



GYERMEKÚT

A GYERMEKVÉDELMI ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT FOGYATÉKOS VAGY MÁS OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ GYERMEKEK ELLÁTÁSÁT FELTÁRÓ KUTATÁS

KUTATÁSI
ZÁRÓTANULMÁNY



CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG
KÖZPONT

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



GYERMEKÚT

A GYERMEKVÉDELMI ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT FOGYATÉKOS VAGY MÁS OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ GYERMEKEK ELLÁTÁSÁT FELTÁRÓ KUTATÁS

KUTATÁSI ZÁRÓTANULMÁNY



CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG
KÖZPONT

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001
„A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

Második, átdolgozott kiadás, 2021

Szerkesztő:
Rácz Andrea

Szerzők:
Czibere Ibolya, Demcsik Mónika, Gyarmati Andrea, Dr. Kothencz Edina, Rácz Andrea

Szakértők:
Dr. Gulyásné Kovács Erzsébet, Dr. Joó Aranka, Vida Zsuzsanna

Szakmai lektor:
Szikulai István

Projekt szakmai vezető:
Dr. Kereki Judit

A tevékenység koordinálását végezte:
Kereszti Mariann

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

gyermekut@csalad.hu
www.gyermekut.hu

Budapest, 2021

TARTALOM

CZIBERE IBOLYA – GYARMATI ANDREA – RÁCZ ANDREA: A GYERMEKVÉDELMI ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT 6 ÉVEN ALULI FOGYATÉKOS VAGY MÁS OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ GYERMEKEK ELLÁTÁSÁNAK ÉRTÉKELŐ ELEMZÉSE

Bevezetés	7
I. Korai intervenció a gyermekvédelemben	9
Problémák	15
II. A gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban elhelyezett 6 éven aluli fogyatékos vagy más okból speciális támogatást igénylő gyermekek ellátását feltáró kérdőíves kutatás eredményei	16
II.1. Nevelőszülői hálózatok	16
A minta jellemzése	16
Nevelőszülők	17
Ellátotti adatok	18
Bekerülés	19
A fogyatékoság típusa	21
A foglalkoztatottak adatai	22
Az infrastruktúra hiányosságai	23
Korai fejlesztés	24
Kapcsolattartás a hozzátartozó és a gyermek között	27
Gyermekvédelmi gyámok	28
Kikerülés	28
II.2. A 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége	29
A minta jellemzői	29
Ellátottak	30
A fogyatékoság típusa	32
A foglalkoztatottak adatai	34
Infrastruktúra	35
Fejlesztés, terápiák	36
Kapcsolattartás	38
Kikerülés	38
II.3. Az ápolást-gondozást nyújtó intézmény és az integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egysége	40
Az intézményi minta	40
Az ellátottak száma	41
A foglalkoztatottak	44
Infrastruktúra	45
Terápiák, korai fejlesztés	46
Kapcsolattartás	48
Kikerülés	48
Összegzés	50
III. A gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban elhelyezett 6 éven aluli fogyatékos vagy más okból speciális támogatást igénylő gyermekek ellátását feltáró interjúk kutatás eredményei	53
III.1. Az egyéni interjúk tapasztalatai	53

Az ellátórendszer jellegzetességei	53
Infrastrukturális és HR-kapacitás	54
Az elérhető szolgáltatások köre	54
Együtműködések	55
Hiányterületek, fejlesztési igények	57
Összegzés.	59
III.2. A csoportos interjúk tapasztalatai	59
Nevelőszülők és nevelőszülői hálózatok	60
3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthonok	67
Integrált intézmények	72
Ápolást-gondozást ellátó intézmények	75
IV. Policy ajánlások.	81
Ténymegállapítások.	81
Policy ajánlások.	82
Irodalom	84

SZAKÉRTŐI TANULMÁNYOK

Demcsik Mónika: A jogszabályi környezet vizsgálata	86
1. A Gyvt. és az Szt. hatálya alá tartozó intézményekre vonatkozó személyi feltételek összehasonlítása.	88
Összegzés.	91
2. A külföldi intézmények működése	91
Az európai országok gyakorlata – példák	92
Európán kívüli országok – példák	100
3. Esettanulmány.	101
4. Összegzés.	104
Irodalom	104
Dr. Kothencz Edina: Egyenlő esély – „Jogom van hazamenni! Kérlek, segíts nekem!”	106
Bevezetés	106
1. A fogyatékos gyermekek helyzete a gyermekvédelmi szakellátásban, feladatok	106
2. Gyermekotthonunk működési mutatói és a korai fejlesztés gyakorlata.	108
Alkalmazott módszerek a fogyatékos vagy fejlődésükben veszélyeztetett kisgyermek és családjaik támogatása terén	110
3. Esettanulmány.	115
4. Összegzés.	118
Irodalom	119

MELLÉKLETEK

1. kérdőív: Nevelőszülői hálózatok	121
2. kérdőív: 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége . .	128
3. kérdőív: Ápolást-gondozást nyújtó intézmény és integrált intézmény ápolást gondozást nyújtó intézményi egysége.	136
Az egyéni interjú vázlata	144
A fókuszcsoporthoz interjú vázlata	146

**CZIBERE IBOLYA –
GYARMATI ANDREA –
RÁCZ ANDREA:
A GYERMEKVÉDELMI
ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN
ELHELYEZETT
6 ÉVEN ALULI FOGYATÉKOS VAGY MÁS
OKBÓL
SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ
GYERMEKEK ELLÁTÁSÁNAK ÉRTÉKELŐ
ELEMZÉSE**

A KUTATÁS ÁTFOGÓ CÉLJA

Az átfogó cél egy helyzetkép felvázolása a gyermekvédelmi, valamint a szociális szakellátásban elhelyezett fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, továbbá krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekek (a továbbiakban speciális támogatást igénylő kisgyermekek) szükségleteihez igazodó ellátásáról.

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermekekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciós ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

A KUTATÁS SZÜKSÉGESSÉGÉNEK INDOKLÁSA

A Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban Gyvt.), valamint a 15/1998. (IV.30.) NM rendelet meghatározza a nevelőszülőnél és a gyermekotthonban biztosítandó ellátás személyi és tárgyi feltételeit. A fogyatékos személyeket, ezen belül a kiskorúakat ellátó ápoló-gondozó intézményekben biztosítandó személyi és tárgyi feltételeket pedig az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet határozza meg.

Ugyanakkor nem készült kutatás arról, hogy a projekt célcsoportjába tartozó gyermekek ellátásának feltételei ezeken a gondozási/ellátási helyeken mennyire biztosítottak, és arról sincs felmérés, hogy azokhoz a speciális (fejlesztő, terápiás stb.) szolgáltatásokhoz, amelyeket nem az elhelyezést biztosító intézmény nyújt, hol és milyen mértékben, illetve milyen gyakorisággal jutnak hozzá az ellátottak.

A KUTATÁS CÉLCSOPORTJA

A kutatás célcsoportja a gyermekvédelmi, valamint a szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekek.

A kutatás

- a nevelőszülőnél,
- a 3 év alatti kisgyermekeket ellátó különleges gyermekotthonban (korábbi elnevezéssel csecsemőotthon),
- a fogyatékos személyeket ellátó ápoló-gondozó otthonban,
- az integrált intézményekben

élő fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekekre terjed ki.

(Integrált intézmény alatt olyan intézményt értünk, amelynek az Szt. és a Gyvt. hatálya alá tartozó intézményegysége is van.)

A KUTATÁS MÓDSZERTANA

A kutatás kvantitatív és kvalitatív módszerre épül, és több szakaszból áll.

Kvantitatív szakasz

Első lépésként egy online kérdőíves felmérés keretében fel kell mérni a jelenlegi helyzetet, és pontos képet kell alkotni a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, korai intervencióban érintett, 6 év alatti korosztály létszámáról, az ellátás típusonkénti megoszlásáról, a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások mennyiségéről, minőségéről, valamint a velük kapcsolatban álló szakemberek kora gyermekkori intervenciók ismereteiről, tudásáról.

Az ellátottak gondozási/ellátási helye szerint 3 kérdőív került kidolgozásra az alábbiak szerint:

1. A nevelőszülői hálózatban ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre vonatkozóan.
2. A 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport (korábbi elnevezéssel csecsemőotthon, csecsemőotthoni csoport), illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egységében ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre vonatkozóan.
3. Fogyatékos személyeket ellátó ápolást-gondozást nyújtó intézmény, integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egységében ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre (nem csak a szakellátásban élő gyermekekre!) vonatkozóan.

Az online elérésre mutató linkeket egy kísérőlevéllel és a könnyebb értelmezhetőség és a felkészülés segítése érdekében pdf-formátumban is megküldtük a 3 ellátási típus összes intézményének és nevelőszülői hálózatának címlistájára, melyet az állami fenntartású intézmények esetében az SZGYF, a civil és egyházi intézmények és hálózatok esetében pedig az EMMI biztosít. *A lekérdezés teljes körű mindhárom ellátási típus esetében.*

A kutatás ezen szakasza kvantitatív felmérés – survey –, ezért az adatfeldolgozáshoz az SPSS statisztikai programot használtuk. Ennek segítségével mind a három lekérdezett kérdőív mért változóiból gyakorisági táblázatokat, keresztábrákat készítettünk.

Kvalitatív szakasz

A kutatás keretében nagyon fontos azonosítani, hogy a gyermekvédelmi és a szociális szakellátás mely szegmenseiben van szükség korrekcióra, a hiányzó feltételek pótlására a 6 év alatti gyermekeket érintő korai intervencióval kapcsolatban. Meg kell vizsgálni, hogy a gyermekotthoni, ápoló-gondozó otthoni, nevelőszülői elhelyezés esetén hozzájutnak-e a gyermekek a szükségleteikhez igazodó fejlesztésekhez. Mindez kvalitatív kutatási módszerrel történt, melynek keretében 5 egyéni és 5 csoportos interjú készült. *A szakemberek kiválasztása szakértői mintavétellel valósult meg.*

Az egyéni szakértői és a csoportos interjúk célja: a vizsgálati célcsoporttal foglalkozó nevelőszülői és intézményes ellátásban dolgozók színvonalasabb feladatellátásának biztosításához szükséges infrastruktúrális feltételek, HR-kapacitások, hiányzó adekvát szakmai módszerek, fejlesztési igények felmérése a döntéshozók, szakemberek véleménye alapján, a hiányterületek azonosítása, javaslatok megfogalmazása.

Az egyes csoportokba állami és nem állami szereplők is meghívásra kerültek, továbbá mindegyik csoportba – a nevelőszülői csoport kivételével – olyan gyermekvédelmi gyámot is meghívtunk, aki az adott típusú intézménybe jár.

1. csoport: ápolást-gondozást nyújtó intézmények vezetői, szakemberei (helyszín: Budapest, SZGYF).
2. csoport: integrált intézmények (6 képviselő; helyszín: Budapest, SZGYF).
3. csoport: nevelőszülői csoport (HB megye; helyszín: Debrecen).
4. csoport: nevelőszülői ellátás hálózatvezetők, nevelőszülői tanácsadók (keleti országrész, BAZ, SZSZB és HB megye; helyszín: Debrecen).
5. csoport: 3 éven aluli gyermekek ellátását biztosító különleges gyermekotthon vezetői, szakemberei és gyermekvédelmi gyámok (helyszín: Budapest, SZGYF).

