelen volta, kiváltása esetleg a segítők kötelező továbbképzésével)*

Ez a probléma összefügg a fentebb említett kérdéssel, mert, ha a támogatott lakhatás intézményvezetője/kompetens szakembere elvégezhetné a szükségletfelmérést szenvedélybetegek esetében, külső szakértő bevonása nélkül, akár már a felvételt követően azonnal, nem kellene a köztes időt átmeneti lakhatásokban megoldani, veszélyeztetve ezzel a jelentkező állapotát. A 2020. év nagy tapasztalata a pandémiás állapot hatása az ellátórendszerre, megmutatva annak sebezhetőségét. A külső szakértő megkerülhetetlen szerepe ilyen helyzetekben problémássá válhat.

- *célszerű lenne az intézményen kívüli kötelező szolgáltatási elemeket biztosító szervezetek kibővítése, az intézmény választási lehetőségeinek szélesítésével*

A tapasztalat szerint a felépülési programban résztvevők számára nem javasolt még aktív szenvedélybetegekkel egy közösségben lenni (közösségi, nappali ellátások), legfeljebb üzenetátadás céljából. A felépülés-központú támogatott lakhatásokban már a szervesen kapcsolódó szakmai, közösségi programokban való részvétel az evidencia. Egy gyakorlati példát véve, az 1993.III. tv. 75. § (1) által megnevezett, számukra hasznos tanácsadás a

felépülő programokban általuk választott szponzor útján valósul meg, ill. gyakran addiktológiai konzultánsok, drogambulanciák képzettebb szakembereit igénybe véve. A megfelelő szolgáltatási elem megvalósításához a jelenlegi TL szabályozás tág keretet biztosít, de célszerű lenne protokoll (és akár szociális törvényi) szinten a szolgáltatási gyűrű kibővítése, az alapszolgáltatások kötelező választásának alternatívájaként.

Konklúzió

Láthatjuk, hogy a szenvedélybeteg félutas lakhatási program, hosszas bujdosás után 20 év alatt eljutott az alapvetően kitagolt intézmények számára létrehozott ellátási formáig, beilleszkedve annak kereteibe. Elmondható, hogy a támogatott lakhatásokhoz kapcsolódó jelenlegi szabályozás, annak rugalmas komplexitása, és az érintett szakhatóság által a változások nyomán követése, a folyamatos feedback biztosítja a zavartalan működést a vendég-szereplők számára is. Viszont a kérdés magától adódik: vajon hány olyan valós szolgáltatási igény lehet még, ami nem (vagy csak halkán) hallatja a hangját, és finanszírozott kereteket kívánna?

Felhasznált irodalom

- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm>
- 80/2013.(X.16.) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013-2020. Link: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_237933_EN_Nemzeti%20Drogellenes%20Start%C3%A9gia%202013-2020%20\(HU\).pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_237933_EN_Nemzeti%20Drogellenes%20Start%C3%A9gia%202013-2020%20(HU).pdf)
- 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról. Link: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=140698.204847

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. Link: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>
- B. Erdős Márta – Kelemen Gábor (2015): A terápiás közösségek értékelésének kérdései. In: Szociális Szemle, 8. évf. 1-2. sz. p. 220-234
- Kelemen Gábor (2007): Egészségtanulás és rehabilitáció. In: Lege Artis Medicinae, 17. évf. 3. sz. p. 250-253
- Kovács József (2007): Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Budapest, Medicina Kiadó.
- Nerada Máttyás – Kolma Dávid (2000): Gyógyult ópiátfogyasztók önszervezetei. A visszaesés megelőzése és a szenvedélybetegek utógondozása. In: Ritter Ildikó (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. Budapest, Ifjúsági és Sportminisztérium. p. 241-250

Emberek, életek, történetek a támogatott lakhatásban

Az interjúkat készítette és a szöveget összeállította:
Szirtes-Tankó Tünde

Bevezető

Az alábbi szerkesztett történetek alapjául szolgáló interjúkat az ország különböző településein készítettük fogyatékos, szenvedélybeteg és pszichiátria támogatott lakhatásban élő, különböző korú férfakkal és nőkkel. A célunk az volt, hogy a szakmai oldal mellett felvillantsuk a szolgáltatás személyes vonatkozásait, megszólaltassunk olyanokat, akik alanyai a támogatott lakhatásnak – olyan kérdésekre keresve a választ, hogy honnan jöttek, hogyan jöttek, hol állnak most és hová tartanak, valamint láttatni akartuk, hogy a támogatott lakhatás szolgáltatás hogyan tudja előmozdítani életminőségük javulását, társadalmi integrációjukat. Bár tudjuk, hogy az élet nem ennyire rózsaszín, a bemutatott történetek mindegyike „sikergyánús”: olyan embereket ismerhetünk meg, akik életük egy pontján a TL-t választva hathatósan tudtak javítani körülményeiken.

Örültünk az irántunk tanúsított bizalmuknak, és hálásak voltunk a nyitottságukért, hogy nem könnyű életük részleteibe is beavattak minket. Az anonimitás megőrzése érdekében mellőztünk mindent, ami révén beazonosíthatók lehetnének, ugyanakkor nagyra becsüljük – ezért igyekeztünk hűen visszatükrözni – stílusukat, gondolkodásmódjukat, véleményüket.

Fogyatékos személyek támogatott lakhatása

„Előnye van inkább szerintem” (30-as férfi lakó)

Kiskoromban a szüleim elvesztése miatt kerültem intézetbe. Mikor intézetben voltam, de már dolgoztam, volt egy barátnőm, aki ismerte itt a vezetőt. Az ő családja megkérdezte, hogy bekerülhetnék-e ide. Itt megkérdezték, hogy milyen papírjaim vannak, akkor rehab ellátást kaptam, és le voltam százalékolva. Bekérték a papírokat, hogy megnézik, és ha jó, akkor jöhetnek.

Anno én még huszonéves koromig bent lehettem az állami gondozásban, asszem most már 18 éves kor után kiszórják a gyerekeket. Régebben is 18 év volt, aztán felemelték 20-ra, aztán 24-re, de most már megint 18, ha jól tudom. Az a baj, hogy az intézetben sok srác volt, meg lány is, akik nem jártak iskolába, csavarogtak, néha drogoztak is, és azért is mondták, hogy minek legyenek ott 24 éves korig, ha iskolakerülők vagy munkakerülők. Az a baj, ha az ismerősöket nézem, vagy azt, aki a lakótársam volt, nagy része elzüllött lett, elkallódtak. 18 évesen a szülő megkapta a gyereket, jól kismimizte és utána meg „oldd meg fiam”. Nem csoda, hogy utána börtönbe is kerülhettek, mert bűnöztek, meg prostituáltak lettek stb. Addig kellett a szülőnek, amíg a pénze tartott. Nekem is van ismerősöm, aki az utcán él. Engem is gondnokság alá helyeztek, mert azért engem is sikerült megvezetniük, amikor az intézetből kijöttem, meg azért elég sok pénzt eltapsoltam én is, de volt is segítségem sajnos. A gondnokommal megbeszéltük, hogy a házam árából, amit eladtunk, abból apránként tudjuk fizetni az adósságot. De én nem éltem az utcán, mert amikor kikerültem az intézetből, akkor beköltöztem az átmeneti szállóra. Többször költöztünk, az igaz, az egyik utcából egy másikba, azután még egyszer, ahol egy évig voltunk, és innen költöztünk a támogatott lakhatásba.

Amikor erre a szállóra költöztünk, igazából márt tudtuk, hogy lesz a TL, és már nagyon vártuk, de sokáig tartott, amíg elkészült. Jó volt a szállón is, igazából szerettem mindenhol lakni, de azért korábban, amikor a párommal már együtt voltunk, az intim szférát nem nagyon tudtuk megoldani, este mindig vissza kellett mennünk a saját szobánkba. Most már 4 éve lesz, hogy kiköltöztünk. Azóta hogy így vagyunk, meg is nősültem, itt tartottuk az esküvőt is. Láttam, hogy több előnye van. Az átmeneti szállón sokkal többen laktunk. Ide hatan költöztünk ki, ebből öten ismertük egymást, mert egy helyen laktunk. Az egyik hölgy szülőktől került be. Van még másik két lakás is. Amikor az X lakóotthon megszűnt, akkor onnan páran ideköltöztek, először a szállóra és utána a második lakásba. És aki a szállón

még jobb képességű volt, úgy értem, hogy sok segítségre szorulnak, de azért valamennyire önállóak is, ők kerültek a harmadik helyre. Mindenhol 6 ember lakik, összesen 18-an. Nálunk volt igazából az első, mert mi vagyunk a jobb képességűek, a másik két lakáshoz viszonyítva is, mert mi külső munkahelyen is dolgoztunk, a páromat kivéve, aki itt dolgozik, a többiek viszont külsősök voltak. Azért is jó a TL, mert az ember kerékpárral is el tud menni dolgozni, és vásárolni is tud. A szállón ezt nem nagyon lehet megtenni, a nevelők felelőssége is, hogy ha valakivel baleset történik. Itt vannak mozgásukban korlátozottak, és ha nekik nem lehet, akkor a másíknak miéért. Az ember a TL-ben egy kicsit szabadabb. Az átmeneti szállókon más szabályok vannak. Régebben próbálkoztak, hogy a párok külön legyenek, de sok volt a veszekedés, és ha a párok marják egymást, akkor annak nincs sok értelme. Ezért is jobb a TL, mert a párok egy szobában tudnak lakni, persze előfordul, hogy ott is összekap az ember, mi is szoktunk néha veszekedni. Az ember sokat dolgozik, én is és a párom is, és akkor ilyenek miatt is összezörren az ember. És néha a féltésen is, mert van, mikor több van, akkor jó, de van, hogy kevesebb a pénz, vagy kicsit többet költ az ember. A segítők is azért jók, mert segítenek beosztani a pénzt. Meg van sok papír, ami hivatalos, vagy az orvosi papírok, amiket nem értünk. Jó, az ember rákeres a neten, de nem mindig van ideje erre, és ha valaki tapasztaltabb, akkor jobban el tudja mondani. Hátrányát nem tudok mondani, mert nincs, előnye van inkább szerintem.

A TL-ben is van sok minden, ami még újdonság, úgy tudom, az államnak is új. Előtte nem tudtunk sokat arról, hogy milyen lesz. Beszélgettünk arról, hogy kapunk egy lakást, és fizetni kell a szállás díját, de nem lesz olyan drága, mintha az ember albérletbe menne. Azért támogatott, mert az állam ad hozzá pénzt. Ha az ember dolgozik és rendesen fizeti, lakhat benne, akkor lakhat ott hosszú távon is. Átmeneti szállón három évente felülvizsgálták. Akiknek nem volt hova mennie, azok persze maradhattak. Ha nincs vele baj, nem balhézik, nem jön be ittasan, ez kitétel volt, vagy

fegyverrel, tudatmódosító szerekkel. Ha valaki normálisan viselkedik, akkor maradhat akár tovább is utána. A TL-ben is van felülvizsgálat, pont most volt, itt is azt nézik, hogy milyen szociális szolgáltatások kellenek, meg hogy egyáltalán kell-e. Ha valaki úgy van vele, hogy van egy munkahelyem, van feleségem, akkor mondhatja, hogy akkor én már kettesben szeretnék lenni vele. Mondjuk, ha nincs ez a vírusos helyzet és találok külföldi munkát és ki akarnék költözni innen a párommal, ezt már előre megbeszélhetem a vezetővel és egy felülvizsgálatnál elmondhatom azt is, hogy ez a terv. De most nincs ilyen terv. Vírus is van, de ódzkodok is kimenni. Amíg egyedülálló voltam, és az építőiparban dolgoztam, akkor gondolkoztam rajta, hogy jó lenne kimenni, összeszedni magam. Az intézetben volt olyan időszakom, hogy csak péntek-szombat aludtam ott, és vasárnap már mentem a munkahelyemre X városba vagy oda, ahol éppen dolgoztunk. Velük mehettem volna külföldre, meggondolandó, elég jól lehet keresni külföldön, nagyberuházásokat csináltak. De egy idő után mondták az intézetben, hogy gondoljam át, mert ha csak a hétvégén járok haza, akkor nem tudok ott maradni. Ha maradni akarok, akkor fel kell mondanom a munkahelyen. Szóval nem kerestem rosszul, a külföldi munka még jobb lett volna, de ha külföldön lerobbanok, és haza kell jönnöm, akkor már nincs hova mennem. 18 éves korom után eladtuk a lakásomat, amit örököltem, eléggé lerobbant állapotban volt, és az intézetbe se mehettem volna vissza. Akkor hogy oldom meg? A munkahelyemen tudták, hogy intézetben lakom, ezeket elmondom mindig, hogy tisztában legyenek velem. Mondtam, hogy választás elé állítottak. Mert másoknak is kellett volna a hely. Utána volt még egy hét munka a határ mellett, azt még megcsináltam, azután eljöttem.

Amikor az átmeneti szálláson laktam, itt dolgoztam a városban. Mentem 6-ra és fél 11 körül végeztünk. Az egész délután szabad volt, ha volt maszek munka, akkor elmentem egy kicsit maszekolni. 32000 Ft-om volt, úgyhogy elgondolkoztam, hogy ebből hogy élek meg, hogy az átmeneti szállást is fizetem. Az intézetben is kellett fizetnem 18 éves korom után, de akkor az

építőiparban dolgoztam, és nem kottyant meg. Amíg nem kaptam meg a rehabot, addig nehéz volt, igaz, hogy csak 12000 Ft-ot kellett a szállásért fizetni. De ekkor még dohányoztam is sokat, most már nem annyira, és szerettem az édességet is, és a bérletemet is ebből kellett megvennem. Nagyon nehéz volt az elején. Aztán megkaptam a rehabot, ez már mégiscsak több, mint a semmi. Most nem panaszkodhatok. Most egy nagykerben dolgozok 6 órában, ami fizikálisan nagyon kemény, de most több ellátást kapok és a fizetés sem olyan rossz, és SZÉP kártyát is adnak. Nyáron nagyon kemény, akkor gondolkozni szoktam a váltáson. A nyolc órásk majdnem a dupláját megkapják, mint amit én, ami valahogy nincs rendben. Most a vírus miatt nem merek ugrálni, mert ha bezárják az új helyet, akkor megint munka nélkül vagyok. Ide másodszor jöttem vissza, úgy vagyok vele, hogy nem szívesen mennék el úgy, hogy utána nem tudok visszajönni. Az meg jogos, hogy nem vesznek vissza megint, mert ha már kétszer elmentem, akkor gondolhatják, hogy harmadszor is el fogok. Majd jövőre meglátjuk.

Ebédkészítésben, vásárlásnál szoktunk még segítséget kapni. Régebben úgy volt, hogy a segítőkkel együtt jártunk vásárolni. Most csak ők mennek, mert kijárási tilalom van, csak munkába lehet menni, meg a szabadban sportolni kíséreléssel. Kapunk ellátmánypénzt, a reggelit és a vacsorát vesszük, az ebédet pedig itt kapjuk. Hétfőig meg főzünk. Akkor összebeszélünk, hogy mit, és hogy miből mennyi kell. Mind a hatan együtt szoktunk. Ha nincs vírus, egy-két ember megy el vásárolni a segítőtől, azok, akik a legjobban ráérnek. A támogató szolgálattal is meg tudjuk oldani, ha hét közben vásárolunk. Ha be kell zárni a vírus miatt itt a központban, akkor az ebédet kihozzák autóval. Régebben az ember mondta a magáét, hogy munka után kellett még vásárolni menni, és akkor nem tudtam biciklivel menni dolgozni, és haza kellett cipelni a dolgokat. Mondjuk nem mentünk minden nap, csak csütörtökön és pénteken és legközelebb egy hét múlva. Csináltunk levest, rántott húst, és akkor kellett venni húst, krumplit, és sokat kellett cipelni, az nehezebb volt, főleg munka után. Én amúgy nem vagyok csavargós, a

téli időszakban meg nem zavar a bezártság. De igazából jobban szerettem régebben, hogy szabadabbak voltunk, mint most. Lehet, hogy valakinek ez kényelmesebb, néha nekem is jólesik, hogy megkérem a segítőt, hogy hozzon egy kólát vagy valamit, de én nem szeretem ezt annyira, hogy így kiszolgáljanak. Mikor feloldották a karantént, akkor örültem, és mindjárt két szatyorral jöttem haza a boltból, persze, mert a többieknek is vásároltam.

A párommal a TL sokkal jobb, az ember együtt kel, együtt fekszik. Van még egy pár nálunk, ők eljegyezték egymást, sajnos lakodalmat nem tudnak csinálni a pénz miatt. Nekünk volt lakodalmunk, itt volt a központban, nem templomban, de volt valaki, akinek van teológus végzettsége és az áldását adta. Azért volt ez így jó, mert a párom más vallású mint én, és akkor valakinek át kellett volna térnie. Amikor az elején mondtuk a vezetőnek, még hülyéskedésnek vette, hogy össze akarunk házasodni. Anyagilag sem voltunk úgy eleresztve, azt gondolta, hogy majd elmúlik. Beszéltünk a segítővel az esküvőről, és mondta, hogy csináljunk meghívót, és odaadtuk X bácsinak. És akkor látta, hogy hát ők akkor mégsem viccelnek. Nem hitte, hogy komolyan gondoljuk, de amikor látta a meghívót, akkor tudta, hogy tényleg össze akarunk házasodni. És megtartottuk, és volt egy kis dínom-dánom, táncolás. Mondjuk nem volt olyan, mint a filmekben, mi nem gyűjtöttünk az elejétől a nagy napra, nálunk nem volt ilyen. De így is nagyon jó volt. Egy meleg napot fogtunk ki, kellemetlen volt az öltönyben, de az ugye kellett. Meg az előtte levő egy vagy két hét volt komoly. Volt egy zakóm, de kicsi volt. Mondtam, hogy én már nem fogok zakóra költeni, ha már van egy. Egy nadrágot vettünk, azt lehetett külön is. Azt mondtuk, hogy nem veszünk zakót, hanem tessék belefogni. Én szeretek nassolni, és a segítők tudták ezt, és eltették az egészet a szekrény tetejére, hogy ne is lássam. És sikerült belefogni. Próbáltam úgy hozzáállni, hogy arra a napra sikerüljön.

Nem mondom, hogy a párommal nem szoktunk összeveszni, a dohányzáson szoktunk. Néha többet szívok, és az a rossz, hogy elég drága az IQOS, és ezen szoktunk összeveszni. Nem iszom, jó, volt úgy, hogy becsíptem, de

ezzel soha nem volt gondom, nem drogozom, nem szerencsejátékozom, megdolgozom a pénzért, és a fejéhez vágtam, hogy ha ezt az egy dolgot csinálom, akkor miért baj. Az a baj, mondta, hogy megveszem és a nap végére már nincs, azt meg nem lehet, hogy naponta több dobozzal veszünk. Itt meg többet kell szívni, hogy azt érezzem, mint a ciginél. Múltkor a segítőnek is panaszkodtam emiatt, és ő is elmondta a véleményét, mondjuk ő is a párommal ért egyet, hogy tényleg sokat szívok. Kell az önkontroll, és azt tanácsolta, hogy ha tudod, hogy van 10 szálad, akkor azt kell beosztani egész napra. Vagy valami másról kell lemondani, de miről mondjak le, ha csak ez van. Kicsit összezörrentünk, akkor már ketten voltak, és beláttam, hogy jó, igazuk van. Most hétvégén is ez volt, elfogyott és kénytelen voltam cigit tölteni, de a régi cigit már nem akarom szívni, mert nem akarok visszaesni, ha már tavasz óta ezt az IQOS-t szívom, és csak nagyon ritkán szívok el egy szál cigit. Ezt a kollégámtól vettem, úgy láttam, hogy anyagilag is jó lesz, az elején jónak tűnt, most már nem nagyon éri meg, de már nem akarok a régihez visszatérni.

Azért szoktam le a rendes cigiről, mert a dohányos jobban veszélyeztetett a vírusban. Meg hallottam, hogy a túlsúly is probléma, és ilyenkor az ember meg van ijedve, hogy ez hosszú távon hova vezet. Fizikai munkát végzek, nem marad sok időm a sportolásra. Tavasztól késő őszig nem arról híres a munkahelyem, hogy csak 6 órát dolgozom. Az a baj, hogy én minden télen beteg vagyok. A vírust úgy fogom fel, mint az influenza, hogy velünk lesz a téli időszakban, és reméljük, hogy tavasztól őszig talán nem fog fertőzni és visszaszorul.

Pszichiátriai beteg személyek támogatott lakhatása

„Itt nagyon szerettek ebben a lakásban” (50-es házaspár)

Férj: Régen vagyunk ebben a városban, és négy éve lesz, hogy itt vagyunk ebben a lakásban. Nyolc éve vagyunk házasok. Előtte a közeli otthonban éltünk, ott ismerkedtünk meg. Én húsz éve kerültem oda, a feleségem meg

14 éve. Megszerettük egymást és a vezető megengedte, hogy összeházassodjunk. 2004-ben kértem meg a kezét és hét év múlva mondott igent. Volt egy kis menyegzőnk. Az otthonban van egy imaterem, ott volt az esküvőnk, azután meghívtunk minden lakót egy közös ebédre. 120 vendég volt, volt torta is. A szobor, ami rajta volt a tortán, az még mindig megvan. Egyházi esküvőnk volt, más vallásúak vagyunk, de jól megvagyunk, békeességben, szeretetben.

Feleség: Féltem a házasságtól, volt egy első férjem, az ütött, földhöz vágott, kórházba kerültem, ivott, elköltötte a pénzét. Én fizettem mindent és az anyósom. Az apám meg bevágta a fejemet kalapáccsal. Anyukám meghalt, eldobott. Megittam a sósavat, a felmeszelt hypot. A férjem vált el tőlem, mert megnősült még egyszer. Engem régen úgy hoztak be az otthonba, egy nővér és a vezető, úgy kerültem be. Január volt, esett a hó, hideg volt, az unokahúgomék kizavartak a lakásból, mert összekülönböztünk, és akkor el kellett jönni. Nem volt hova menni, nem volt saját házam. Ismertük a nővért és ő javasolta, hogy jöjjenek ide. Ők hoztak el kocsival. Fél gyomrom van, és cukros vagyok néhány éve. Itt nagyon szeretek ebben a lakásban és a dolgozókat is. A nővérem volt a gyámom, de már régen meghalt, öngyilkos lett, így nekem most nincs gyámom. Rossz életem volt nagyon, de most már jó, a férjem is nagyon jó hozzám, az itt dolgozók is jók hozzám. Szeretem nagyon a férjemet. Csöndes nagyon, én is csöndes vagyok, de én többet beszélek, mint ő. Apukája meghalt. Otthon sokat kapáltam, takarítottam, főztem, mostam, itt is mosunk, takarítunk, boltba járunk, bár most nem lehet menni sehova. Takarítani szeretek, színezni szeretek.

Férj: 35 évesen kerültem az otthonba, a feleségem pedig amikor 43 éves volt. Én úgy kerültem ide, hogy volt egy rosszul sikerült házassági kísérletem. A menyasszonyom először igent mondott, de aztán mégse jött hozzám. Ez nagyon megviselt, hiába voltam hitben. Sajnos nem tudtam megmaradni, nagyon magamba zuhantam, az italhoz is nyúltam és gyógyszereket is szedtem, de nem segítettek, és nem volt kapaszkodóm. A gyülekezetben sokat

segítettek. Két bácsi hozott el, miután beszéltek a vezetővel, aki mondta, hogy jöhetek. Két táskával jöttem, ruhákkal. Depresszióm volt és pánikbeteg voltam, nem merem sehova se elmenni, se vásárolni, nagyon beteg voltam. Volt már ott is gyámom, aki segített, és a gyülekezet is ezért gondolta, hogy jobb lenne itt. Nem éreztem jól magam otthon, egyedül laktam, egész nap feküdtem, nem mertem kimenni, félttem mindenkitől. Ez a betegségem miatt volt, de itt meggyógyultam Isten segítségével és jártam gyülekezetbe, hallgattam az Igét, és az Úr megépített újra. Egyszer hazamentem, de visszajöttem, vissza kellett jönni. Nem tudtam volna azt az életet élni, amit azelőtt éltem, hogy beteg lettem. Nem tudtam visszamenni dolgozni, leszázalékoltak. Elmentem egy napra, ott aludtam, másnap visszajöttem. Ez egy kis fellángolás volt, honvágyam volt. Elkéredzkedtem, elmentem. Nem maradtam. Ruhákat hoztam, mert maradt még ruha, és akkor visszajöttem másnap. Az anyukám is otthonban lakik. A szüleim elváltak. Újraházasodtak, és lett még két mostohatestvérem. Családban nőttem fel, nem otthonban. Édesapám korán meghalt, 19 éves voltam, amikor meghalt. Elég nehéz volt feldolgozni, még most is sokszor eszembe jut, hogy, ha élne, akkor talán nem történt volna ez velem. De hát ezt nem lehet tudni, ez így alakult. Falun laktunk, a halála után beköltöztünk a városba, elcsereltük a lakást. Másfél szoba volt, a félszoba kellett az öcsémnek. És akkor én elmentem albérletbe. Kilenc évig laktam albérletben, és utána összegyűlt annyi pénzem, hogy vettem egy szoba-konyhás lakást. És jártam dolgozni, 8 órában, akkor még bírtam. Asztalos munkát csináltam, de lakatosmunkához is értek, burkoláshoz. Kilenc évig dolgoztam a munkahelyemen, innen százalékoltak le. Ha nincs az a törés, akkor nem lettem volna rokkantnyugdíjas. Így alakult, de Isten jóra fordította. Megtaláltam a társamat. Mi vagyunk az egyetlen házaspár itt. Békességben, örömben vagyunk együtt, szeretjük egymást, tiszteljük egymást és megbecsüljük egymás munkáját. Megosztjuk a házimunkát. Műveljük a kertet. Segítséget is kaptunk, ültettünk együtt virágokat. A szomszédnak is segítünk, mert fáj a gerince. Jól vagyunk a szomszédokkal,

közösen járunk ebédért. Beosztjuk: mindig négyen megyünk, és elhozunk nyolc ebédet. Egyik nap én megyek, másik nap a feleségem.