Jelen kutatási zárótanulmány a kvantitatív és kvalitatív kutatás eredményeit összegzi, és kiegészül két szakértői tanulmánnyal, melyek a jogszabályi keretrendszer, valamint a hazai és a nemzetközi jó példákat és gyakorlatokat mutatnak be.

Az elemzési szempontok mind a kvantitatív, mind a kvalitatív módszertanra épülő kutatási pillérnél szorosan illeszkednek a kutatás céljához, melynek alapján az esetleges hiányhelyzetek feltárását követően szükség szerint korrekciós javaslatok, valamint a rendszerfejlesztést célzó policysintű javaslatok kerülnek megfogalmazásra.

I. KORAI INTERVENCIÓ A GYERMEKVÉDELEMBEN

A korai intervenció – Kereki Judit megfogalmazásában – magában foglalja a fogantatástól az iskolába lépéséig a gyermekekre és a családjukra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét, vagyis a szűrést, a problémafelismerést, a diagnosztizálást, a rehabilitációt, a terápiákat, a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységeket és a pénzbeli juttatások rendszerét, illetve a preventív tevékenységeket.

A korai intervenció célcsoportjába tartoznak a fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, krónikus beteg, pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett, szociálisan hátrányos helyzetű, különleges bánásmódot igénylő gyermekek (ez utóbbin belül: a sajátos nevelési igényű gyermekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdők), valamint a kiemelten tehetséges gyermekek (KEREKI 2011).

A célcsoport nagyságát csak becsülni lehet, mivel befolyásolja az is, hogy mennyire tág definíciót használunk. A leginkább elfogadottabb az, ha a 0–6 éves kor közti sérült gyermekek csoportját vesszük ide. Kereki és Lannert becslése szerint a közel 9-10 ezer 6 év alatti korai fejlesztésre szoruló gyermek közül mintegy 5-6000 kap intézményes ellátást, és több mint 30% lehet az ellátatlan gyermekek aránya. Ugyanakkor nagyok a területi egyenlőtlenségek: a szerzők a kutatásuk során azt találták, hogy a gyermekek 50%-át Budapesten látják el (miközben a 0–4 éves korcsoportnak csak a 14%-a él itt), s hogy az Észak-Magyarország régióban a legrosszabb a helyzet (KEREKI–LANNERT 2009).

A korai intervenció a célcsoport heterogenitásából következően ágazatközi együttműködést feltételez, ezért intézményi körébe tartoznak mindazon egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, ill. egyéb intézmények és ezek képviselői, akik a fogantatástól kezdve a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel és családjukkal kapcsolatba kerülnek.

A gyermekjóléti és a gyermekvédelmi rendszerben ez a következőket jelenti: gyermekjóléti szolgáltatások, gyermekek napközbeni ellátása, Biztos Kezdet Gyerekházak, gyermekek átmeneti otthona, továbbá a gyermekvédelmi szakellátásban a családból kiemelt gyermekeknek biztosított otthont nyújtó ellátások (nevelőszülő, gyermekotthon), területi gyermekvédelmi szakszolgálat. Az otthont nyújtó ellátás keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, nevelésbe vett gyermek számára a családi környezetbe történő visszahelyezését előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást, vagy ha ez nem lehetséges, az örökbefogadás elősegítését. A Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat (a továbbiakban TEGYESZ) feladata, hogy javaslatot tegyen a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyre.

Veszélyeztetett gyermekek. A 2013-tól működő járási rendszerben a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény megítélésén és a hátrányos helyzet megállapításán kívül a gyermekvédelmi hatáskörök a települési jegyzőktől a járási gyámhivatalokhoz kerültek, az önkormányzatoknak pedig kötelezően ellátandó feladata lett a gyermekjóléti szolgálatok fenntartása, amit gyakran társulások formájában oldottak meg. Az országos lefedettség 2014-ben 99%-os volt, ám a gondozási tevékenységhez a települések négyötödén nem lehetett közvetlenül hozzáférni: a gyermekjóléti szakember csak heti 1-2 alkalommal volt elérhető, illetve a családoknak utazniuk kellett a szolgáltatás igénybevételehez. A jelzőrendszer működését hátráltatta, hogy a szereplőinek gyakran a gyermek lakhelyétől eltérő településen volt a székhelyük (KSH 2016).

Az illetékességi és hatásköri változások, valamint a korlátozott hozzáférés is szerepet játszott abban, hogy a veszélyeztetett gyermekek száma 2015-re mintegy harmadával, a védelemben vett gyermekek száma pedig 3,0%-kal csökkent 2010-hez képest. A veszélyeztetett gyermekek száma 2015-re 2014-hez képest 4,1, a védelemben vetteké 1,9%-kal nőtt. A veszélyeztetett gyermekek korábban jegyzői hatáskörben levő nyilvántartása átkerült a gyermekjóléti szolgálatokhoz, melyek 2015-ben csupán 700 településen működtek. 2010-ben anyagi okból a gyermekek 47, magatartási okból 26, környezeti okból 24%-át nyilvánították veszélyeztetettnek. 2015-ben elsősorban (62%) környezeti okból vált veszélyeztetetté egy gyermek, a magatartási ok az esetek 18, az anyagi pedig ok az esetek 14%-ában volt jelen. A jelzések négytizedét köznevelési intézmény, háromtizedét a jegyző küldte a gyermekjóléti szolgálatokhoz. A település jegyzője azt a gyermeket (vagy fiatal felnőttet) minősíti *hátrányos helyzetűnek*, akinek szülője vagy gyámja alacsony iskolai végzettségű,

alacsony foglalkoztatottságú), vagy elégtelen lakókörnyezetben él. Ha a körülmények közül legalább kettő fennáll, akkor halmozottan hátrányos helyzet alakul ki. 2015-ben a családban nevelkedő gyermekek tizede volt hátrányos helyzetű (79 ezer) vagy halmozottan hátrányos helyzetű (129 ezer). Az előbbi kategóriába a gyermekek leggyakrabban (71%) a szülő alacsony iskolai végzettsége, az utóbbiba többnyire a szülő alacsony iskolai végzettsége és alacsony foglalkoztatottsága (58%) miatt kerültek. A halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek száma 2014 és 2015 között tizedével csökkent, ami a közmunka bővülésével áll összefüggésben, mivel általa sokan kikerültek a rendszeres gyermekvédelmi támogatás köréből, s ezzel együtt a halmozottan hátrányos körből. A halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek 71%-a Észak-Magyarországon és az Észak-Alföld régióban él (KSH 2016).

2015-ben közel 12 ezer gyermeket *vettek védelembe*, 44%-ukat Észak-Magyarországon és az Észak-Alföld régióban. Több mint harmaduk esetében a szülőnek felróható magatartási ok, negyedüknél 50 tanórát meghaladó igazolatlan hiányzás, 16%-uknál valamilyen környezeti ok (lakás, életviteli problémák) miatt történt az intézkedés. 2015-ben összesen 6807 gyermeknek volt 50 tanórát meghaladó igazolatlan hiányzása, 86%-uk esetében a családi pótlék folyósítása szünetelt (KSH 2016).

1. tábla. A gyermekvédelmi ellátórendszerrel kapcsolatba került gyermekek számának változása (ezer fő)

MEGNEVEZÉS	2010	2013	2014	2015
Veszélyeztetett	198	139	131	136
Védelembe vett	24	21	23	23
Hátrányos helyzetű	–	28	79	79
Halmozottan hátrányos helyzetű	–	51	143	129
Rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő	599	548	494	442

Forrás: KSH 2016, 101.

A gyermekvédelmi szakellátásban lévő gyermekek és fiatalok összesített száma a KSH adatai szerint 2014-ben az előző évinél 6,9%-kal magasabb volt: 23 ezer – közülük 20 ezren kiskorúak voltak, 64%-uk pedig nevelőszülőknél élt. A szakellátásban részesülő kiskorúak aránya nő a csökkenő gyermeklétszámon belül: ezer azonos korú lakosra 2010-ben 9,9, 2014-ben 11,7 jutott. A gyermekotthonban elhelyezett gyermekek és fiatal felnőttek száma 2010 és 2013 között csökkent, majd 2014-ben 6,5%-kal emelkedett; ekkor 8246 fő élt ezekben az intézményekben. A nevelőszülői hálózatban elhelyezettek száma 14 ezer volt, 4,8%-kal több, mint az előző évben. Az engedélyezett örökbefogadások száma összességében keveset változott az elmúlt tíz évben, az évente örökbe fogadható mintegy 2 ezer gyermek közül 750–800 gyermeket fogadnak örökbe (2014-ben 784-et). A külföldi állampolgárok által örökbefogadott gyermekek száma 2014-ben 129 volt (KSH 2015).

A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő kiskorúak száma a KSH 2015. december 31-i, előzetes adatai szerint összesen 20.271 fő, ebből a 0–5 éves korcsoport 4335 fő, ezen belül a 3 év alatti gyermekek száma 2041 fő volt, amely 2006–2015 időszakot vizsgálva folyamatos emelkedő tendenciát mutatott.

A TEGYESZ-ek adatszolgáltatása szerint 2016 augusztusában a gyermekvédelmi szakellátásban élő, 2011–2016 között született gyermekek közül 4112 fő (88,4%) nevelőszülőnél, 480 fő (10,3%) gyermekotthonban, 61 fő (1,3%) ápolást-gondozást nyújtó intézményben volt elhelyezve. A nevelőszülőknél, gyermekotthonban, illetve ápolást-gondozást nyújtó intézményben elhelyezett 6 éven aluli gyermekek közül összesen 514 fő volt fogyatékos vagy tartósan beteg.

A Gyvt. 161/M. § (1) és (2) bekezdése értelmében a gyermekvédelmi szakellátásba 2013. december 31-ét követően bekerült, tizenkettedik életévét be nem töltött gyermeket befogadó szülőnél kell elhelyezni, kivéve, ha a gyermek tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos, vagy a testvéreket nem lehet együttesen a befogadó szülőnél elhelyezni, vagy más okból szükséges az intézményes elhelyezés biztosítása, továbbá a gyermek átmeneti gondozása esetén az intézményes elhelyezést a szülő / törvényes képviselő kéri, és az nem ellen-

tétes a gyermek érdekében. A 12 év alatti gyermekek befogadó szülőnél való elhelyezéséről 2016. december 31-ig kell gondoskodni.