Feleség: Mi megértjük egymást, nem veszekedtünk még egyszer sem. A férjem szokott segíteni takarítani, elhozza az ebédet, mert most nem lehet átmenni ebédelni, így átmegyünk az ebédért minden nap, hétfvégén is. Boltba járunk ketten, de most nem lehet, most a segítők vásárolnak be, reggelit és vacsorát. Nézzük a tévét, színezünk, beszélgetni szoktunk a szomszédokkal, rádiózzunk, sokat pihenünk. Jó volna már menni dolgozni.

Férj: Kicsit nehezebben telik el egy nap. Amikor dolgoztunk, az másfél óra volt naponta, reggel, délben. Úgy kezdtem el dolgozni, hogy megkért a vezető, hogy segítenék-e leszedni a tányérokat az asztalokról. Először még nem volt meg az új szárny, csak a régi. Egy névvel ketten csináltuk. Azután folyamatosan csináltuk, megszerettem. Aztán megépült az új szárny, és többen lettünk. Most is visszajárunk, dolgozunk, az edényeket lerámoljuk, az étkezőkocsikat lerámoljuk. Egy hónapja nem tudunk menni, előtte minden nap csináltuk. Most már nem pénzért, tavalytól nyugdíjasok vagyunk, ezért önkéntesen dolgozunk, de előtte közmunkásként pénzért csináltuk. Minden nap csináljuk, szeretjük csinálni, 19 éve csinálom, a feleségem 13-14 éve. Öt évig laktunk az otthonban, mint házaspár. Utána volt ez a lehetőség, amit felajánlottak. A vezető mondta, hogy fiatalok vagyunk, és el tudnának helyezni más módon. Megkaptuk ezt a szobát teljes egészében. Feleségem nem akart jönni először. Megszokta bent, és először féltünk az ismeretlentől. Aztán jöttek a segítők, megmutattak mindent, és így.

Feleség: Már megszoktuk, jó így.

Férj: Először rossz volt, mert ketten kellett a dolgokat megcsinálni, takarítani, vásárolni. Először eljöttek velünk, segítettek, megmutatták, mi hol van, és akkor a takarítást is megmutatták. Bent takarítónő volt, és nem kellett semmit csinálni. Bent csak az asztalok leszedését csináltuk, minden nap. Amikor kiköltöztünk, akkor visszajártunk minden nap. Járunk mi vásárolni régen is, de nem ennyire gyakran, és most már a reggelit

és a vacsorát is nekünk kell venni. Szalámikat szoktunk venni, sajtot, halat, túró, zsírt, tejfölt, változatosan, amit megszoktunk. Mi döntjük el, hogy mit veszünk. Van bent pénzünk, nekem van gyámom, de itt is segítenek, kikérünk költséget, 20000 Ft-ot, ebből vásárolunk, ameddig tart. Nem egyszerre adják, hanem mi szoktunk szólani, hogy most már elfogyott a pénzünk, és akkor újat kapunk. Nem költünk olyan dolgokra, ami nem szükséges. A mindennapi étkezéshez és az élethez szükséges dolgokat vesszük meg, mosószer, sampont, szappant, fogkrémet. Nem dohányzunk, nem iszunk. Ruhákat a segítőkkel szoktunk vásárolni, ami szükséges. Van, amikor ők szólnak, van, amikor mi. Törülközőt vettek a múltkor, ezt a takarót is most vettük, ágyneműt. A falvédőt kaptuk. Új ágyakat kaptunk nemrég, itt mindent kaptunk, minden itt volt, amikor jöttünk. A tévét azt vettük, a feleségem vette nekem születésnapomra. A hűtő, a szekrény, a székek, semmi sem a miénk, csak az a szép kis éjjeliszekrény, amin a tévé áll, azt én otthonról hoztam, emlék. Csak a ruhánkat hoztuk az otthonból.

Feleség: Ebéd után pihenünk, színezzük, rádiózunk, elmosogatunk, ekkor szoktunk segíteni a disznóknál. Vannak itt disznók, és azokat etetjük. A férjem fél bemenni az ólba, a malacok támadnak, ha kaját éreznek, így inkább csak segít. Most is 15 ládát hoztak, ebben segítünk, ki kell önteni. Ha esik a hó, eldobáljuk a havat, söprögetünk. Fizikailag jól vagyunk.

Férj: Azért is jöttünk ide, mert lakott itt egy idős néni a támogatott lakhatásban, akinek segítettünk a takarításban. A néni nem az otthonból jött, hanem egyből ide, nyolc évig lakott itt, de már meghalt. Neki segítettünk a kertben, ő gondozta mind a négy kertet itt, sokat segítettünk neki. Ránk maradt a munka, de örömmel csináljuk, mert szépek a virágok. Meg vagyunk elégedve, az itt dolgozók segítenek, kapunk zsebpénzt, segítenek az élet dolgaiban. Ha orvoshoz kell menni, akkor elkísérnek. Három évente van nálam felülvizsgálat, a gyámom szokott elvinni. Idáig megkaptam a rokkantságot.

Jó hogy ezt a lehetőséget megkaptuk, élünk is vele, jól megvagyunk itt, jó az ellátás is, és hisszük, hogy jót akarnak nekünk. Szeretnénk maradni, mert nem is tudunk elmenni máshova, nincs annyi pénzünk, hogy saját házat vegyünk. Jól érezzük magunkat, szeretünk dolgozni, munkálkodni, és szeretnénk még az otthonban dolgozni, ha a járvány elmúlik.

„Amikor ajánlották, akkor kaptam a lehetőségen, hogy átjöhessek ide” (40-es férfi lakó)

Öt éve lakok itt. Azelőtt egy faluban éltem, nem messze innen, apukámnak a szüleivel, de idősek voltak, és már meghaltak. A papám 1995-ben elhunyt, utána csak a mamámmal maradtunk ketten. Hat éve hogy meghalt. Nekem már régebben is javasolták, hogy miért nem megyünk időotthonba a mamával. Én sem vagyok olyan fitt, egészséges, és a mamám öregszik, és esetleg rosszabbodik az állapota. Erre azt mondtam, amíg lehet, addig nem megyünk. Az utcánkban lakott egy ismerős, aki itt dolgozik a nappaliban. És ő javasolta, hogy ha nem akarok az otthonba költözni, csak a nappaliba is járhatok, ha tetszik. Felkerestek és ajánlották, hogy próbáljam ki, de én először nem akartam, húzogattam a vállamat, hogy nem. De aztán elgondolkoztam, hogy az időmből kitelik. Otthon is azt csináltam, amit itt. Volt egy kis kert, kapálgattam, söprögettem, fűvet nyírtam, locsoltam. Időmből kitelte, és akkor egy nap bejöttem busszal - akkor még jobban tudtam mozogni. Körbevezettek az intézményben és tetszett nekem. Főleg az tetszett, hogy bár először busszal kellett járni, de utána eljöttek értem kocsival, és haza is vittek. Így rendszeresen jártam. A mamát közben egyedül hagytam, de megkértem a szomszédokat, hogy nézzenek rá, mert már akkor sem volt annyira jó állapotban, hogy egy egész napra ott lehessen hagyni. A szomszéd mindig jól kijött a mamával, és ezért segített engem is, hogy bejöhessek a napközibe, és tudtam, hogy a mama nem fog semmi rosszat csinálni a lakásban. Az utolsó hónapokban már nem lehetett rábízni a gáztűzhelyt, vagy a kazánt, mert úgy megpakolta, hogy féltünk, hogy felrobban. Csak

akkor mehettem, ha valaki segít. A mamám állapota tényleg rosszabbodott. Van neki egy lánya, a keresztanyám, ő segített, és két hétig ő, két hétig én ápoltam. De azután olyan rossz lett a helyzet, hogy csak fekvüdni tudott, és a lánya behozta ide magával, és már csak ő ápolta. Én meglátogattam minden hétvégén. Aztán elvitte a Jóisten a túlvilágra. Egy évet éltem egyedül, árultuk a házat, és sikerült is eladni.

Na, most én a támlakba úgy kerültem, hogy azt hittem, hogy itt a városban gyorsan fogok lakást találni miután elég hirtelen eladtam a lakást. Semmi gond, három hónap alatt találok albérletet vagy egy kis lakást és beköltözök. Nem találtam. Az intézmény vezetője felajánlotta a segítségét, hogy amíg nem találok itt lakást, addig lakhatok egy ingatlanban, egy családi házban. Két évig voltam ott, sokan laktunk együtt, kilencen, és amikor ajánlották, akkor kaptam a lehetőségen, hogy átjöhessek ide. Jól érzem magam. Megmondom őszintén, nem nagyon kerestem mást azóta. Megszoktam itt, és nagyon jó, hogy segítőkészek, elvisznek orvoshoz, elvisznek bevásárolni. Ha találnék egy ingatlant, és nekem egyedül kellene elmenni, mondjuk az egy km-re levő boltba, nem tudnám teljesíteni, főleg nem naponta. Sajnos egyre nagyobb fájdalmaim vannak. Kiderült, hogy porckorong kopásom van, nem cipekedhetek. A támlakon belül van egy támogató szolgálat, akivel kötöttem egy szerződést, hogy elvisznek bevásárolni, orvoshoz, ide-oda, ha el akarok menni a haverokhoz, oda is elvisznek. Bár a haverok általában elvisznek, mert a támogató szolgálat csak hét közben van, hétvégén nincs. Megszerettem ezt az életmódot. Ki kellett töltenem itt egy tesztlapot az életmódomról, és benne volt a kérdés a családról is. Ha netán úgy alakulna, hogy találnék egy párt magamnak vagy egy kapcsolatot, akkor esetleg elköltöznék. De amúgy, ameddig lehet, szeretnék itt maradni. Nincs korlátozva, hogy meddig lakhatok itt, akár életem végéig is maradhatok.

Most 46 éves vagyok, de sajnós el kell mondanom, hogy az utóbbi pár évben sok haveromat elveszítettem, ők is negyvenesek voltak. Majdnem mindegyikről azt mondhatom, hogy szívinfarktus vitte el. És ettől félek én is,

hogy netán én kerülök sorra. Közel voltunk egymáshoz, szinte mindent megbeszéltünk, hogy én hogy vagyok, hogy ők hogy vannak. És nekem hiányzik ez a társaság. Amíg nem volt a koronavírus, el lehetett menni hétvégére a haverokhoz. Szombat délelőtt elmentem vasárnap este visszahoztak. De mostanában nem lehet a vírus végett. Nem bírom, hogy ha nagyon be vagyok zárva. Hosszú volt nekem ez a három hónap karantén, és sajnos megint itt van a következő. Most nem engednek sehova, csak ha valami fontos intéznivaló van: bankba, postára elmehetek a támogató szolgálattal. Bevásárolni sem mehetünk, ezt most elintézik helyettünk.

Ha nincs a vírus, akkor önálló vagyok, sokat kertészkedek, szeretem csinálni, csak mióta három hónapja kiderült ez a porckorongsérv, és kopás, azóta sajnos a kertet nem csináltam, és be is gazosodott minden, nem tudom, mi lesz vele. Takarítottam, főzőcskéztem. A délelőtt elég gyorsan elmegy, megébelek, és utána elmosogatok, nem szeretem otthagyni. Lehet, hogy ebéd után kellene egy kicsit pihenni, de én úgy szeretem, hogy amit piszkítottam, azt azonnal elmossam. Utána szoktam lepihenni. Egy órát alszok. Utána bekapcsolom a tévét és megnézem, hogy hol mi van. Két tévének van, nekem egy, a szobatársamnak is egy, de általában meg szoktunk egyezni. Az én tévémen sokkal több csatorna van, és akkor megbeszéljük, hogy mikor szeretné ő nézni. Nincs összeveszés, hogy én ezt akarom, vagy azt akarom, hanem megbeszéljük. Én költöztem ide hamarabb, és ő pár hónap múlva jött ide, és azóta együtt lakunk. Ő szereti a focit, én nem, és akkor kellett neki venni egy tévét, hogy amikor a sportközvetítés van, akkor tudja nézni. Én nem szeretem nézni. Régebben a focizás volt a kedvenc sportom. És nem szeretem, hogy így lerobbantam, hogy nem tudok ilyeneket csinálni, ezért nem kedvelem a focit most. Este tisztálkodás, vacsora. Az enivalót van úgy, hogy magamnak készítem. Lehet hozatni is, de én válogatós vagyok, és ha kihagyok néhány napot, akkor rendelek. Vagy felírom, hogy mit szeretnék enni, akkor a segítők bevásárolnak, és itt a tűzhelyen megfőzöm. A mamám tanított meg főzni. Ott álltam mindig mellette, néztem, hogy mit csinál. Hogy kell a hagymát

pirítani, bele paprika, hideg víz, hús, fűszerek stb. Egyedül, ami nem megy, az a palacsinta. Nagyon szeretem a palacsintát, csak az a gondom vele, hogy nem tudom megfordítani. Hiába szedem fel, megfordítom, de nekem mindig elszakad. A mamám szépen meg tudta fordítani. Azért mert a kezemmel nagyon nehezen fogok. Így csak akkor eszem palacsintát, ha itt készítenek, vagy megveszek mindent, és megkérek valakit, hogy süsse meg nekem.