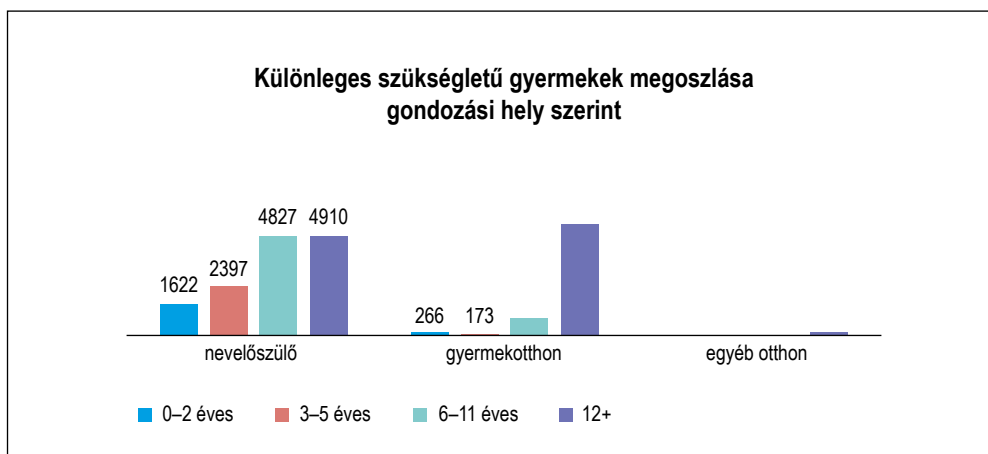
Egy 2015-ben, a 3 év alatti gyermekek elhelyezését vizsgáló elemzés adatai szerint, az SZGYF gondozási helyeinek adatszolgáltatása alapján 2014. december 31-én 295 fő 3 év alatti gyermek élt gyermekotthonban vagy lakóotthonban; közülük 189 fő a kora miatt különleges szükségletű gyermekeket befogadó gyermekotthonban (korábbi nevén csecsemőotthonban). A 189 gyermek közel egyharmada esetében fennállt valamilyen fogyatékosság és/vagy tartós betegség is.

A TEGYESZ-ek 2017. márc. 30-i adatai szerint összesen 20.807 gyermek volt szakellátásban. 13.756 fő, azaz 66%-uk nevelőszülőnél, 6682 fő (32%) gyermekotthonban, 369 gyermek (kevesebb mint 2%) pedig egyéb otthonban (jellemzően ápolást-gondozást nyújtó otthonban). Közülük a legtöbbet már elmúltak 12 évesek (a számuk 10.481), 5798-an 6–11 évesek, 2615-an 3–5 évesek, illetve 1913 gyermek 0–2 éves.

2. tábla. Szakellátásban lévő gyermekkorúak korcsoport és gondozási hely szerint (fő)

KORCSOPORT	NEVELŐSZÜLŐ	GYERMEKOTTHON	EGYÉB OTTHON	ÖSSZESEN
0–2 éves	1622	266	25	1913
3–5 éves	2397	173	45	2615
6–11 éves	4827	881	90	5798
12+	4910	5362	209	10.481
Összesen	13.756	6682	369	20.807

Korcsoport szerint jól látszik, hogy a gyermekotthonokban túlnyomó többségben 12 év feletti gyermekek vannak, míg a 6 év alatti gyermekek legnagyobb része nevelőszülőnél van elhelyezve.



1. ábra. Szakellátásban lévő gyermekkorúak korcsoport és gondozási hely szerint (fő)

A 3. táblából látszanak a megyék közti különbségek. A legtöbb szakellátott gyermek Budapesten, Borsod-Abaúj-Zemplén, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében él. A különböző korcsoportok aránya az egyes megyékben az országos arányokhoz hasonlóan alakul.

3. tábla. Szakellátásban lévő gyermekkorúak korcsoport és megye szerint (fő)

MEGYÉK	0–2 ÉVES	3–5 ÉVES	6–11 ÉVES	12+	ÖSSZESEN
Bács-Kiskun	140	151	366	667	1324
Baranya	53	114	238	410	815
Békés	81	116	200	339	736
Borsod-Abaúj-Zemplén	254	331	687	1062	2334
Budapest	172	270	652	1424	2518
Csongrád	48	75	140	334	597
Fejér	64	88	203	378	733
Győr-Moson-Sopron	38	41	98	249	426
Hajdú-Bihar	132	195	478	856	1661
Heves	70	84	175	257	586
Jász-Nagykun-Szolnok	92	125	326	491	1034
Komárom-Esztergom	38	48	133	251	470
Nógrád	31	54	99	180	364
Pest	161	217	544	1015	1937
Somogy	74	114	207	463	858
Szabolcs-Szatmár-Bereg	295	377	749	1164	2585
Tolna	51	62	146	254	513
Vas	37	37	107	205	386
Veszprém	43	65	136	268	512
Zala	39	51	114	220	424
Összesen	1913	2615	5798	10487	20813

Az összes szakellátásban lévő gyermek közül 7769 különleges szükségletű (sajnos a különleges szükséglet szerinti adatok korcsoportos bontásban nem állnak rendelkezésre, így az alábbi adatokból nem kaphatunk teljes képet a vizsgált célcsoportról). A megyék közül a különleges szükségletű gyermekek száma Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Budapesten és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb.

4. tábla. Különleges szükségletű gyermekek száma megyék és gondozási hely szerint (fő)

MEGYÉK	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ NEVELŐSZÜLŐ	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ GYERMEK OTTHON	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ EGYÉB OTTHON	ÖSSZESEN
Bács-Kiskun	521	108	13	642
Baranya	223	78	15	316
Békés	285	38	11	334
Borsod-Abaúj-Zemplén	515	208	30	753
Budapest	360	454	35	849
Csongrád	217	64	9	290
Fejér	241	93	8	342

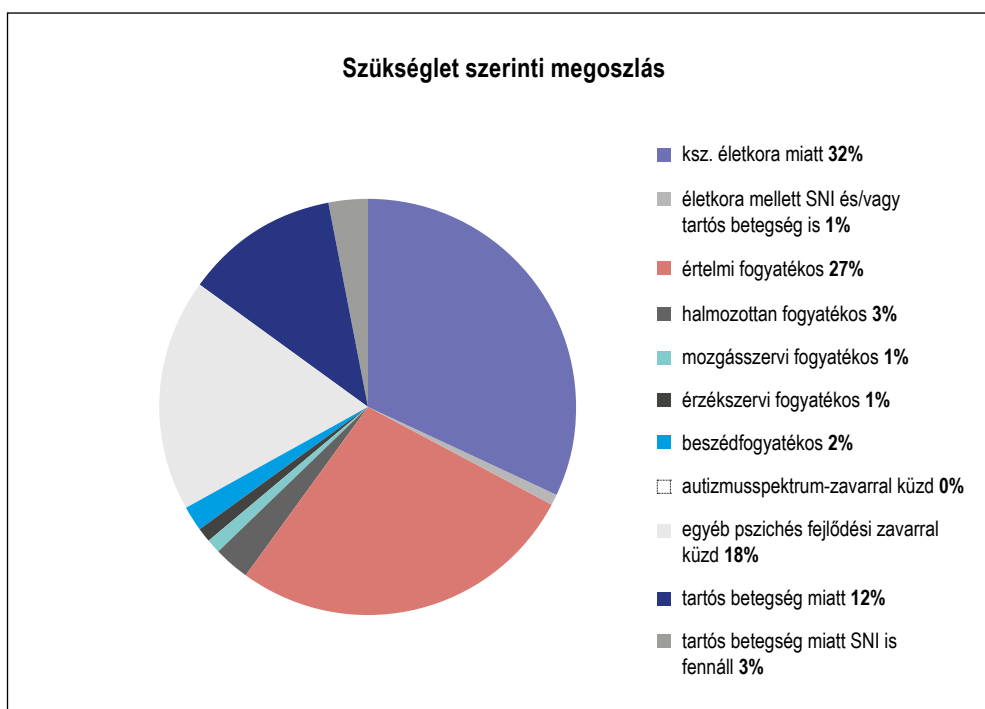
MEGYÉK	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ NEVELŐSZÜLŐ	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ GYERMEKOTTHON	KÜLÖNLEGES SZÜKSÉGLETŰ EGYÉB OTTHON	ÖSSZESEN
Győr-Moson-Sopron	88	127	5	220
Hajdú-Bihar	341	158	36	535
Heves	125	46	33	204
Jász-Nagykun-Szolnok	270	81	18	369
Komárom-Esztergom	99	93	8	200
Nógrád	65	57	4	126
Pest	491	57	32	580
Somogy	186	101	26	313
Szabolcs-Szatmár-Bereg	714	134	41	889
Tolna	174	48	6	228
Vas	78	101	1	180
Veszprém	134	80	4	218
Zala	93	70	18	181
Összesen	5220	2196	353	7769

Gondozási hely szerint a legnagyobb arányban (67%) ezek a gyermekek is nevelőszülőknél vannak elhelyezve. Ezen túl 28%-uk van gyermekotthonban, illetve 5%-uk egyéb otthonban.



2. ábra. Különleges szükségletű gyermekek aránya gondozási hely szerint (%)

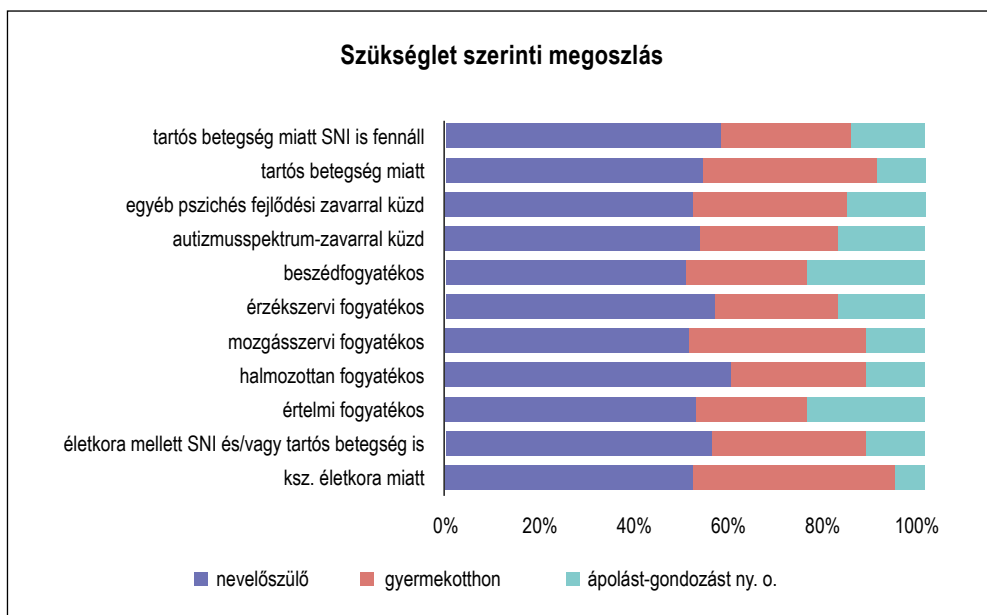
A szükséglet szerinti megoszlás diagramja (3. ábra) azt mutatja, hogy a gyermekek a legnagyobb arányban életkor miatt számítanak különleges szükségletűnek (32%); 27%-uk értelmi fogyatékos miatt, 18%-uk egyéb pszichés fejlődési zavar miatt, 12%-uk pedig tartós betegség miatt. A többi szükséglet összesen 11%-ot tesz ki (életkora mellett SNI = 1%, halmozottan fogyatékos = 3%, mozgásszervi fogyatékos = 1%, érzékszervi fogyatékos = 1%, beszéd fogyatékos = 2%, autizmus spektrum-zavar 1% alatt, tartós betegség mellett SNI=3%).