Le vagyok százalékolva, véglegesítve. Nehéz fizikai munkát egyáltalán nem tudok végezni. Itt kaptam lehetőséget dolgozni: kosarakat készítettünk. A TESCO-ban és más helyeken lehet látni ilyen ládákat. Azokat csináltam, de az állás és az ülés sem megy sokáig. Akkor kipróbáltuk azt, hogy tűzőgép mellé tettek, ott kellett állni, és a kosár alját kellett összetűzni. De sajnos azt sem bírtam, és fel kellett mondanom. Itthon szoktam mosni, vasalni, takarítani, minden házimunkát el tudok végezni, csak szép kényelmesen, óvatosan. Igaz, hogy utána fájdalmaim vannak és le kell feküdnöm, mert alig érzem a derekamat, hátamat. Nincs gyámom, eddig hála Istennek, nem voltam rászorulva, de még rá lehetek. Eddig a döntéseket én hoztam. Van úgy, hogy rosszul döntök, de ezt így kell elfogadni.

Mikor felajánlották a lakást, azt hittem, hogy otthonba szeretnének berakni. És akkor én megijedtem, és mondtam, hogy Úristen, én még magányosan szeretnék élni, hogy bármikor elmehessek ide-oda. Itt is annyi a kikötés, hogy szólok, hogy el szeretnék menni, mondjuk a központba kicsit sétélni, megenni egy fagyit vagy kávézni, vagy csak sétálni, mert szép a belváros, lehet gyönyörködni a virágokban, és tisztaság van. És szeretek lovagolni is, amit most el kell hanyagoljak, mert nem tudnék megülni a ló hátán. A lovaglás a kedvenc hobbim, de lehet, hogy ezzel fel kell hagynom, hiába szelíd a ló. Nemcsak lovagolni szeretek, hanem rendben tartani a lovat, és meg is engedték nekem, csak most már az is nehezebb: hajlogatni, nyújtózkodni, vizet adni. Hiába vagyok még csak 46 éves, azt kell mondanom, hogy nem megy. A lovagláson kívül szoktam még vadulni. Beteges vagyok, de azért sok dolgot megcsinálok, amit nem is képzelnék el az

emberek rólam, hogy sok veszélyes dolgot ki szeretek próbálni. Tavaly kicsit jobban éreztem magam. Karácsony volt, két ünnep között vendégségben voltam. Unatkoztunk, szép idő volt, kicsit csípős volt a levegő. Kitaláltuk, hogy lovagoljunk egy kicsit. Ha nagyobb a társaság, akkor én is elengedem magam, mintha milyen virgonc volnék. Az egyik haverom felállt a ló hátára. Nekem kipattant az ötlet, hogy kössenek össze három lovat, kettőt meg hátra. És én is felállok a ló hátára. Segítséggel ment is, csak az volt a baj, hogy kiabáltak a többieknek, hogy gyertek, nézzétek meg, hogy mit csinállok. És kiszaladt egy kislány és a táská lobogott a kezében. És megijedtek a lovak. Én meg dobtam egy hátast. Pont úgy estem, hogy elrepedt három bordám. Mikor hazajöttem, jöttek a segítők, hogy hogy teltek az ünnepek. Mondtam, hogy a legjobban, és látták, hogy fekszem az ágyon, mint egy fadarab. Előkészítettem a papírt, hogy nézzék meg, hogy közben voltam a sebészetben, mert akkora fájdalmaim voltak, hogy el kellett mennem orvoshoz. Megröngeneztek és akkor derült ki, hogy elrepedt három bordám. És akkor a kedves hölgyek nagyon szépen megdicsértek, hogy ügyes vagyok, legközelebb is így tovább, csak olyanokat csináljak, amit megtilt az orvos. Vagy egy másik eset. Nemrég jártam injekcióra, és pár napig feküdtem. Aztán úgy éreztem magam, mintha újjászülettem volna, mint egy 18 éves, és kérem szépen, felálltam a létrára, hogy megpucoljam az ablakot. Nem estem le, csak köröztem a kezemmel. És azon gondolkoztam, hogy le tudok-e jönni vagy leeselek. Hétféje volt, egyedül voltam, az irodában sem voltak, a szobatársam sem volt otthon, a telefon az ágy mellett, nem tudtam, hogy lesz. Nem tudom, milyen szemeik lehetnek ezeknek a hölgyeknek, de mikor rám néznek, már tudják, hogy nem csináltam semmi rosszat, és azt is, hogy csináltam valami olyat, amit egyáltalán nem szabadott volna. És most jobb ettől? – kérdezték. Mondtam, hogy egy csöppet se, mert visszaesek. Hiába érzem jól magam, még egy apróság miatt is - például felsőprök -, ha hajolok, akkor kész. Csak guggolva. Nem tudom ezt a dolgot feldolgozni magamban, hogy ezt márpedig nem szabad megcsinálnom. Mindig

örökmozgó voltam, és most oda kellett jutnom, hogy semmit. Megmondta nekem az orvos, hogy abszolút hanyagoljak mindent. Felejtsem el az ablakot, a kertet, a porszívózást. De akkor ki csinálja meg? De ha jól akarok saját magamnak, akkor ezt kell csinálnom, ha azt akarom, hogy jobban legyek. Hála Istennek, a szobatársam szokott segíteni. Ő emeli a vödört, ő mos fel, én csak felsepek. Azért meglocsolom a virágokat, hogy legalább valamit csináljak. Így telnek el a napjaim.

Szenvedélybeteg személyek támogatott lakhatása

*„Itt a házban és a közösségben megtalálom a nyugalmat”
(60-as férfi lakó)*

Alkoholista vagyok. Amit elmondok, az egy tipikus alkoholista karrier. A harmincből tizenöt év volt kemény. Apám a halála előtti években elég sokat ivott, de meg sem közelítette azt a szintet, amit én. Még a józanodásom elején megpróbáltam ráfogni, hogy magamat mentsem. Az ivászat korán kezdődött, egészen fiatal koromban. 14 évesen rúgtam be először. Húsvétkor volt egy kiütésem, amikor nem tudtam magamról. Zenei általánosba jártam, hangszeren tanultam, utána ötéves katonai konzervatóriumot végeztem kiváló eredménnyel. A katonazenész pályát választottam, ekkoriban ennek a foglalkozásnak megbecsültsége volt. A katonazenészek között elég sokan ittak, de azért sokan nem. Avatásom után a munkahelyemen azokhoz csapódtam, akik ivósak voltak. Munka után mindig elmentünk meginni egy üveg sört, később már ebédidőben is kimentünk inni. Ez így halmozódott, mindig rosszabb lett. Éreztem én, hogy baj lesz vagy baj van, de nem akartam tudomást venni erről. F fiatal voltam, jó dolgom volt, sok pénzem, hisz vendéglátóztam is, és ehhez mindig kapcsolódott az ivászat.

A régi rendszerben egy hivatásos katona nem lehetett alkoholbeteg. Amikor elvonókúrán voltam, idegkimerültség volt a hivatalos diagnózis. Ez lehetett volna az intő jel. Később még hat hivatalos elvonókúrán voltam.

Elég sok magyarországi nagyvárosban jártam emiatt, volt, ahol többször is. Olyan is volt nem egyszer, hogy amikor éreztem, hogy baj van, akkor otthon maradtam szabadságon és kikúráltam magam. Az andaxin volt akkoriban a piások gyógyszere, jól bekészleteztem belőle, és ezzel helyreraktam magam.

Amivel sokáig elodáztam az ivászatomat, az az volt, hogy nagyon szerettem vezetni, és volt egy időszak, amikor házi mentő sofőr voltam. Akkor meg tudtam állni, hogy ne igyak. Akkor még nem tudtam, de ma már tiszta előttem, hogy amikor kontrollálom az ivásomat, akkor már probléma van. Hét közben én voltam a mintadolgozó, nem iszik, jól dolgozik, szerettek a kollégáim. Hétfévégén ittam, hétfőn viszont kivasalva mentem dolgozni. Egyedül ittam mindig, kettős életet éltem. Pénteken kettőkor letettem a munkát, utána a buszvégállomásig minden kocsmát végigjártam. Ez nyolc hely, mindenhol megittam egy felest, hozzá egy sört. Utána megvettem az 1 liter házi pálinkát. Hét közben egy kortyot se, péntek-szombat viszont igen. Amikor hazamentem, becsuktam az ajtót, az ital be volt készletezve és akkor bepótoltam az egy hetet. Ha én inni akartam, akkor nem akartam mást csinálni, piacra menni, vagy a ház körül dolgozni, ezért is jöttem el a családomtól, mert zavartak az ivásban. A vége felé napi 5-7 dl pálinka, de volt, amikor 1 liter. Nem kommersz pálinkát ittam, hanem házit. Ettől nem voltam beteg. A gépszíjasok általában nem másnaposak. A vasárnapok már a nem ivásról szóltak. Félttem, hogy másnap megyek dolgozni és meglátják rajtam, hogy ittam. A legutolsó berúgásomkor a rendes italtól már nem tudtam berúgni – ekkor már nem a bódulatról szólt az ivás, hanem hogy kilépjek a valóságból, a félelmeim miatt. Halmozódtak a banki tartozásaim, anyagilag összeomlottak a dolgok, nagy személyi kölcsönök, jelzálog, a félelem, hogy kikapcsolják a villanyt, gázt, vizet, a félelem, hogy jön a végrehajtó, rendőrség, bár rendőrséggel soha nem volt dolgom. Állandó gyomorideg és rettegés. A legvégén pedig azért ittam, hogy beájuljak, hogy elaludjak. Aludni, aludni, aludni, ekkor már munkám sem volt. A legvégén tehát kannás bort ittam, mert mástól már nem tudtam beájulni.

Orvosilag több fokozat van, például a szociális ivó – ez nem volt rám jellemző. Én folyamatos ivóvá váltam. Az utolsó elvonóra önként mentem be, ennek a dátumát pontosan tudom. Elértem egy ún. mélypontot, ami arra kényszerített, hogy tegyek valamit, ha életben akarok maradni. Az utolsó előtti elvonó előtt rettenetes állapotban voltam, egy ismerősöm talált rám, teljesen vérbe fagyva, kulcscsontom el volt törve, össze-vissza volt törve az arcom, hulla részegen csetlettem-botlottam, két hete nem ettem. Az utolsó elvonó előtt pedig megéltam a delirium tremenst, amibe van, aki bele is hal. Akkor éjjel még tele volt a lakásom itallal, de már nem ittam. Ekkor már jobban féltem inni, mint nem inni. Ordítottam, és a szomszédom át is jött, hogy mi van velem. Itt történt valami. Ilyen piás sztorinál ezen a ponton van, aki eggyel még lejjebb lép és meghal, és van, aki megáll. Másnap reggel kértem a felvételemet a kórházba, azonnal bekerültem.

A kijózanodásom a legutolsó alkalommal elég hosszú volt, 6 hét. Előtte 4-5-6 nap alatt rendbe tudtam jönni. A kórházban volt egy Minnesota típusú rehabilitáció, ide is jelentkeztem ezután. Akkor láttam, hogy vannak, akik valamit másképp csinálnak, ugyanazt az utat, még mélyebb dolgokat megjártak, de jobban vannak. A rehabilitáción komolyan megvizsgálták a motivációt. Felvettek, bentlakásos, kórházi körülmények között voltunk, egyre hosszabb szabadságokkal. Csináltam foggal-körömmel, megcsillant valami remény. Fele útig csak sodródtam, de akkor megfogalmazódott bennem, hogy lehet, hogy nem kell egész életemet alkoholistaként leélni. A programot 16-an kezdtük és heten fejeztük be.

A rehab után a párommal újra felmelegedett a kapcsolatunk, de hamarosan kiderült, hogy nem működik. Kezdték a dolgok visszarendeződni, úgyhogy muszáj volt onnan eljönnöm, és így kerültem ide, ami akkor egy félutas ház volt, ami később átalakult támogatott lakhatássá. Ekkor már közel 1 éves józanodó voltam. Itt a házban nagyon sok segítséget kapok, a lakóközösségtől és az itt dolgozóktól is. Meglátják rajtam, ha gondjaim vannak, megbeszéljük és keressük a megoldásokat. Nekem az alkohol mellett a

gyógyszerfüggőséggel is gondom volt, de most már nem szedek gyógyszert. Társfüggő is vagyok, és tavaly, tavalyelőtt észrevettem, hogy a munkamánia is jellemző rám. Akarjuk, nem akarjuk, a függőséget éltetni kell valamivel. Nekem is. Itt a házban a többiektől visszajelzést tudok kapni. „*Hogy vagy*” gyűlést tartunk kéthetente, de bármikor segítenek, akár spontán is. Itt a házban nem nagyon lehet kikerülni a többieket, de van úgy is, hogy a szomszédokkal napokig nem találkozunk.

Az A.A. program hatására kezdtem felvérteződni, hogy milyen intő jelekre kell figyelni. Nekem nincs más esélyem, amit én elértem, annál csak rosszabb lehet, és nem hiszem, hogy onnan fel lehet kerülni. Ez egy mindennapos feladat számunkra. A legjobb körülmények között is vissza lehet esni. Ha rácsücsülök a rózsaszín felhőre, vagy nem vagyok hajlandó előrelépni, kimozdulni a komfortzónámból, és nem foglalkozom magammal, akkor előbb-utóbb baj van. Az önsajnálát is többször elfog, látva a helyzetemet, hogy nincs lakásom, párkapcsolatom. Ezeket az állapotokat túl kell élni, ilyenkor olvasni sincs kedvem. Zenét hallgatok vagy az is segíteni szokott, ha beszélgetek az esetfelelőssel. A lelki békét kell megtalálni, csak innen van előrelépés. Ami egy hétköznapi embernek nem probléma, az minket visszavihet az iváshoz. És akkor minden borul. Ebben a házban a legalapvetőbb követelmény az absztinencia, úgyszólván innen biztos el kellene mennem.