3. ábra. Különleges szükségletűek szükséglet szerinti megoszlása (%)

5. tábla. Szükséglet szerinti alapadatok (fő)

SZÜKSÉGLET	NEVELŐSZÜLŐ	GYERMEK- OTTHON	ÁPOLÁST- GONDOZÁST NYÚJTÓ OTTHON	ÖSSZESEN
életkora miatt	2462	2021	280	4763
életkora mellett SNI és/vagy tartós betegség is	110	64	24	198
értelmi fogyatékos	2140	946	1014	4100
halmozottan fogyatékos	249	116	51	416
mozgásszervi fogyatékos	61	44	15	120
érzékszervi fogyatékos	70	33	22	125
beszédfogyatékos	122	62	59	243
autizmuspektrum-zavarral küzd	38	21	13	72
egyéb pszichés fejlődési zavarral küzd	1421	877	443	2741
tartós betegség miatt	934	623	169	1726
tartós betegség mellett SNI is fennáll	261	124	68	453



4. ábra. Különböző szükségletű gyermekek megoszlása gondozási hely szerint (%)

PROBLÉMÁK

Magyarországon a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló gyermekek több mint harmada nem kapja meg a szükséges ellátást, szolgáltatást. Ennek több oka is azonosítható: nincs egységes rendszer, a szülők-szakemberek is információhiánnyal küzdenek; sok adat keletkezik a különböző adminisztratív és adatgyűjtési rendszerekben, de ezek nem hasznosulnak; kevés a szakember, a tudásuk is egyenetlen, illetve sok esetben nem illeszkedik a speciális szükségletekhez, valamint jellemzőek a hozzáférési problémák (területileg, anyagiilag) is (KERÉKI–LANNERT 2009, 72).

Ami a gyermekvédelmi szakellátást illeti: a súlyos fogyatékos, és/vagy tartós beteg, különleges ápolásra és gondozásra szoruló kisgyermekek nevelőszülőnél történő elhelyezése nehézséget okoz; ezt a feladatot a nevelőszülők megfelelő felkészültség és a személyi, tárgyi feltételek hiánya miatt kevésbé tudják ellátni. A korai felismerésről, kezelési, fejlesztési lehetőségekről, a szakemberek, a fejlesztőcentrumok elérhetőségéről nincsenek kellő és korszerű ismereteik.

Legjelentősebb problémát a tartós betegséggel, fogyatékossgal élő 3 év alatti gyermekek nevelőszülői elhelyezése jelenti. A nevelőszülők ritkán vállalják súlyos fogyatékossgal, tartós betegséggel, egészségkárosodással élő kisgyermekek nevelését, mert nem rendelkeznek az ellátásukhoz, gondozásukhoz szükséges tárgyi eszközökkel és olyan speciális szaktudással sem, amely szükséges lenne a különleges igények biztonságos és szakszerű kielégítéséhez.

II. A GYERMEKVÉDELMI ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT 6 ÉVEN ALULI FOGYATÉKOS VAGY MÁS OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ GYERMEKEK ELLÁTÁSÁT FELTÁRÓ KÉRDŐÍVES KUTATÁS EREDMÉNYEI

A KUTATÁS MÓDSZERTANA

A kutatás kvantitatív, online kérdőíves módszerrel készült. Ehhez a címlistát a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság bocsátotta rendelkezésünkre. Az adatok ellenőrzésekor és tisztításakor találtunk néhány anomáliát, aminek feltehetően az lehetett az oka, hogy egy kérdőívet több kolléga töltött ki, így a létszámadatokat összeadva nem mindig ugyanazt a végeredményt kaptuk. Ezen csak úgy tudtunk volna segíteni, ha az elemzés egysége nem az intézmény (azaz nem tőlük kérünk aggregált adatokat), hanem a gyermekek, ez azonban aránytalanul megnövelte volna az intézmények adminisztrációs terheit.

A kutatás elsősorban feltáró és leíró jellegű, de hipotézisként megfogalmazódott, hogy a fenntartó szerint is feltételezhetőek egyenlőtlenségek a létszámadatokban és a területi hozzáférésben, illetve az elhelyezett gyermekek fogyatékosságának súlyosságában. Ezeket az összefüggéseket azonban csak a nevelőszülői hálózatok esetén tudtuk vizsgálni, mivel sem az ápoló-gondozó otthonok, sem a 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthonok, illetve az integrált intézmények 3 év alatti gyermekeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége esetén nem volt más fenntartó a mintában, csak állami.

II.1. NEVELŐSZÜLŐI HÁLÓZATOK

A minta jellemzése

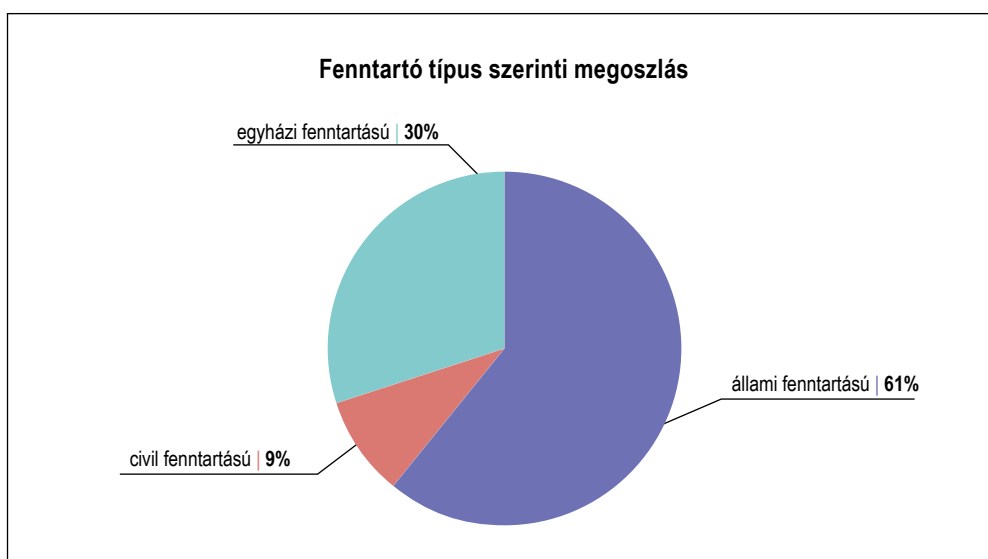
A hálózatok összesen 33 kérdőívet töltöttek ki, azaz 5 híján a teljes alapsokaságot sikerült elérnünk. Ezek között azonban volt egy szolgáltató (Szeged-Csanád Egyházmegye), amelyik három megyét is ellát, ami a létszámadatoknál jelentősebb hiányt okozott. A székhely megyéje szerint a legtöbben Budapestről (6 hálózat) és Hajdú-Bihar megyéből (5 hálózat) válaszoltak, de minden megyéből érkezett vissza kitöltött kérdőív.

6. tábla. Nevelőszülői hálózatok a székhely megyéje szerint

MEGYE	N
Bács-Kiskun	1
Baranya	1
Borsod-Abaúj-Zemplén	2
Békés	2
Budapest	6
Csongrád	1
Fejér	1
Győr-Moson-Sopron	1
Hajdú-Bihar	5
Heves	1
Jász-Nagykun-Szolnok	1
Nógrád	1
Pest	2
Somogy	1

MEGYE	N
Szabolcs-Szatmár-Bereg	3
Tolna	1
Vas	1
Veszprém	1
Zala	1
Összesen	33

A kitöltők az esetek döntő többségében vezetők voltak (szakmai vezetők, hálózatvezetők), ami növeli az adatok megbízhatóságát. A fenntartó típusa szerint a hálózatok 61%-a (20) állami fenntartású, 30%-a egyházi (10), 9%-a (3) pedig civil fenntartású.



5. ábra. Nevelőszülői hálózatok fenntartó szerint

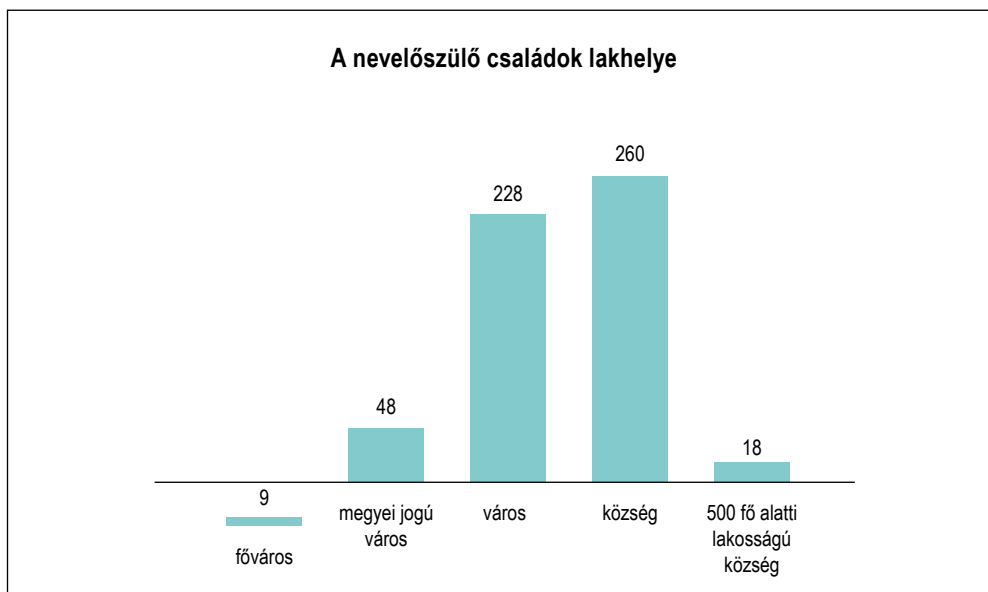
Nevelőszülők

A nevelőszülők számára vonatkozó adatokból jól látszik, hogy az egyes hálózatok közti különbség minden kérdésben nagyon nagy. A jogviszonyban álló nevelőszülők száma 5 és 460 között változik; a 33 hálózatban összesen 4471 nevelőszülő van. Közülük 543 *nevel 6 év alatti, a célcsoportba tartozó gyermeket, ami 12%-os aránynak felel meg*. 143-an vannak összesen, akiknél több ilyen gyermek is elhelyezésre került. 1075 nevelőszülőnél több olyan gyermek is van, aki nem tartozik a célcsoportunkba, illetve 67 olyan, akiknél a célcsoportba tartozókon kívül nincs más gyermek.

7. tábla. A nevelőszülők adatai

A NEVELŐSZÜLŐK ADATAI	ÖSSZESEN
a hálózatban foglalkoztatási jogviszonyban álló nevelőszülők száma	4471
a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülők száma	543
azok száma, akiknél több, a célcsoportba tartozó nevelt gyermek van	143
azok száma, akiknél a célcsoportba tartozókon kívül nincs más nevelt gyermek	67

A 6 éven aluli fogyatékos gyermeket nevelő nevelőszülői családok közül a legtöbb (260 család) községben él, 228 család városban, 48 megyei jogú városban, 18 család 500 fő alatti községben. A fővárosban mindössze 9 család lakik, pedig ez utóbbiak esetén lenne leginkább biztosított a szolgáltatásokhoz való hozzáférés.



6. ábra. Lakhely szerinti megoszlás

Az állami fenntartó által fenntartott hálózathoz tartozó nevelőszülők közül egy hálózatban átlagosan 9, míg az egyházi/civil fenntartású hálózatokban 4 nevelőszülő él községben.

Ellátotti adatok

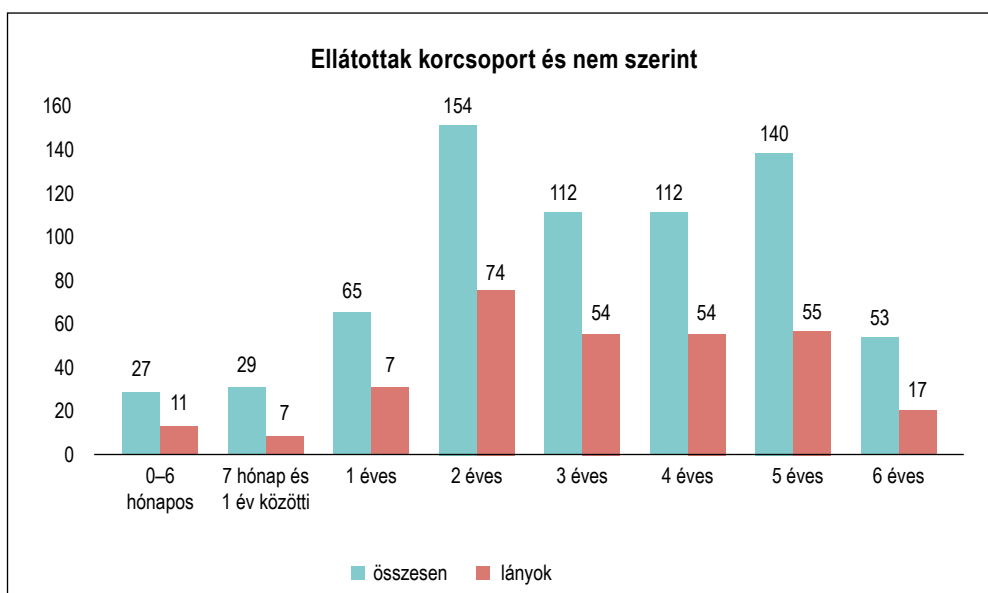
A teljes engedélyezett férőhelyszám az összes hálózatban 2017. április 30-án 15.061, a teljes ellátotti létszám pedig 12.799 volt. Az egy hálózatra jutó engedélyezett férőhelyszám átlagosan 418 (nagy szórás mellett), az ellátotti szám pedig átlagosan 355.

2017. 04. 30-án a 0–6 éves fogyatékos gyermekek száma a nevelőszülői hálózatokban összesen 692¹ (ez a teljes engedélyezett férőhelyszám 4,6%-a). Közülük 302 lány (44%). Korcsoport szerint a célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónaposak száma 27, a 7 hónap és 1 év közöttieké 29, az 1 éves gyermekek száma 65. A 2 évesek vannak a legtöbben (154 fő), a 3 évesek száma 112, a 4 éveseké ugyanennyi, az 5 éves gyermekek száma 140, míg a 6 éveseké 53. Levonható az a következtetés, hogy a nevelőszülők kevésbé vállalnak csecsemőket, mint idősebb gyermekeket.

8. tábla. Főbb létszámadatok

AZ ELLÁTOTTAK ADATAI	ÖSSZESEN	ÁTLAG/HÁLÓZAT
engedélyezett férőhelyek száma összesen	15061	418,4
teljes ellátotti létszám	12799	355,6

¹ Lásd fentebb, „A kutatás módszertana” c. alfejezetben az adatok ellenőrzésekor és tisztításakor talált anomáliákat.



7. ábra. Az ellátottak száma korcsoport és nem szerint

A célcsoportba tartozó gyermekek nagy többségének (496) a jelenlegi gondozási hely az első gondozási helye. 176 gyermeknek a 2., 29 gyermeknek a 3., és 7 gyermeknek már több mint a 3. 179 gyermek kevesebb, mint 1 éve ellátott, 141 fő 1 éve van ellátásban, 154-en legalább 2 éve, 120 fő legalább 3 éve, 94 gyermek legalább 4 éve, 16 pedig már 6 éve.

9. tábla. A gondozási helyek száma és az ellátásban levés időtartama

A HÁLÓZATBAN A CÉLCSOPORTBA TARTOZÓ GYERMEKEK KÖZÜL	ÖSSZESEN
az adott gondozási hely az első gondozási helye	496
az adott gondozási hely a második gondozási helye	176
az adott gondozási hely a harmadik gondozási helye	29
az adott gondozási hely több mint a 3. gondozási helye	7
kevesebb mint 1 éve ellátott	179
1 éve ellátott	141
legalább 2 éve ellátott	154
legalább 3 éve ellátott	120
legalább 4 éve ellátott	94
legalább 6 éve ellátott	16

Bekerülés

A bekerülés leggyakoribb oka a szülők életvitеле, szülői elhanyagolás (24 említéssel), 8-8 említést kapott a lakhatási probléma, illetve a szülő pszichiátriai betegsége. A gyermek fogyatékoságát mindössze hárman említették, mint okot a bekerülésre, feltételezhető tehát, hogy bekerüléskor a fogyatékoság még nem került diagnosztizálásra.

10. tábla. A bekerülés okai

A BEKERÜLÉS OKAI	EMLÍTÉSEK SZÁMA
anyagi ok	4
a szülő halála	0
gyermekét egyedül nevelő szülő	1
a szülők életvitele, szülői elhanyagolás	24
a szülők vándorló életmódja	7
a szülők bünelkövető magatartása	3
lakhatási problémák, hajléktalanság	8
családon belüli erőszak	6
a gyermek fogyatékosága	3
a szülő fogyatékosága	4
a szülő pszichiátriai betegsége	8
a szülő szenvedélybetegsége	5
az elérhető szolgáltatások hiánya	0

A legtöbben, azaz 283-an közvetlenül a vér szerinti családból kerültek be a jelenlegi gondozási helyre, 218 gyermek közvetlenül a kórházból, 116 gyermek pedig egy másik nevelőszülőtől. A másik nevelőszülőtől való bekerülés legfőbb oka az ellátási körülmények nehézsége. Örökbefogadó családból senki nem került be. 53-an normál gyermekotthonból, 49-en különleges gyermekotthonból, 5 fő pedig ápolást-gondozást nyújtó intézményből.

11. tábla. A bekerülés helye

HONNAN	ÖSSZESEN
közvetlenül a vér szerinti családból	283
közvetlenül kórházból	218
másik nevelőszülőtől	116
örökbefogadó családból	0
normál gyermekotthonból	53
különleges gyermekotthonból	49
ápolást-gondozást nyújtó intézményből	5

12. tábla. Ha másik nevelőszülőtől került az adott gondozási helyre, és ennek jellemző okai

OKOK	EMLÍTÉSEK SZÁMA
a gyermek fejlődése nem olyan mértékű, amit elvár a nevelőszülő, ezért saját kudarcának éli meg	1
a nevelőszülő családi oka miatt	1
a nevelőszülő magára maradt a gyermek gondozásának, fejlesztésének feladatával	1
biztosítandó fejlesztések, terápiák hiánya	2
csak helyettes nevelőszülő volt	1

OKOK	EMLÍTÉSEK SZÁMA
a család kifáradása	1
az ellátási körülmények nehézsége	13
a gyermek állapotának romlása	1
ideiglenesen krízis-nevelőszülőnél került elhelyezésre	1
közös megegyezéssel jogviszony-megszűnés	1
a nevelőszülő bántalmazó magatartása, a nevelőszülő betegsége, a nevelőszülői jogviszony felmondása, a vér szerinti szülőkkal való együttműködés nehezítettsége	1
a nevelőszülő körülményeinek megváltozása	1
a nevelőszülő pszichológiailag nem támogatható a további nevelőszülői feladatok ellátásában	1
több, és/vagy súlyosabb állapotú gyermeket nevelt a nevelőszülő	1

A fogyatékoság típusa

Fogyatékoság szerint legtöbben azok vannak a nevelőszülői hálózatokban, akik az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutatnak (331 gyermek). 117 főnek van tartós betegsége, 100 fő pedig mentális, pszichés sérült. Az érzékszervi fogyatékos, mozgásszervi fogyatékos gyermekek száma 30-30.

13. tábla. A fogyatékoság típusa

FOGYATÉKOSSÁG SZERINT	ÖSSZESEN
mozgásszervi fogyatékos	30
érzékszervi fogyatékos	30
érzékszervi fogyatékosok közül a gyengénlátók száma	12
nagyothallók száma	9
vakok száma	1
siketek száma	3
siketvakok száma	0
értelmi fogyatékosok száma	88
beszéd fogyatékosok száma	34
halmozottan fogyatékosok száma	21
súlyos és halmozottan fogyatékosok száma	12
autizmus spektrum-zavarral küzdők száma	16
mentálisan, pszichésen sérültek száma	100
az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat	331
tartós betegsége van	117
fogyatékos és tartós beteg	23

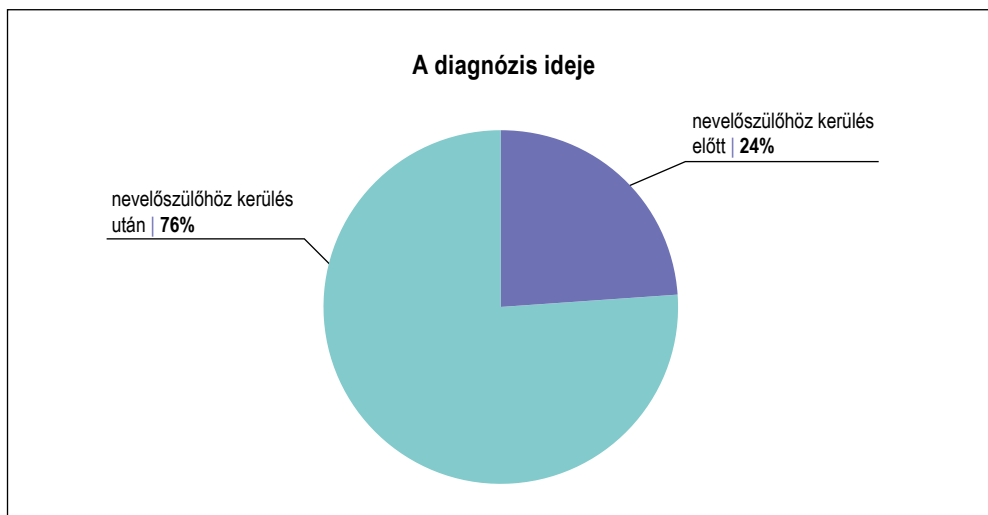
M: a fogyatékoság-kategóriák között lehet átfedés.

Ami az egyéb kategóriát illeti, egy gyermek született szájpadahasadékkal, szintén 1-1 gyermek kromoszóma-rendellenességgel, illetve szifilisszel fertőzött anyától.

Ha általában a célcsoportba tartozó gyermekek arányát vizsgáljuk az engedélyezett férőhelyszámhoz viszonyítva, akkor szignifikáns összefüggést kapunk (ugyanakkor a modell magyarázó ereje kicsi, tehát más tényezők jobban is magyarázhatnák ezt az összefüggést). Míg az állami fenntartó esetén 5,7%, az egyházi/civil fenntartó esetén 3% a fogyatékos gyermekek aránya.