Öt éve abbahagytam a dohányzást, rendszeresen tornázom, sokat mozgok, dolgozom és próbálok stresszmentesen élni. A rehab kilenc hónapja után vissza tudtam menni dolgozni, mert a főnököm bizalmat szavazott nekem és nem rúgott ki. A mostani munkahelyemen csoportvezető vagyok, van egy kis csapatom. Az én brigádom 3-4 fő, józan és megbízhatóan dolgozunk. Jó, hogy látom a munkám gyümölcsét. A főnökeimmel is jó a viszony, figyelembe veszik a kéréseimet, javaslataimat. De azért vannak problémák is, negatív impulzusok. Az a jó, hogy itt a házban és a közösségben megtalálom a nyugalmat. Itt mentális és anyagi szinten meg lehet erősödni, hogy utána ki lehessen menni párkapcsolatba vagy albérletbe – én a családomhoz nem tudok

menni, az rövid öngyilkosság lenne. A fiam szintén szenvedélybeteg, pedig fiatal. Volt kitől örökölni, mert nemcsak én, hanem az édesanyja is alkoholbeteg. Én már több éve nem iszom, ők viszont igen. Vannak hosszabb távú terveim, szoktam arra gondolni, hogy hogyan tudom folytatni az életemet. Elkezdtem megnézni, hogy hogy lehet például szociális bérlakáshoz jutni.

A környéken hat A.A.-gyűlés is van, rendszeresen járunk ezekre, regionálisokra is, és itt a városban is volt két országos találkozó. Ez egy kis változottság, nem mindig ugyanazokkal találkozom, akiket már jól ismerek. Ezeken az alkalmakon összejön 400-500 alkesz, és úgy tudunk egymásnak örülni. Az A.A.-gyűléseken tudom kimondani azt, hogy alkoholistá vagyok. Ez kell, erre szükségem van, ez nem ostromozás, hanem ezzel tisztában kell lenni. Tudatában kell lenni, hogy gyógyíthatatlan beteg vagyok, és csak egy módon tudok szebb életet élni és lelki békére lelni, úgy, hogy nem iszom alkoholt.

*„Nem akarok visszakerülni arra a szintre, ahol voltam”
(60-as női lakó)*

Egy kisvárosban születtem, ott nőttem fel, ott mentem férjhez. A szüleim tanítottak, egészségügyi végzettségem van, és egy közgazdasági szakképzettségem is. A helyi termelőszövetkezetben dolgoztam, mint könyvelő. Elkezdtem egy felsőfokú képzést is, de nem tudtam befejezni, mert ekkor már válságban volt a házasságunk. Elég korán férjhez mentem. A férjemmel hét évig éltünk együtt, tulajdonképpen már az első évben el kellett volna válnunk, de nem akartam feladni. Visszagondolva, az alkohollal ekkoriban kezdődtek a problémáim. Falun természetes volt, hogy egy névnap, ünnepnap nem múlt el alkohol nélkül. 18 éves koromban ittam először konyakot. Előtte évekig elmentek a bulik, ekkor volt a diszko korszak, minden héten ott voltunk, hajnalig táncoltunk, egy kóla maximum, de semmi alkohol. Amikor férjhez mentem, a férjem, apósom rendszeresen ittak. Vacsorához mindig felhozták a bort, és kínáltak, hogy igyál már te is, igyál már te is. Aztán hétvégén a pálinkát, aztán így szépen hozzászoktam. Ha nagyon feszült voltam,

akkor feszültségoldásként használtam. A házasságomban volt belőle elég. A végén azt mondtam, hogy ez így nem lesz jó, mert majdnem belehalok vagy elsüllyedek benne. Léptem egy merészet, és egy bőrrönddel eljöttem otthonról. Évekig megvoltam az alkohol nélkül. Visszamentem az egészségügybe, a nővérszálló olcsóbb volt, mint az albérlet. Jó közösségbe kerültem, van olyan több évtizedes barátnőm, akivel azóta is tartom a kapcsolatot. Közben volt egy komolyabb egészségügyi problémám, de ezzel még nem szálalékolta le, dolgoztam még két évet, de végül mégis le kellett szálalékolni. Ezután elvégeztem egy mérlegképes könyvelői tanfolyamot, és az utcáról bementem egy megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató céghez, azzal, hogy nincs-e szükségük könyvelőre. Felvettek. Közben kaptam egy önkormányzati bérlakást, egy minigarzont a belvárosban. Egy munkásszállót alakítottak át lakásoknak, megpályáztam, én voltam az első lakó. Gyönyörűen berendeztem. Volt állásom könyvelőként. Álomban nem gondoltam volna, hogy egyszer elveszik tőlem a 67%-os rokkantsági nyugdíjat. Anyagilag rendben voltam, a szüleimet gondoztam. Mindkettőnek elég komoly betegsége volt. Mivel az én egészségem sem volt a legjobb, ezért ez engem is megterhelt. Az egyik rokkantsági felülvizsgálatra menve összeestem az utcán, és kórházba kerültem. Még az ágyból sem tudtam felkelni. Újratanítottak járni, és végül felépültem. A teherbíró képességemet mivel fokoztam? Alkohollal. Nem töménytet ittam, csak bort. Akkor nem mértem fel, hogy ez probléma lesz nálam.

A 2000-es évek végén, amikor a rokkantsági nyugdíjakkal kapcsolatban elkezdtek a boszorkányüldözéseket, akkor bennem elszakadt minden. A házasságom kilátástalan időszakából ki tudtam jönni, de akkor mélyrepülésbe kezdtem, és gyorsan elfogytak a tartalékaim. Én mankóval közlekedtem, de 2009-ben az 53 000 forintos nyugdíjamat elvették és 24 000 lett belőle. Most sem kapok sokkal többet, ebből nem lehet albérletet fizetni. Ez az elvonás pontosan az volt, amiből a lakbért ki tudtam fizetni. A 24000 Ft-ból 27000 lakbért úgysem fogok tudni kifizetni - gondoltam. Rettogtem, és akkor már nem érdekelt semmi. Megvettem egy olcsó bort, ami persze

sem mire sem volt megoldás. Az alkoholnak az íze nem volt jó, de oldotta az óriási feszültséget, ami az emberben kialakult. És jött a többi betegség.

A hajléktalanná válás környékén annyi stressz ért, ez biztos közrejátszott ezekben. Azelőtt egy segélyért nem folyamodtam, és ott voltam meglőve, hogy kihez forduljak, mit csináljak. Bementem az önkormányzathoz, be volt adva a papír az átmeneti segélyre. Az ablaknál elsírtam magamat, hogy nézze meg, hogy megkaptam-e, mert nincs egy vasam se. A kisasszony felhívott valakit, és mint később kiderült egy átmeneti szállóra telefonált, és volt náluk még egy hely, és azonnal be is költöztem. Jó emberek jó helyen segítettek. A 2000-es évek végén lakoltattak ki, azóta járom ezeket az intézményeket. Először elvégeztem egy tanfolyamot, és ezután szociális nővérként dolgoztam egy alapítványnál és ott biztosítottak egy szobát. De onnan is el kellett jönni (mert nem voltam elég fogyatékos). Laktam többször átmeneti szállókon, lakóotthonban, több támogatott lakhatásban, különböző szervezeteknél. Összesen nyolcszor költöztem. Hibákkal tele, de egy elfogadható szinten működtem ezeken a helyeken. Falusi lányként az átmeneti szálláson elkezdtem a kertet felásni, jöttek a többiek is segítettek. Lett vetőmag, és mindenkinek volt ágyása és termelt magának zöldséget. A konfliktusokat meg kell tudni oldani. Más a stílusunk, más típusok vagyunk, és nem mindig tudjuk ezt tolerálni, vagy annyira összegyűlik bennünk a feszültség, hogy másokon csattan. Ahol nem volt különösebb felügyelet, ott néha borozgattunk. Közben megint volt egy komoly műtétem és egy másik komoly betegségem is, ami lelkileg nagyon megviselt, feladtam mindent magamban. Bár akkor már egy éve nem ittam, de ekkor megint a lecsúszott néhány pohár, és nagyon rosszul lettem, kórházba kellett szállítani. Aztán a kórház és a szanatórium miatt nem ittam semmit. Ahogy visszakerültem a korábbi közösségbe, éreztem, hogy itt ugyanúgy vannak a dolgok. Megvettem a bort, de a szervezetem nem bírta. Váratlanul pont jött a vezető és meglátta rajtam, és beküldött a kórházba és ott beszélgettünk a pszichológussal minden nap szinte.

Innen egy támogatott lakhatásba kerültem, ahol jobban figyeltek ránk. Ez nagy segítség volt. Nagyon sokat tanultunk arról, hogy hogy alakul ki a függőség, az idegrendszeri hatásairól. Bár egészségügyibe jártam, az alkohol hatásmechanizmusát nem ismertem. Volt ventilláció, és ildomos volt ott lenni rajta: olyan is volt, hogy én vezettem. Az első támogatott lakhatásban férfiak és nők is voltak vegyesen és nemcsak alkoholfüggők. Gyorsan cserélődtek a lakók, többen is visszaestek, és nem éreztem jól magam közöttük, a végén rettegtem. Itt nem nagyon van visszaeső.

Én már három éve egy kortyot sem ittam. Nincs hiányérzetem azóta, mint korábban, amikor rendszeresen ittam, hogy csak akkor éreztem jól magam, ha megittam egy felest vagy egy pohár bort. Volt időszak, amikor belegondoltam, hogy jó lenne egy pohár bor, de meg tudom állni. Amikor nemrégén meghívtak egy étterembe, mások ittak, engem ez nem érdekelt. De nem is kínálnak, tudják, hogy nem akarok inni. Van rá alkalmam, mikor annyit ihatnék, amennyi belém fér. Nem akarok visszakerülni arra a szintre, ahol voltam, nem akarok utcára kerülni. Van elég problémám, nem szeretném ezt még súlyosbítani. A hátralevő életemet szeretném emberhez méltóan leélni. Van egy csapat, akikkel A.A.-gyűlésre járok, a törzsgárda 15-20 ember, rendszeresen járunk. Ezen kívül van még három csoport, ahol időnként megfordulok. Facebook-on is vannak ilyen ismerőseim. Regionális találkozókra is voltunk többször. Sokat segít, hogy elmondják az életüket, a visszaesésüket, és abból is tanulunk, hogy mire vigyázzunk. Nehogy azt higgyem, hogy én már milyen jól vagyok. Egy A.A.-s ismerősöm 6 és fél év után esett vissza, mert elszaladt vele a ló. Itt van annak a jelentősége, hogy rendszeresen kell menni. Hogy a problémámat másképp próbáljam megoldani, ne az itallal. Nekem is vannak nehezebb időszakaim, ezért már évek óta járok pszichológushoz – ami nagy segítség –, mivel vannak indulatkezelési problémáim. Ha robbanok, akkor nagyot. Azután volt problémám a gyógyszerrel is. Amikor két évig ott lebegett a fejem felett, hogy kilakoltatnak, nem tudtam aludni, rossz volt a hangulatom. Elmentem orvoshoz, kaptam almatót, alvásmélyítőt, aztán Frontint. Elvonási

tüneteket okozott, de lépésről lépésre csökkentettük a mennyiséget, végül teljesen elhagytam. Itt a házban elmondhatjuk személyesen a problémáinkat vagy a lakógyűlésen is a többiek előtt. Figyelünk egymásra, észre vesszük a másikon, a viselkedésén, ha valami változás van. Ilyenkor többet beszél, másról beszél vagy összefüggéstelenül, kötekedik.

Volt munkahelyem is, de tavaly év végén nem tudták meghosszabbítani a szerződésemet. Szerettem a munkámat, de két másik társammal el kellett jönni, mert nem kaptak elég támogatást. Most megint folyamatban van valami, amivel talán ki tudom egészíteni a rokkantnyudíjamat. Megyek mindenhova, ami adódik, hátha az egyik bejön. Aztán olyan gerincferdülésem van, hogy műteni kellene, de az orvos azt mondta, hogy a szívem nem bírná ki. A 67%-os rokkantságból 46%-os vagyok most. Megpróbálok, hátha megkapom az 50%-ot. És hátha tényleg sikerül egy állást szerezni, négyórát, mert még van néhány évem hátra a munkából. A mi hozzáállásunkon is múlik, bele kell tenni, amit tudunk. Van, aki eget-földet megmozgat, hogy kapjon munkát, és vannak, akik belesüllyednek abba, hogy ó, hát elvagyok én itt szépen! Az a baj, hogy én már öreg vagyok a munkaerőpiacon, és ráadásul még az mozgáskorlátozottságom is ott van. Jó, hogy több szakmám van, de elavultak az ismereteim, nem beszélek nyelveket, és a számítógépes ismereteim sem felelnek meg a mai kor követelményeinek. Az a szerencse, hogy rengeteg ételmisszeradományt kapunk, hetente, ez sokat pótol. Ha itt azt látjuk, hogy a másíknak nincs, és nekünk van, akkor adunk. Ma ő, holnap én. Ha valakinek nincs jövedelme, az étele akkor is megvan. Közgyógyellátásra és egy egyszerű gyógyszersegélyre is beadtam most a papírt.

Szabadidőmben lefoglalom magam, olvasok, kézimunkázok, tudok varrni, vannak itt anyagok, most például törlőruhákat varrtam. A jóisten velem volt az elmúlt években, mert 2009 óta belekerültem ebbe a hajléktalan létbe, de nekem azóta egy napot sem kellett az utcán legyek. Mivel nincs gyerekem, a rokonaim nyakára pedig nem mehetek, a jövővel kapcsolatban ezért csak abban tudok gondolkodni, hogy egy idősek otthonába kerüljek.

Válogatott bibliográfia

Összeállította: Szirtes-Tankó Tünde

- Andrácz-Tóth Veronika [et al.] (2011): Az intézménytelenítés kapujában: a pixelből kép válhat? In: *Esély* 22. évf. 4. sz. p. 35–57. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01bandraczy.indd.pdf
- Balog-Urbanovszky Zsuzsanna [et al.] (2016): Mentorhálózat a szociális intézményi férőhely-kiváltásban : kérdőíves felmérés a mentorálás második szakaszáról. Budapest, FSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2016/07/Mentorhalozat_kerdoives_felmeres_masodik_szakasz.pdf
- Bánfalvy Csaba (1998): Az intézetekben élő értelmi fogyatékosok életminősége és a kitagolás aktualitása. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): *A függőségtől az autonómiáig: Helyzetértékelés és jövőkép a kics csoportos lakóotthonokról*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány, p. 177-190. Link: [http://www.kka.hu/soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/\\$FILE/A%20f%C3%BCgg%C5%91s%C3%A9g-r%C5%91%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf](http://www.kka.hu/soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/$FILE/A%20f%C3%BCgg%C5%91s%C3%A9g-r%C5%91%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf)
- Bányai Borbála [et al.] (2019): Közösségi ellátás, támogatott lakhatás – Tapasztalatok a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatás tükrében. In: *Szociálpolitikai Szemle* 5. évf. 2. sz. p. 7-30
- Bódy Éva [et al.] (szerk.) (2015): Fejlesztési koncepció-javaslat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló stratégia (2011-2041) végrehajtásának elősegítéséről a 2015-2020. időszak tervezéséhez. [s.l.] FSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/09/Koncepcio_javaslat_kivaltas_2015_06.pdf
- Bódy Éva [et al.] (2015): Fejlesztési alapvetések : a fogyatékos személyek szociális intézményi férőhelyi kiváltásáról szóló stratégia (2011-2041) végrehajtásához, 2015–2020. In: *Szociálpolitikai Szemle* 1. évf. 5/6. sz. p. 118-149. A tanulmány elérhető az FSZK honlapján is. Link:

- https://fszk.hu/wp-content/uploads/2016/03/Koncepcio_kivaltas_2015.pdf
- Bradics Katalin (2019): A támogatott lakhatás megjelenése Magyarországon, kiköltözés a kastélyból a lakóotthonba. In: Albert József – Leveleki Magdolna (szerk): Demográfiai jellemzők és a szociális segítség formái, lehetőségei : tanulmánykötet. Veszprém, Veszprémi Érseki Hittud. Főisk. p. 125-149
- Bogdán Bianka [et al.] (szerk.) (2018): Problémafelvetések a támogatott lakhatás témaköréhez kapcsolódva. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/37933/Probl%C3%A9mafelvet%C3%A9sek%20a%20t%C3%A1mogatott%20lakhat%C3%A1s%20t%C3%A9mak%C3%B3r%C3%A9hez%20kapcsol%C3%B3dva_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Bogdán Bianka [et al.] (szerk.) (2018): Befogadás és önrendelkezés : absztraktkötet. Budapest, ELTE BGGYK. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfs/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/34822/Befogad%C3%A1s_%C3%A9s%20%C3%B6nrendelkez%C3%A9s_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bruckmüller, Maria (1995): Az együttlakás integratív formái. In: Hatos Gyula (szerk.): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. Budapest, BGGYFK. p. 109-113
- Bugarszki Zsolt [et al.] (2008): Szakértői anyag a fogyatékos emberek számára tartós bentlakást nyújtó intézményrendszer átalakításához. Budapest, Kézenfogva Alapítvány.
- Bugarszki Zsolt (2009): Van-e ma intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén? : PhD értekezés. Budapest, ELTE.
- Bugarszki Zsolt [et al.] (2010): „Egy lépés előre, kettő hátra” : a nagy létszámú intézmények kitagolása és az önálló életvitel támogatása Magyarországon, az Európai Unió strukturális alapjainak felhasználásával, 1-2. Budapest : Soteria ; ELTE TÁTK. Link: <https://tat.k.elte.hu/folyoiratok/kitagolastanulmanyok>

- A tanulmány angol nyelvű változata: One step forward two steps backwards : deinstitutionalisation of large institutions and promoting community-based living in Hungary through the use of the Structural Funds of the European Union, 1-2 Link: https://tatk.elte.hu/dstore/document/109/one_step_forward_eng0321.pdf és https://tatk.elte.hu/dstore/document/108/one_step_forward_eng2.pdf
- Bugarszki Zsolt [et al.] (2011): A nagy létszámú intézmények kitagolása és az önálló életvitel támogatása Magyarországon : 2010-2011. Budapest : Soteria ; ELTE-TÁTK. Link: http://tatk.elte.hu/file/CANIS_2011_zarotanutmany.pdf
- A tanulmány angol nyelvű változata: Deinstitutionalisation and promoting community-based living in Hungary 2011. Link: https://tatk.elte.hu/dstore/document/102/2011zarotanutmany_eng.pdf
- Bugarszki Zsolt (2011): Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. In: Esély 22. évf. 2. sz. p. 55–85. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_2/04bugarszky.indd.pdf
- Bugarszki Zsolt (2012): Átmenet az intézményi alapú modellekből a felépülés-orientált közösség alapú szolgáltatásokig a mentális problémák kezelése területén. In: Esély 23. évf. 3. sz. p. 7-13. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2012_3/1.szekcio.pdf
- Bugarszki Zsolt [et al.] (2013): Az intézményi férőhely kiváltás alakulása Magyarországon 2012-2013. Budapest. ELTE TáTK.
- A tanulmány angol nyelvű változata: Deinstitutionalisation in Hungary 2012-2013. Link: https://tatk.elte.hu/dstore/document/103/2013_report_en.pdf
- Bugarszki Zsolt - Kondor Zsuzsa (2015): Észrevételek a magyarországi intézményi férőhelykiváltás koordinálásáról. In: Esély 26. évf. 1. sz. p. 97-103 Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2015_2/2015-2_3-1_BugarszkiKondor_Eszrevetelek.pdf
- Bulyáki Tünde (2018): Támogatott lakhatás. In: Bulyáki Tünde – Haran-

- gozó Judit (szerk.) A közösségi pszichiátria kézikönyve. Budapest, Éb-
redések Alapítvány. p. 357-362
- Cserti-Szauer Csilla – Losoncz Mária (2017): Támogatott lakhatási szol-
gáltatások támogatása a felsőoktatás eszközeivel. In: Bogdán Bianka
[et al.] (szerk.): Befogadás és önrendelkezés : absztraktkötet. Buda-
pest, ELTE BGGYK. p. 17-22. Link: [https://edit.elte.hu/xmlui/sta-
tic/pdfiles/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/
handle/10831/34822/Befogad%3%a1s_%c3%a9s%20%3%b6nren-
delkez%3%a9s_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edit.elte.hu/xmlui/sta-
tic/pdfiles/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/
handle/10831/34822/Befogad%3%a1s_%c3%a9s%20%3%b6nren-
delkez%3%a9s_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Csumán-Lechner Alexandra [et al.] (2017): Intézményi férőhely kiváltási
terv. Módszertani útmutató 2017. Budapest, FSZK. Link: [https://fszk.
hu/kiadvany/intezmenyi-ferohely-kivaltasi-terv-modszertan](https://fszk.
hu/kiadvany/intezmenyi-ferohely-kivaltasi-terv-modszertan)
- Demeter Miklós (1997): Tanulmány a kitacolási kezdeményezésekről. In:
Szociális Munka 9. évf. 4. sz. p. 241-257
- Demeter Miklós (1998): A tartós bentlakást nyújtó állami (önkormányzati)
fenntartású intézetek és a bennük élő értelmi fogyatékos emberek jel-
lemzői – különös tekintettel az eddigi és a folyamatban lévő kitacolási
kezdeményezésekre. In Zászkalicky Péter (szerk.): A függőségtől az
autonómiáig. Budapest, Kézenfogva Alapítvány. p. 99–127
- EEG (2012): Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre
vonatkozó közös európai útmutató : Útmutatás a gyerekek, a fogyá-
tékosággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és
az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra
való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről. Brüsszel. Link :
[https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/com-
mon-european-guidelines_hungarian-version.pdf](https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/com-
mon-european-guidelines_hungarian-version.pdf)
- EEG (2012): Eszköztár az az uniós alapoknak az intézményesített ellátásról
a közösségi alapú ellátásra való áttérés céljára történő felhasználásához.
Brüsszel. Link: [https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.
com/2018/04/eeg-toolkit_hungarian.pdf](https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.
com/2018/04/eeg-toolkit_hungarian.pdf)

- Élni – lakni. Tájékoztató a hozzátartozóknak : a bécsi Lebenshilfe lakáskonceptiója. In: Hatos Gyula (szerk.): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. Budapest, BGGYFK. p. 127-150
- EMMI (2017): A fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepció. Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma. Link: <https://fszk.hu/kiadvany/intezmenyi-ferohe-lyek-kivaltasarol-szolo-hosszu-tavu-koncepcio-2017>
- Fehér Ildikó (2017): A fejlesztő foglalkoztatás szerepe a kiváltási folyamatban. In: Szociálpolitikai Szemle 3. évf. 5. sz. p. 108-123
- Feketéné Kohajda Mária (2000): Egy kitagolási program bemutatása. (A HMÖ Andornaktályai Fogyatékosok Otthona és Rehabilitációs Intézetében). In: Szociális Munka 12. évf. 1. sz. p. 37-42
- Fodor Valéria (2014): Mentorhálózat a szociális intézményi férőhely-kiváltásban : kérdőíves felmérés a mentorálás első szakaszáról. Budapest, FSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/09/Kerdoives_felme-res_a_mentoralas_első_szakaszáról.pdf
- Foglalkoztatási és Rehabilitációs Munkacsoport, TÁRS projekt (2017): Az intézményi férőhely kiváltás foglalkoztatási komponensének általános folyamata. Budapest, FSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/01/Az_intezmenyi_ferohely_kivaltas_foglalkoztatasi_komponensenek_altalanos_folyamata_v.pdf
- Foglalkoztatási és Rehabilitációs Munkacsoport, TÁRS projekt (2018): Foglalkoztatásra történő felkészítés, fejlesztés. Budapest, FSZK. Link: <https://fszk.hu/kiadvany/foglalkoztatásra-torteno-felkeszites-fejlesztés>
- Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. – KONETT Hungária Közösségfejlesztési Nonprofit Kft. (2017): Megvalósíthatósági tanulmány : a Szociális intézményi férőhely kiváltási szakmai koordinációs műhely kialakítása – EFOP-1.9.1-VEKOP/15 című projekthez : TÁRS PROJEKT. Budapest, FSZK.

- Fogyatékosággal Élők Jogaiért Felelős Tematikus Munkacsoport [2018]:
Javaslatcsomag az ENSZ fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló
egyezményével kapcsolatos időszakos felülvizsgálata nyomán. Buda-
pest. Link: [https://emberijogok.kormany.hu/download/4/71/32000/
Javaslatcsomag_EJMCS_Fogyatekossagugyi_TMCS_2018_05_22.pdf](https://emberijogok.kormany.hu/download/4/71/32000/Javaslatcsomag_EJMCS_Fogyatekossagugyi_TMCS_2018_05_22.pdf)
- Friedman, Jack R. (2011): A „szociális eset” : betegség, pszichiátria és in-
tézmenytelenítés a posztszocialista Romániában. In: AnBlok 5. sz. p.
10-18. Link: [http://epa.oszk.hu/02700/02725/00004/pdf/EPA02725_
anblokk_2011_5_010-018.pdf](http://epa.oszk.hu/02700/02725/00004/pdf/EPA02725_anblokk_2011_5_010-018.pdf)
- Galambos Éva [et al.] (2009): A minőség problémája a felnőtt értelmi fo-
gyatékosok lakhatást nyújtó szociális ellátásában. In: Kőnczei György
(szerk.): A súlyos és halmozott fogyatékosággal élő emberek helyzete
Magyarországon. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai
Kar. p. 153-198 Link: <http://mek.oszk.hu/09500/09511/09511.pdf>
- Gazsi Adrienn (2018): Jogi inkonzisztencia vizsgálat I. : szaktanulmány.
Budapest, FSZK. Link: [https://fszk.hu/kiadvany/jogi-inkonzisten-
cia-vizsgalat-i-szaktanulmany](https://fszk.hu/kiadvany/jogi-inkonzisten-
cia-vizsgalat-i-szaktanulmany)
- Gazsi Adrienn [et al.] (2015): A fogyatékosügyi paradigma változása. Szo-
ciálpolitikai Szemle 2015. 1. évfolyam 2-3. sz. p. 54-79
- Gifló H. Péter – Szentkatolnay Miklós (2017): A szociális intézmények
férőhely kiváltása : módszertani támogatás, 2016-2010. In: Szociálpo-
litikai Szemle 3. évf. 1-2. sz. p. 187-193
- Gulyás Tibor [et al.] (szerk.) (2011): Foglalkozzunk vele! Fókuszban az
autista emberek támogatott lakhatása. Budapest, Aura Egyesület. Link:
[https://c557cb3d-41b7-4406-b753-31fcd5e49190.filesusr.com/ugd/
e698d7_03caa45b477f41d098c53112650f6b0e.pdf](https://c557cb3d-41b7-4406-b753-31fcd5e49190.filesusr.com/ugd/
e698d7_03caa45b477f41d098c53112650f6b0e.pdf)
- Gurbai Sándor – Hoffman István: Emberi jogi modell és a jogok – em-
powerment. In: Bogdán Bianka [et al.] (szerk.): Problémafelvetések a
támogatott lakhatás témaköréhez kapcsolódva. Budapest, ELTE Bárczi
Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. p. 16-26. Link: <https://edit.elte.hu/>