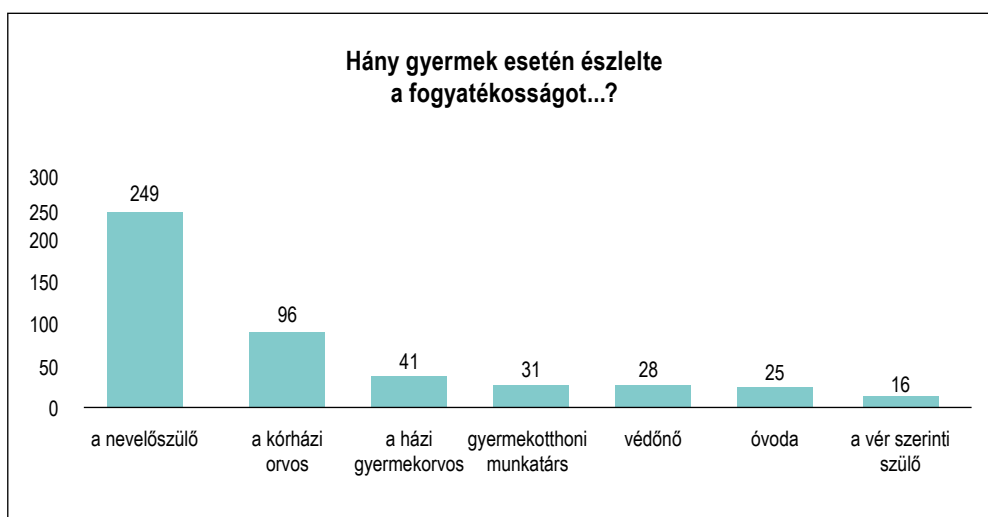
Ahhoz, hogy meg tudjuk vizsgálni, van-e különbség fenntartótípus szerint a gyermekek fogyatékoságának súlyosságában is, azaz hogy melyik fenntartó lát el inkább súlyosabb fogyatékossgal élő gyermekeket, létrehoztunk egy összevont változót (súlyos fogyatékos = halmozottan fogyatékos + súlyos és halmozottan fogyatékos + autizmuspektrum-zavar + tartós betegsége van + fogyatékos és tartós beteg). A lefuttatott magyarázó modell nem volt szignifikáns, ugyanakkor megállapíthatjuk, hogy egy állami fenntartású hálózatban átlagosan 58, míg egy egyháziban átlagosan 43 súlyos fogyatékos gyermeket látnak el.

Az esetek 76%-ában (355 gyermek) a gyermek fogyatékoságát a nevelőszülőhöz kerülés után diagnosztizálják.



8. ábra. Mikor történt a diagnosztizálás?

A gyermekek több mint felénél (51%) az eltérő fejlődést, fogyatékossgot először a nevelőszülő észlelte, 20%-ban a kórházi orvos, 9%-ban pedig a házi gyermekorvos. A gyermekek összesen 20%-ánál fordul elő, hogy más szereplő (gyermekotthoni munkatárs, védőnő, óvoda-bölcsőde, vér szerinti szülő) észlelje, egyenként 3–6%-os arányban.



9. ábra. A fogyatékossg észlelése (N)

A foglalkoztatottak adatai

A kötelező munkakörök 3,4%-a, míg az ajánlott munkakörök 18%-a betöltetlen a nevelőszülői hálózatoknál. A kötelezők közül a 33 hálózatban összesen 44 szakmai vezetői állás betöltött, vezető csak egy helyen hiányzik a jogszabályi előírásokhoz képest. 291 nevelőszülői tanácsadó státusz betöltött, 11,5 hiányzik a hálózatok-

ból. 45 növekedékügyi előadó betöltött, 1 hiányzik. 561 gyermekgondozói státusz van betöltve (itt a hiányzó státusz nem volt értelmezhető, ezért a táblázatban sem szerepel). A nem kötelezően biztosítandó munkakörök² közül pszichológus 31 helyen van, 5 helyen hiányzik. Gyógypedagógus 3 helyen van, 2 helyen nincs betöltve, fejlesztőpedagógusból 2,5 hely van betöltve, 1 helyen hiányzik. *A legnagyobb munkaerőhiány szám szerint a nevelőszülői tanácsadónál áll fenn. Arányaiban azonban gyógypedagógusoknál és a fejlesztőpedagógusoknál van a legnagyobb hiány. A zárolt szakmai álláshelyek száma 1.*

14. tábla. A munkakörök létszámadatai

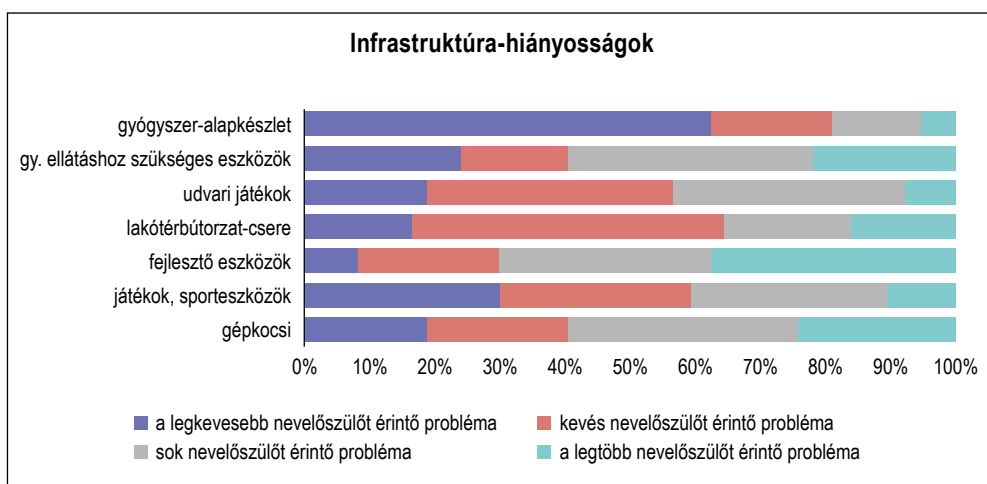
MUNKAKÖRÖK	BETÖLTÖTT	HIÁNYZÓ	ÖSSZESEN	%
Kötelező munkakörök	380	13,5	393,5	3,4
szakmai vezető	44	1	45	2,2
nevelőszülői tanácsadó	291	11,5	302,5	3,8
növekedékügyi előadó / gyermekvédelmi ügyintéző	45	1	46	2,2
Ajánlott munkakörök	36,5	8	44,5	17,9
pszichológus	31	5	36	13,9
gyógypedagógus	3	2	5	40
fejlesztőpedagógus	2,5	1	3,5	28,6

Az infrastruktúra hiányosságai

A hálózatvezetők szerint a legtöbb nevelőszülőt érintő probléma a fejlesztőeszközök hiánya (közel 40%-uk jelezte). De nagyon fontos lenne még a személygépkocsi, illetve a gyermek ellátásához szükséges eszközök beszerzése is.³

² A Gyvt és végrehajtási rendeletei nem használják az ajánlott munkakör fogalmát. A 15/1998. NM rendelet a nevelőszülői hálózatoknál nem teszi kötelezővé ezeket a munkaköröknek a betöltését. Valószínűleg úgy értették a kitöltők, hogy ahol erre biztosítanak státuszt, ott mennyi a hiány.

³ Lásd a „Nevelőszülői hálózatok infrastrukturális és szakmai fejlesztése” c. felhívást (EFOP-2.2.14-16), amely a családjából hatósági intézkedéssel kiemelt gyermekek nevelőszülői elhelyezése arányának növelését, valamint az ellátás minőségének javítását, vagyis a nevelőszülői hálózatok megerősítését célozza. A pályázat standard, melyre a Közép-magyarországi régió kívül állami, egyházi és civil nevelőszülői hálózatot működtetők pályázhatnak. E projekt keretében lehet pályázni olyan fejlesztőeszközökre is, amelyek a fogyatékos, tartós beteg gyermekek ellátását, fejlesztését szolgálják. Részletek a pályázati felhívásból: „A nevelőszülői családok nem rendelkeznek egyidejűleg a sokféle gondozási, nevelési, fejlesztési igényű gyermek ellátásához megfelelő eszközökkel (pl. légzésfigyelő, 3 év alatti gyermekek ellátásához szükséges eszközök, különleges szükségletű gyermekek fejlesztéséhez szükséges eszközök, betegemelő, látássérült gyermekek számára speciális számítógép stb.), melyeknek a beszerzése a nevelőszülői családokra egyrészt indokolatlanul nagy terhet ró, másrészt nem is költséghatékony megoldás, tekintettel arra, hogy a nevelőcsalád által nevelt gyermekek köre, így szükséglete változó. A nevelőszülői ellátás fejlesztéséhez elengedhetetlen, hogy a működtető szervezet többféle és egyre bővülő szolgáltatásokkal segítse a nevelőszülőket a tevékenysége ellátásában. E szolgáltatásokhoz jelenleg nem rendelkeznek a nevelőszülői hálózatok megfelelő tárgyi feltételekkel. [...] Kötelezően megvalósítandó önállóan támogatható tevékenységek: 1. Eszközbeszerzés • A gyermekellátásban használt, valamint a gyermekek gondozását, fejlesztését szolgáló eszközök beszerzése és az időleges használatba adás eljárásrendjének kidolgozása, ennek megfelelő használatba adása; • A gyermekek ellátásában használt különböző terápiás eljárások, pedagógiai, gyógypedagógiai, mentálhigiénés fejlesztések, hazagondozás- örökbefogadás támogatása tárgykörökben a nevelőszülők, és a nevelőszülői hálózat részére eszközbeszerzés. 2. Kompetenciafejlesztés • A gyermekellátásban használt, valamint a gyermekek gondozását, fejlesztését szolgáló eszközök, valamint a különböző terápiás eljárások, pedagógiai, gyógypedagógiai, mentálhigiénés fejlesztések, hazagondozás- örökbefogadás támogatására beszerzett eszközökhöz kapcsolódó kompetenciafejlesztés.”



10. ábra. Infrastrukturális hiányosságok

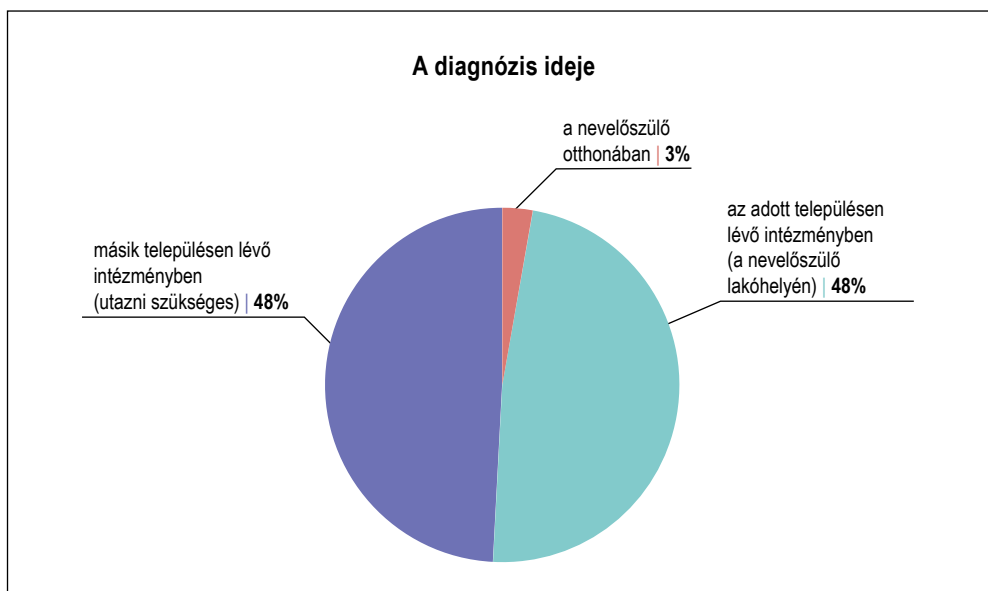
Korai fejlesztés

340 esetben kezdeményezte a nevelőszülő/gyám a gyermek szakértői bizottsági vizsgálatát. A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata a kezdeményezéshez képest 194 gyermek esetén történt meg 3 hónapon belül, 118 esetben 3-6 hónap között, 28 esetben fél éven túl. A Szakszolgálat 246 esetben állapított meg sajátos nevelési igényt, 232 esetben pedig a szakértői bizottság korai fejlesztést javasolt.