[xmlui/bitstream/handle/10831/37933/Probl%3a9mafelvet%3a9sek%20a%20t%3a1mogatot%20lakhat%3a1s%20t%3a9mak%3b6r%3a9hez%20kapcsol%3b3dva_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/37933/Probl%3a9mafelvet%3a9sek%20a%20t%3a1mogatot%20lakhat%3a1s%20t%3a9mak%3b6r%3a9hez%20kapcsol%3b3dva_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Halmos Szilvia (2019): Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehetőségei Magyarországon. Budapest, PPKE. Link: <http://plwp.eu/files/2019-03Halmos.pdf>
- Hatos Gyula (szerk.) (1995): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. Budapest, BGGYFK.
- Hatos Gyula (2012): Életkilátás-életkísérés az értelmi akadályozottsággal élők körében. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Hernádi Ilona (ed.) (2018): PODIUM Project – Path of Deinstitutionalization Urgent Moves from a participatory aspect : an edited collection of studies on deinstitutionalisation [sic!] in Serbia and Hungary. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Faculty of Special Needs Education. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/39197/Podium_angol_nyelvu_tanulm%3a1nykotet_final_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Horváth Péter László (2016): A nagy létszámú (szociális) intézmények kitagolása: a kitagolás hazai értelmezése és újraértelmezésének szükségessége és lehetősége. In: Fogyatékoság és Társadalom 3. évf. 7. sz. p. 105-113
- Horváthné Somogyi Ildikó – Tausz Katalin (2018): Támogatott lakhatás. In: Bogdán Bianka [et al.] (szerk.): Problémafelvetések a támogatott lakhatás témaköréhez kapcsolódva. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. p. 27–35. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/37933/Probl%3a9mafelvet%3a9sek%20a%20t%3a1mogatot%20lakhat%3a1s%20t%3a9mak%3b6r%3a9hez%20kapcsol%3b3dva_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Horváthné Somogyi Ildikó [et al.] (2019): Nagy létszámú bentlakásos intézményektől a támogatott lakhatásig: értelmi sérült személyek önrendelkező életútjai című participatív UNKP-kutatás. In: Együtt oktunk és kutatunk! : inkluzív megközelítés a felsőoktatásban. szerk. Katona Vanda [et al.]. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. p. 105-112. Link: http://www.eltereader.hu/media/2019/11/Katona-Szauer_Egyutt_oktatunk_READER.pdf
- Hronyecz Ildikó – Mátics Katalin (2003): A felnőtt korú fogyatékkal élők bentlakásos intézményi ellátásáról. In: Kapocs. 11. évf. 4. sz. p. 1-33. Link: <http://www.kapocsfolyoirat.hu/kapocs/archives/2003-2-4-7.pdf>
- Iván Zoltán [et al.] (2019): A Támogatott lakhatás elmélete és gyakorlata – egy inkluzív felsőoktatási kurzus tapasztalatairól. In: Együtt oktunk és kutatunk! : inkluzív megközelítés a felsőoktatásban. szerk. Katona Vanda [et al.]. Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. p. 147-155. Link: http://www.eltereader.hu/media/2019/11/Katona-Szauer_Egyutt_oktatunk_READER.pdf
- KEIOK-Perfektum PR (2017): A kiváltási folyamat kommunikációs stratégiája. Budapest, FSZK. Link: <https://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/10/A-kiv%3%a1lt%3%a1si-folyamat-kommunik%3%a1ci%3%b3s-strat%3%a9gi%3%a1ja.pdf>
- Kief, Michael: Az értelmileg akadályozott emberek normalizált lakóformái és hatásuk a lakókra. In: Hatos Gyula (szerk.): Értelmileg akadályozott emberek lakóközösségei külföldön. Budapest, BGGYFK. p. 114-126
- Kondor Zsuzsa (2018): Közösségi lakhatás-e Magyarországon a támogatott lakhatás? : PhD értekezés. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/42350/Doktori%20%28PhD%29%20%3%a9rtekez%3%a9s_Kondor%20Zsuzsa_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kőnig Éva (2015): A támogatott lakhatás kérdőjelei. In: Szociálpolitikai Szemle, 1. évf. 2-3. sz. p. 80-105

- König Éva – Kovács Ibolya (2017): Módszertan a támogatott lakhatás fenntarthatósági és költség-hatékonysági elemzésének elvégzéséhez. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségért Közhasznú Non-profit Kft. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2018/04/Fenntarthat%3%b3s%3%a1gi_%3%a9s_k%3%b6lts%3%a9g-hat%3%a9konys%3%a1g_elemz%3%a9s_m%3%b3dszertan.pdf
- König Éva – Kovács Ibolya (2018, kézirat): Az intézményi férőhely kiváltás EFOP-2.2-2. számú pályázati felhívására benyújtott szakmai tervek „megvalósíthatósági és fenntarthatósági kockázatok”, illetve „fenntartás” fejezeteinek elemzése. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségért Közhasznú Nonprofit Kft.
- Kopasz Marianna [et al.] (2016): Fogyatékosággal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban. Budapest, TÁRKI Zrt. Link: http://old.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf
- Kopasz Marianna [et al.] (2016): Fogyatékosággal élő emberek életminősége Magyarországon az intézménytelenítési folyamat küszöbén. In: Társadalmi riport. Budapest, TÁRKI. p. 376-393. Link: <http://old.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/18kopasz.pdf>
- Kopasz Marianna (2017): Életminőség és ellátási költségek intézeti és közösségi lakhatásban élő értelmi fogyatékos felnőttek körében : a korábbi külföldi kutatások módszertani szempontú áttekintése. In: Esély, 28. évf. 2. sz. p. 96-118. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2017_2/Esely_2017-2_6_Kopasz_Eletminoseg.pdf
- Kovács Tímea – Varga Péter (2017): Egységes szervezet-átalakítási koncepció és végrehajtási protokoll. Budapest, FSZK. Link: <https://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/12/Egys%3%a9ges-szervezet-%3%a1talak%3%adt%3%a1si-koncepti%3%b3-%3%a9s-v%3%a9grehajt%3%a1si-protokoll.pdf>
- Kozma, Agnes [et al.] (2009): Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review. In: American

- Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 114. évf. 3. sz. p. 193–222. Link: http://les-pilotis.be/IMG/pdf/0906_AJIDD_Outcomes_in_different_residential_settings.pdf
- Kozma Ágnes – Petri Gábor [2012]: A kirekesztés térképe : európai áttekintő vizsgálat a pszichiátriai intézményi és közösségi ellátásokról : magyar nyelvű összefoglaló. Brüsszel, OSI ; MHE. Link: <https://tasz.hu/files/tasz/imce/mappingexclusion-hungarian.pdf>
- Kozma Ágnes [et al.] (2016): Az Európai Unió támogatásainak a szerepe az intézménytelenítésben és a férőhelykiváltás eddigi tapasztalatai. Budapest, TASZ. Link: https://tasz.hu/files/tasz/imce/zarotanutmany_tasz_a4_preview_4.pdf
- Kozma Ágnes [et al.] (2016): Az intézményi férőhely kiváltási programok értékelésének lehetőségei: az egyéni életminőség mérésének módszertani kérdései fogyatékossgal élő felnőttek körében. In: Esély 27. évf. 5. sz. p. 102-119 Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2016_5/Esely_2016-5_5-1_Kozma_et_al_Intezmenyi_ferohely.pdf
- Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.) (2002): Kiscsoportos lakóotthonok : Hol is tartunk? : Két munkakonferencia tapasztalatai. Budapest, Soros Alapítvány. Link: <http://www.kka.hu/soros/kiadvany.nsf/44cfa372d-3c5a279c1256e9600682640/662448559c242168c1256e9f003c5d30>
- Losoncz, Mária [et al.] (2018): Experiences of an innovative and inclusive curriculum development in higher education. In: Fogyatékossg és Társadalom = Hungarian Journal of Disability Studies & Special Education. Special Issue 1. sz. p. 64-71 DOI: <https://doi.org/10.31287/FT.en.2018.1.7>
- Mansell, Jim – Beadle-Brown, Julie (2011): Intézménytelenítés és közösségi lakhatás: az Értelmi Fogyatékossg Kutatás Nemzetközi Társaság Összehasonlító Szakpolitika és Gyakorlat tematikus csoportjának szakmai állásfoglalása. In: Esély 22. évf. 2. sz. p. 110–123. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_2/06dokumentum.indd.pdf

- Mansell, Jim [et al.] (2012): „Intézménytelenítés” és élet a közösségben – eredmények és költségek: egy európai kutatás jelentése. In: Nyilas Mihály (szerk.): Összehasonlító jóléti elemzések. Budapest, ELTE TáTK. p. 72-217. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfiles/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/33260/23%20Osszehasonlito_joleti_elemzesek.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nagy Zita Éva [et al.] (2017): Támogatott lakhatási szolgáltatások : áttekintés az intézményi férőhelykiváltás során létrejött támogatott lakhatási szolgáltatások működésének első tapasztalatairól. Budapest, FSZK. Link: <https://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/04/T%3a1mogatott-lakhat%3a1si-szolg%3a1ltat%3a1sok.pdf>
- Nagy Zita Éva [et al.] (2017): Támogatott lakhatási szolgáltatások : áttekintés az intézményi férőhelykiváltás működésének első tapasztalatairól. In: Szociálpolitikai Szemle 3. évf. 1-2. sz. p. 148-186
- Nagy Zita Éva [et al.] (2018): A kiváltási folyamat tapasztalatai. In: Bogdán Bianka [et al.] (szerk.): Befogadás és önrendelkezés : absztraktkötet. Budapest, ELTE BGGYK. p. 5-9 Link: https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfiles/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/34822/Befogad%3a1s_%3a1s%20%3b6nrendelkez%3a1s_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium (összeáll.) (2012): Kiváltás. A fogyatékos személyek ellátásának jövője. Budapest, Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal. Link: <https://docplayer.hu/456054-Kivaltas-a-fogyatekos-szemelyek-ellatanak-jovoje-budapest-2012.html>
- Nyilas Mihály (szerk.) (2012): Összehasonlító jóléti elemzések. Budapest, ELTE TáTK. Link: https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfiles/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/33260/23%20Osszehasonlito_joleti_elemzesek.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Nyitrai Imre (2015): Stratégia vagy koncepció? In: Szociálpolitikai Szemle 1. évf. 5/6. sz. p. 116-117
- Nyitrai Imre (2017): Mindenhol jó, de a legjobb otthon vajon melyik? In: Szociálpolitikai Szemle 3. évf. 4. sz. p. 18-26
- Nyitrai Imre (2020): Egy kulcs az önálló életvitelhez – A támogatott lakhatás helye és szerepe a magyarországi szociális szolgáltatások rendszerében. In: Fogyatékoság és Társadalom 6. évf. 1. sz. p. 47-58. DOI: <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2020.1>
- Parker, Camilla – Bulic, Ines (2014): Befektetés a múltba? A totális intézetek bezárása és a Strukturális Alapok politikája Közép-Kelet-Európában. Budapest, TASZ. Link: [https://tasz.hu/files/tasz/imce/befektetes_a_multba - intezmenytelenites es a strukturalis alapok politikaja kozep-kelet-europaban.pdf](https://tasz.hu/files/tasz/imce/befektetes_a_multba_-_intezmenytelenites_es_a_strukturalis_alapok_politikaja_kozep-kelet-europaban.pdf)
- Petri Gábor – Kozma Ágnes (2017): Közösségi életvitel és intézményi férőhelykiváltás Magyarországon : kritikai elemzés. In: Esély, 28. évf. 5. sz. p. 67-91. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2017_5/ATT00476.pdf
- Pordán Ákos (1998): Az értelmileg akadályozott emberek gondozásának alternatív formái Magyarországon. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): Függőség-től az autonómiáig : helyzetértékelés és jövőkép a kics csoportos lakóotthonokról. Budapest, Kézenfogva Alapítvány, p. 127-176. Link: [http://www.kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/\\$FILE/A%20f%C3%BC-gg%C5%91s%C3%A9gt%C5%91%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf](http://www.kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/$FILE/A%20f%C3%BC-gg%C5%91s%C3%A9gt%C5%91%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf)
- Radványi Katalin [et al.] (2013): „Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is.” Értelmileg akadályozott emberek életminősége és a kitagolás kérdése. In: Gyógypedagógiai szemle 41. évf. 4. sz. p. 262-274 Link: http://epa.oszk.hu/03000/03047/00062/pdf/EPA03047_gyogy-se_2013_4_262-274.pdf