15. tábla. Szakszolgálati vizsgálatok

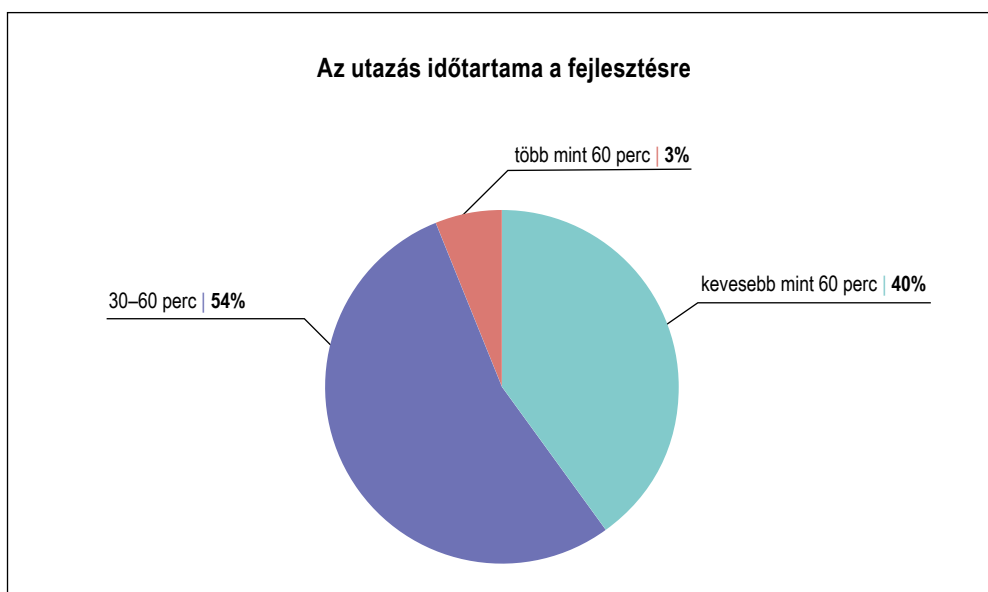
VIZSGÁLATOK	ÖSSZESEN
Hány gyermek esetében kezdeményezte a nevelőszülő/gyám a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát?	340
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	194
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	118
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	28
Hány gyermek esetében állapított meg a Pedagógiai Szakszolgálat sajátos nevelési igényt (SNI)?	246
Hány gyermek esetében tett a szakértői bizottság javaslatot korai fejlesztésre?	232

A korai fejlesztés 49%-ban más településen történik, mint ahol a nevelőszülő család él. 48%-ban a nevelőszülő lakóhelyén lévő intézményben, mindössze 3%-ban a nevelőszülő otthonában.



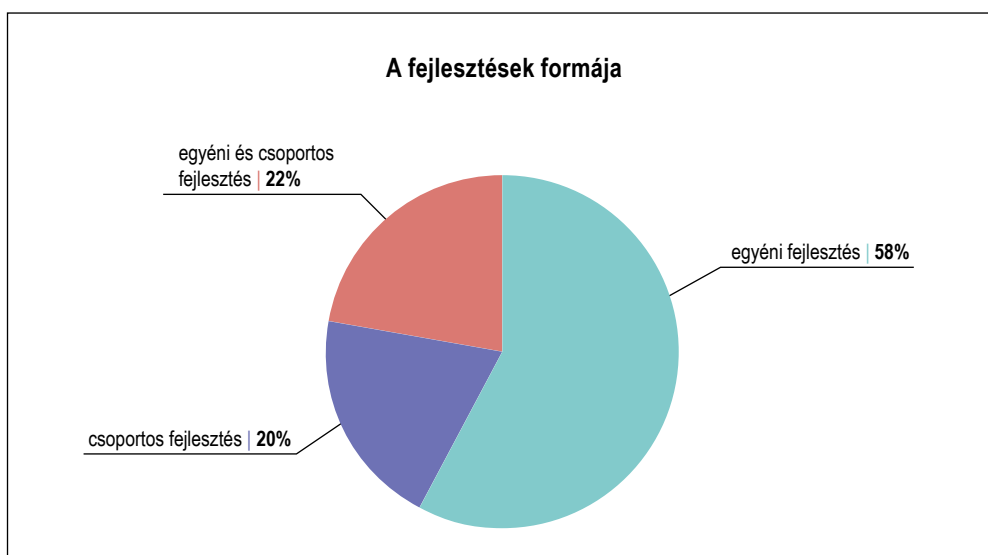
11. ábra. Hol történik a fejlesztés?

A megkérdezettek 54%-a mondta azt, hogy nevelőszülőik fél és 1 órát utaznak a fejlesztésre, kevesebb mint fél órát 40% jelölt meg, több mint 1 órát pedig 6%.



12. ábra. Mennyit kell utazni a nevelőszülőnek a fejlesztésre?

A fejlesztéseket a szakszolgálat 58%-ban (168 esetben) egyéni formában, 22 %-ban (62 esetben) egyéni és csoportos formában, míg 20%-ban (59 esetben) csak csoportos módon oldja meg.



13. ábra. A szakszolgálat embere milyen formában oldja meg a fejlesztéseket?

A fejlesztő nevelés fogalma csak azokra terjed ki, akik már betöltötték az 5. életévüket és még nem tankötelesek. Ezzel azonban a kitöltők nagy része nem volt tisztában, így a fejlesztő nevelésre vonatkozóan nem kaptunk érvényes adatokat, mivel az eredményekben magasabb számok jöttek ki, mint ahányan betöltötték az 5. életévüket.

271 gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban, ugyanennyi gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, amit számára előírtak. 70-en csak részben kapnak fejlesztést, 28 gyermek pedig nem kapja meg a számára javasolt óraszámú fejlesztést. Azoknál a gyermekeknél, akik nem kapják meg a fejlesztést, a legfőbb ok a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya.

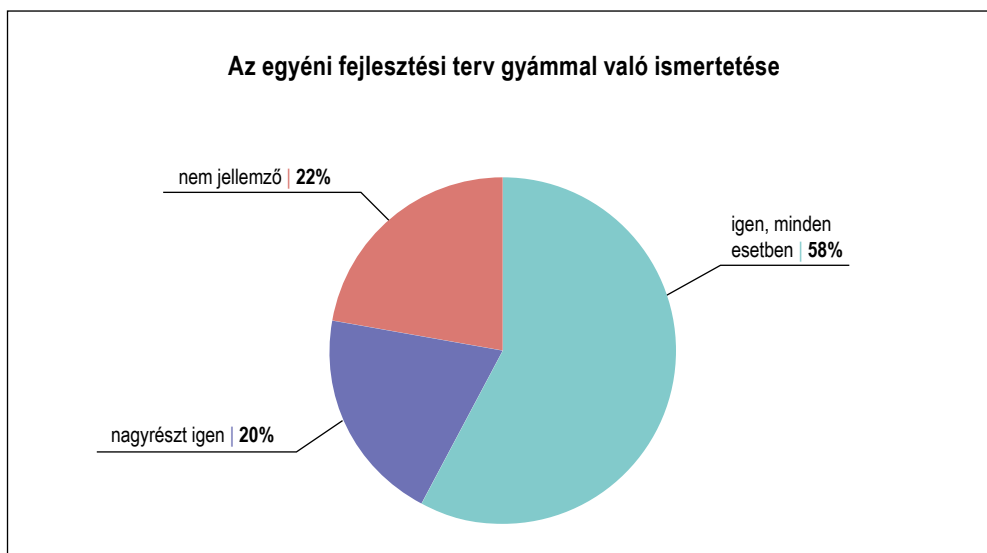
16. tábla. A fejlesztésre vonatkozó adatok

FEJLESZTÉSRE VONATKOZÓ ADATOK	ÖSSZESEN
fejlesztésben részesül a számára előírt teljes óraszámban	271
megkapja az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, az egyéni fejlesztési tervben szerepel	271
részben kapja meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, az egyéni fejlesztési tervben szerepel	70
nem kapja meg az számára javasolt óraszámú fejlesztést	28
ennek oka a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya	31
ennek oka ennek a gondozási hely kapacitáshiánya	4
ennek oka ennek a gyermek állapotromlása	2

Egyéb okként sorolták fel a megkérdezettek a gyermek betegségét, az időpontütközést, illetve a települések szakemberhiányát.

Ha egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, ezt összesen a *hálózatok 27 esetben jelezték a szakszolgálatnak.*

Az egyéni fejlesztési tervet az esetek többségében minden esetben egyeztetik a gyámmal (56%); 26% szerint nagyrészt igen, 18%-nál viszont ez nem jellemző.



14. ábra. Az egyéni fejlesztési tervet ismertetik-e a gyámmal?

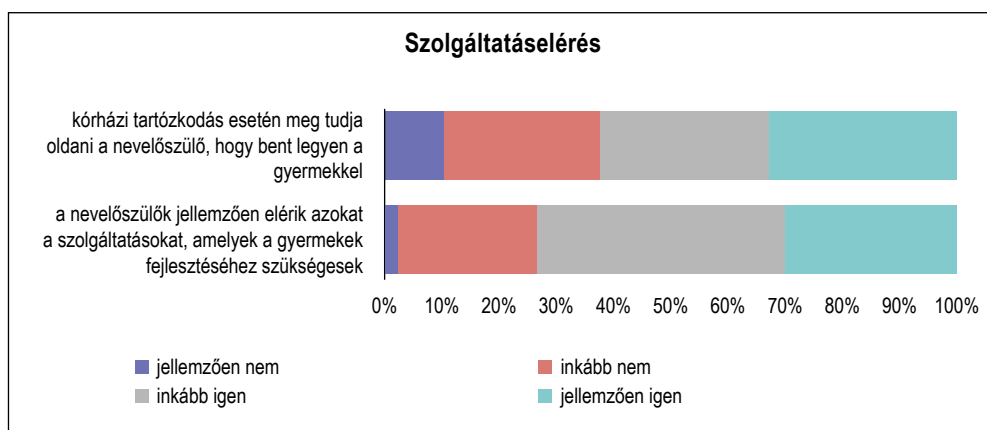
A hálózatok 38 esetben vásárolnak olyan terápiát, amit a szakszolgálat nem tud biztosítani.