- Rehabilitációs környezettervező szakmérnök tanácsadók által összeállított TL-tervezési szempontsor. Budapest, FSZK, 2017. Link: <https://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/06/T%c3%81RS-TL-tervez%c3%a9si-szempontsor-20170621.pdf>
- Ruzsics Ilona (2014): A személyre szabott költségvetés. In: Esély 25. évf. 1. sz. p. 80-91. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2014_1/ruzsics.pdf
- Ruzsics Ilona (2015): A németországi lakóotthonok kritikai megközelítése. In: Gyógypedagógiai szemle 43. évf. 2. sz. p. 131-138 Link: https://epa.oszk.hu/03000/03047/00068/pdf/EPA03047_gyosze_2015_2_131-138.pdf
- Ruzsics Ilona [2019]: A kitagolás folyamatai Európában és Magyarországon. Szeged, SZTE. Link: http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/1_a_felntt_rtelmi_fogyatkos_szemlyek_intzmnyes_elltsnak_trtnete.html
- Sándor Anikó [et al.] (2018): „Kicsit kemény, nehéz, de kezdem élvezni!": Önrendelkezés támogatott lakhatásban: egy participatív kutatás tapasztalatai. In: Carissimi, 9. évf. 3. sz. p. 6–8. Link: http://www.carissimi.sk/images/carissimi_lapok/carissimi-2018-3.pdf
- Sándor Anikó (2018): Nagy létszámú bentlakásos intézményektől a támogatott lakhatásig: intellektuális fogyatékosággal élő személyek önrendelkező életútjai. Budapest, ELTE PPK.
- Sándor Anikó [et al.] (2019): A támogatott lakhatás jellemzői egy participatív kutatás tükrében. Fogyatékoság és Társadalom 5. évf. 1. sz. p. 90-114. DOI: <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2019.1.5>
- Schenk Lászlóné – Jusztin Móni (2020): A támogatott lakhatás és szolgáltatási gyűrű kialakításának és működtetésének protokollja. Budapest, NFSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2019/12/01_A-TL-%c3%a9s-szolg%c3%a1ltat%c3%a1si-gy%c5%b1r%c5%b1-m%c5%b1k%c3%b6d-tet%c3%a9s%c3%a9nek-protokollja_2020_03_31.pdf
- Skultéty László (szerk.) (2007): A kastélyotthonokban működő felnőtt fo-

- gyatékos bentlakásos intézményei kiváltása lakóotthonokkal – gazdaságossági számítások. Budapest, GKI.
- Varga Veronika (2020): Csehország szociális ellátórendszerének bemutatása és magas támogatási szükségletű/súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek lakhatási szolgáltatásának ígéretes gyakorlata. Budapest, NFSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2020/02/20200131_Cseh-%c3%adg%c3%a9retes-gyakorlat-kiadv%c3%a1ny_v%c3%a9gleges%c3%adtett.pdf
- Varga Veronika (2020): Dánia szociális ellátórendszerének bemutatása és magas támogatási szükségletű/súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek lakhatási szolgáltatásának ígéretes gyakorlata. Budapest, NFSZK. Link: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2020/02/20200207_D%c3%a1n-szo-ci%c3%a1lis-rendszer-%c3%a9s-Katrinehaven-kiadv%c3%a1ny_v%c3%a9gleges%c3%adtett.pdf
- Verdes Tamás (2009): „A ház az intézet tulajdona” – A totális intézmények lebontásáról, humanizálásáról és modernizálásáról. In: Esély, 20. évf. 4. sz. p. 92-114
- Verdes Tamás [et al.] (2011): Intézet helyett : a fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. In: Esély 22. évf. 4. sz. p. 3-34. Link: http://www.esely.org/kiadvanyok/2011_4/01a-verdes.indd.pdf
- Verdes Tamás (2016): Támogatott lakhatás. In: Kopasz Marianna [et al.]: Fogyatékossgal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban. Budapest, TÁRKI Zrt. p. 223–228. Link: http://old.tarki.hu/hu/news/2016/kitekint/20160408_fszk.pdf
- Vida Fanni [et al.] (2019): Intellektuális fogyatékossgal élő személyek hétköznapi döntési lehetőségei támogatott lakhatásban. In: Fogyatékossg és Társadalom 5. évf. 2. sz. p. 86-99. Link: http://fogyatekossagtudomany.elte.hu/wp-content/uploads/2019/12/2019_2_NT_v-06.pdf
- Wilken, Jean Pierre – Hanga, Karin (szerk.) (2015): Történetek a felépülésről

és társadalmi részvételről. Tapasztalatok és kihívások. Tallinn, Institute of Social Work, Tallinn University, Estonia ; Research Centre for Social Innovation, University of Applied Sciences, Netherlands. Link: https://www.researchgate.net/publication/305998742_Tortenetek_a_felepulesrol_es_tarsadalmi_reszvetelrol_Tapasztalatok_es_kihivasok

Zászkaliczky Péter (1998): A deinstitucionalizáció folyamata a német nyelvű országokban. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): A függőségtől az autonómiáig : helyzetértékelés és jövőkép a kicsoportos lakóotthonokról. Budapest, Kézenfogva Alapítvány. p. 35–80. Link: [http://www.kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/\\$FILE/A%20f%C3%BCgg%C5%91s%C3%A9g-t%C5%91l%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf](http://www.kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/44cfa372d3c5a279c1256e9600682640/b56129e5ec82a6b4c1256e9900487a08/$FILE/A%20f%C3%BCgg%C5%91s%C3%A9g-t%C5%91l%20az%20auton%C3%B3mi%C3%A1ig.pdf)

Szerzők

Bódy Éva, tanári magcsoport oktató, SE EEK Szociális Vezetőképzés,
body@emk.sote.hu

Cserti-Szauer Csilla, doktorandusz, ELTE BGGYK, Általános Gyógypedagógiai Intézet Fogyatékoságtudományi és Társadalmi Innovációs Lab, valamint ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola,
szauer.csilla@barczy.elte.hu

Hajdu Julianna, szakvizsgázott szociális munkás, igazgató, Sorsfordító Szolgáltató Központ, intezmenyvezeto@sorsforditokozpont.hu

Herold Krisztián, intézményvezető, Közösségért Alapítvány a Pszichiátriai Betegséggel Élők Felépüléséért, Elnökségi tag - Országos Közösségi Ellátások Egyesülete, Komplex támogatási szükségletmérő szakmentor,
heroldkr@gmail.com

Horváth Dániel, szakmai vezető, szociálpolitikus, Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya

Dr. Juhász Péter, jogász, oktató, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Szociális Vezetőképző Tudásközpont, juhasz.peter@emk.sote.hu

Katona Vanda, PhD, egyetemi docens, ELTE BGGYK, Általános Gyógypedagógiai Intézet Fogyatékoságtudományi és Társadalmi Innovációs Lab, katona.vanda@barczy.elte.hu

Marton Krisztina, addiktológiai konzultáns / Komplex szükségletfelmérő szakember, ORSZIK Boldogkerti Támogatott lakhatás

Nelhübel-Oláh Henriette, közgazdász, szociális munkás, teológus, Mécses Szolgáló Közösség Egyesülete Napsugár Gondozási Központ intézményvezetője, Civil Érdekvédelmi Hálózat a Fogyatékos Embereknek Szociális Szolgáltatást Nyújtó Civil Szervezetekért ernyőszervezet elnöke, henriette.nelhubel@gmail.com

Nyitrai Imre, szociológus, szociálpolitikus, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Szociális Vezetőképző Tudásközpont, nyitrai.imre@emk.semmelweis.hu

Sándor Anikó, PhD, egyetemi adjunktus, ELTE BGGYK, Fogyatékoság és Társadalmi Részvétel Intézet Fogyatékoságtudományi és Társadalmi Innovációs Lab, sandor.aniko@barczy.elte.hu

Serafin József, szociológus, módszertan vezető, FISZI Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ

Dr. Sziklai István, az ELTE TáTK Szociálpolitika Tanszék adjunktusa, a kiváltás országosan egységes módszertani hátterét biztosító (TÁRS) projekt vezető szakértője, sziklai.istvan@gmail.com

Szirtes-Tankó Tünde, szociológus, FISZI Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ

Tókécs Tibor, szociálpolitikus, intézményvezető, ORSZIK Boldogkerti Támogatott Lakhatás

Támogatott lakhatás hálózati műhelymunka

Ahogy az előbbieken láttuk, a támogatott lakhatás szolgáltatás megfelelő feltételeket teremt ahhoz, hogy a fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg emberek életkoruknak, egészségi állapotuknak és önellátási képességüknek megfelelő lakhatási, illetve szociális szolgáltatásokban részesüljenek. A támogatott lakhatást működtető szakemberek közötti eszmecsere és együttműködés támogatása szintén alapvető feladat. A fórumokon, műhelymunkák során lehetőség van a közös gondolkodásra, a szakmai tapasztalatok és a jó gyakorlatok megosztására. A leghathatósabb forma talán az, ha a szakemberek hálózatot alkotnak, és rendszeres időközönként személyesen is találkoznak. A találkozók sor kerülhet a szakpolitikai célok megismerésére, a szakmai szabályok alkalmazásának gyakorlati megvalósításából származó tapasztalatok megvitatására, a végrehajtást segítő javaslatok megfogalmazására.

A Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ az Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztályával valamint a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Módszertani Főosztályával együttműködésben éveken keresztül létrehozta a „Támogatott lakhatás – hálózati műhelymunka” rendezvénysorozatot. A több éves tapasztalatok azt mutatják, hogy a TL-műhelyek valóban alkalmasak a fenti célok eléréséhez, a jó hangulatú személyes találkozók, konferenciák, formális és informális beszélgetésekben megvitatott témák hozadékai jól hasznosíthatók a szakmai hétköznapiakban. Bár a COVID-19 járvány a virtuális térbe szorított bennünket, amint újra lehetőségünk nyílik rá, műhelyeinket mindenképpen szeretnénk a hagyományos formában tovább működtetni. Ha szeretne részt venni a hálózat munkájában, írjon nekünk a modszertan@baptist.hu címre.

A kiadóról

Miniszteri kijelölés alapján a kiskőrösi Filadelfia Integrált Szociális Intézmény szervezeti keretei között 2017 elején, budapesti székhelyen kezdte meg működését a Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ. A szociális módszertan fő feladata, hogy a szociális szolgáltatások működéséhez szakmai támogatás nyújtson, javítsa a szolgáltatások minőségét. Az egyházi fenntartásból fakadó összetett feladat, hogy segítse a szolgáltatások egyházi, keresztyén értékrend alapján történő működését. Jelenleg 12 belső egyházi jogi személy fenntartó működik szociális területen. Az intézményekben mintegy kétezer munkavállaló dolgozik, akik naponta közel 20 ezer ellátott életét segítik különféle formákban. A szolgáltatások köre az ellátások szinte teljes spektrumát felöleli, a házi segítségnyújtástól, pszichiátriai és szenvedélybetegek és idősek ellátásán át, a családi bölcsődéig és nevelőszülői hálózatokig.

Baptista szociális szolgáltatások csaknem minden megyében jelen vannak, a legtöbb a Közép-magyarországi Régió és Kelet-Magyarország területén. A szakmai programok véleményezése és a szakmai ellenőrzések elvégzésén túl a módszertani tevékenység igen összetett, szerteágazó. Egyik lényeges eleme a különféle tematikájú, kisebb-nagyobb rendezvények szervezése, lebonyolítása. A szakmai eseményeknek nagy szerepük van az információáramlásban, a kapcsolatépítésben, a baptista identitás erősítésében. Támogatott lakhatás szakmai műhelyeink – melyet az ország összes szolgáltatójának működtetünk – tapasztalatai nyomán érlelődött meg egy átfogó TL-kiadvány életre hívásának az ötlete. Ennek létjogosultságát a tavaly kezdődő pandémiás helyzet – a nehezedő munkakörülmények és a virtuális térbe költöző szakmai együttműködések kényszere – még jobban aláhúzta. Bízunk benne, hogy kiadványunk olyan első fecske, amely nem marad társak nélkül.

Honlapcímünk: szocialismodszeran.hu

Napjainkban a bentlakásos szociális szolgáltatások átalakításának fő iránya a „normális” életkörülmények megteremtése, az alapszolgáltatások igénybevétele – mondhatni vissza az alapokhoz. Az 1993-as szociális törvény által megalapozott szociális szolgáltatási rendszer történetében az eddigi legnagyobb horderejű fejlesztés a támogatott lakhatásokhoz kapcsolódik. Ez érvényes mind a beruházások nagyságrendjére, mind a szolgáltatási tartalom minőségi fejlesztésére.

Ahhoz képest, hogy kulcsfontosságú, kevés szakirodalom foglalkozik a támogatott lakhatás szolgáltatással. Kötetünkben a szociális szakmai kiváló szereplői által bepillantást nyerhetünk a TL működésének elméleti és gyakorlati kérdéseibe. Szerzőink között vannak oktatásban, szolgáltatásban, szakmai irányításban tevékeny szakemberek. Reményünk, hogy a tanulmányokkal segítjük a távolodást az intézménytől, hogy az igénybevevők minél inkább *otthon* lehessenek. Talán félúton már vagyunk, hazafelé félúton...

Serafin József



Baptista Egyházi Szociális
Módszertani Központ