A nevelőszülői hálózatok jellemzően nem tudnak terápiát biztosítani a pedagógiai szakszolgálat által nyújtottól túl. Néhányan említették a pszichológiai tanácsadást, mint amit nyújtani tudnak.

A hálózatoknak szükségük lenne még a következő terápiákra: többen említették a logopédiát, a Dévény-tornát, az állat- és a mozgásterápiát. Néhányan szóba hozták az ADHD-kezelést, a gyógymasszázst, az Ayres-terápiát, a gyermekpszichiátriát, a meseterápiát, a hidroterápiát, a szenzomotoros tréninget és a Gézen-gúz Alapítvány korai fejlesztést célzó terápiáit is.

A vezetők szerint a nevelőszülők jellemzően inkább elérik azokat a szolgáltatásokat, melyek a gyermek fejlesztéséhez szükségesek.

A fenntartó típusa szerint a terápiák vásárlásában nem volt különbség.



15. ábra. A szolgáltatások elérése

Kapcsolattartás a hozzátartozó és a gyermek között

A kapcsolattartás legjellemzőbb formája a személyes látogatás, amelyre általában havi rendszerességgel kerül sor. Azonban magas azoknak a gyermekek száma, ahol egyáltalán nincs kapcsolattartás.

A *telefonos kapcsolattartás* a hozzátartozókkal 64 esetben történik heti rendszerességgel, 115 esetben csak havonta, 89 esetben pedig csak alkalmasszerűen. *Személyesen* heti rendszerességgel 27 esetben, 306 esetben csak havonta, 127 esetben pedig csak alkalmasszerűen. Havonta 21 gyermeket visznek haza, alkalmasszerűen 32-t, míg 230 gyermek esetén nincs semmilyen kapcsolattartás.

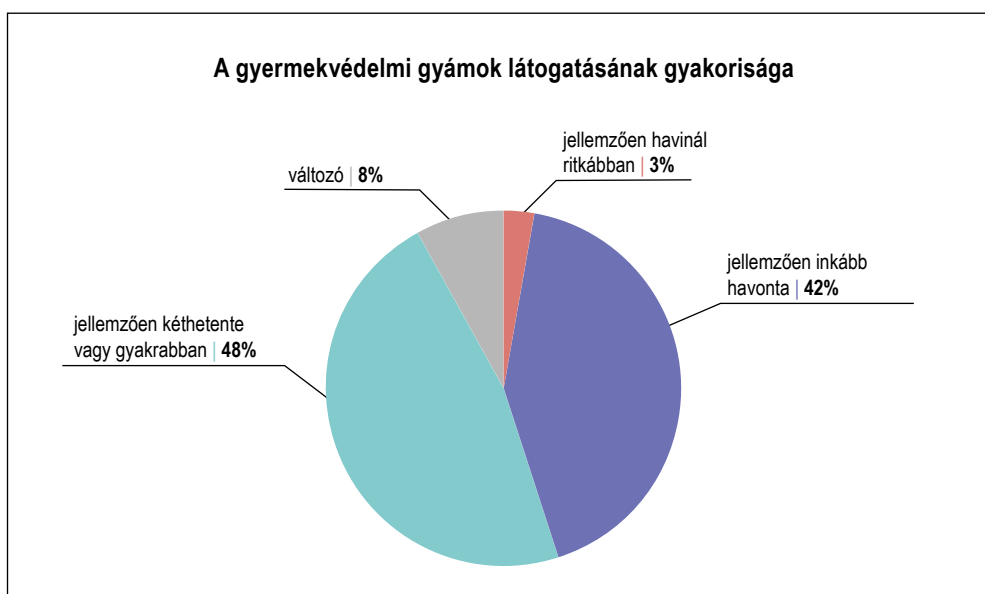
17. tábla. A kapcsolattartás rendszeressége

A KAPCSOLATTARTÁS RENDSZERESSÉGE: HÁNY FŐVEL TART KAPCSOLATOT A CSALÁDJA?	ÖSSZESEN
telefonon legalább heti rendszerességgel	64
telefonon legalább havi rendszerességgel	115
telefonon alkalmyszerűen	87
személyesen legalább heti rendszerességgel	27
személyesen legalább havi rendszerességgel	306
személyesen, alkalmyszerűen látogatva	127
hány főt visznek haza legalább havonta	21
hány főt visznek haza alkalmyszerűen	32
hány gyermek esetén nincs semmilyen kapcsolattartás	230

Ahol nincs kapcsolattartás, ott a legfőbb ok (19 esetben) az érdektelenség, másodsorban a szülő kapcsolattartási jogának megvonása.

Gyermekevédelmi gyámok

A gyámok száma összesen 398 a 33 hálózatban. A megkérdezettek 47%-a szerint a gyámok jellemzően kéthetente vagy gyakrabban látogatják a gyermeket, 42%-uk szerint inkább csak havonta, 8% szerint változó, 3% szerint pedig havinál ritkábban.



16. ábra. A gyermekevédelmi gyámok látogatásának gyakorisága

Kikerülés

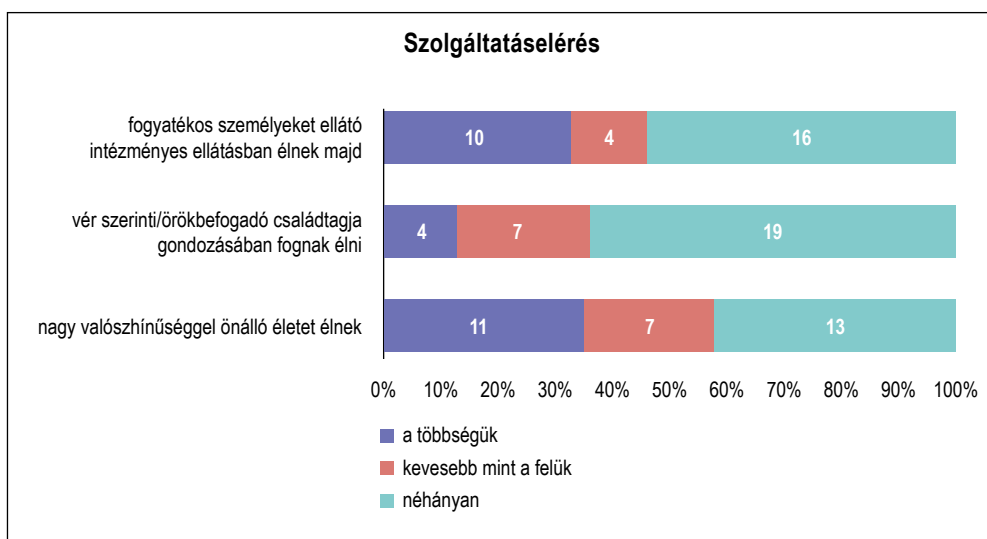
Családba kerülés: 2016-ban 25 gyermek került másik nevelőszülőhöz. Az örökbefogadás stációi szerint kiejánlás 50 esetben történt, 29 esetben volt barátkozás, 16 esetben történt gondozásba kihelyezés, 36 gyermeket pedig örökbe fogadtak. 37 gyermek távozott a vér szerinti családjába, hazagondozásra 42 esetben volt javaslat, 7 gyermeket családba fogadtak.

Intézménybe távozás: 8 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 4 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba.

18. tábla. Kikerülési adatok

CSALÁDBA KERÜLT GYERMEKEK	ÖSSZESEN
másik nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma	25
örökbe adott gyermekek száma	36
kiajánlás	50
barátkozás	29
gondozásba kihelyezés	16
a gyermekek közül a vér szerinti családba távozott gyermekek száma	37
családba fogadással távozott gyermekek száma	7
javaslat hazagondozásra	42
INTÉZMÉNYBE TÁVOZOTT	ÖSSZESEN
különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma	8
ápolást-gondozást nyújtó intézménybe távozott gyermekek száma	4

A megkérdezett hálózatvezetők szerint ezeknél a gyermekeknél a kikerülés után legkevésbé az valószínűsíthető, hogy családban fognak majd élni. *Valószínűbb az önálló élet vagy az intézményes ellátásba kerülés.*



17. ábra. Vélemény a kikerülés utáni életéről

II.2. A 3 ÉVEN ALULI GYERMEKEKET ELLÁTÓ KÜLÖNLEGES GYERMEKOTTHON / GYERMEKOTTHONI CSOPORT, ILLETVE INTEGRÁLT INTÉZMÉNY 3 ÉVEN ALULI GYERMEKEKET ELLÁTÓ KÜLÖNLEGES GYERMEKOTTHONI EGYSÉGE

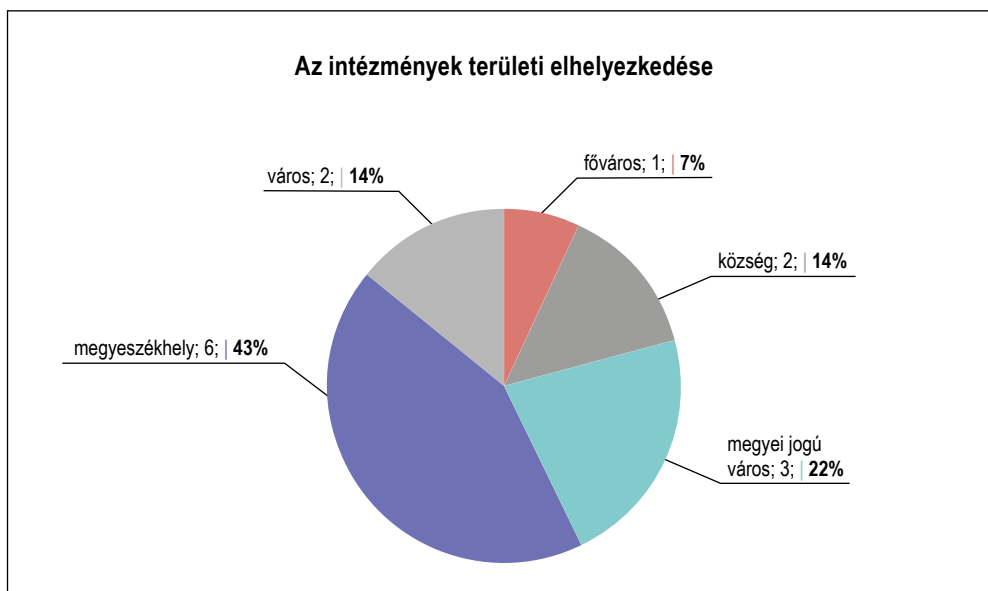
A minta jellemzői

Összesen 14 intézmény töltötte ki a kérdőívet, 2 intézménytől hiányoznak adatok. A kitöltők között legtöbben szakmai vezetők voltak, de akadt köztük intézményvezető, gyermekotthon-vezető, gyermekvédelmi ügyintéző, illetve gazdasági nővér is.

Az intézmények 2/3-a 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, 1/3-a integrált intézmény 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége.

A fenntartó minden esetben az SZGYF, így fenntartók szerinti különbségeket nem tudtunk vizsgálni.

Településtípus szerint 6 intézmény van megyeszékhelyen, 3 megyei jogú városban, 2 városban, 2 községben, 1 a fővárosban.



18. ábra. Településtípus

Az intézmények 2/3-a a település jól megközelíthető részén helyezkedik el.

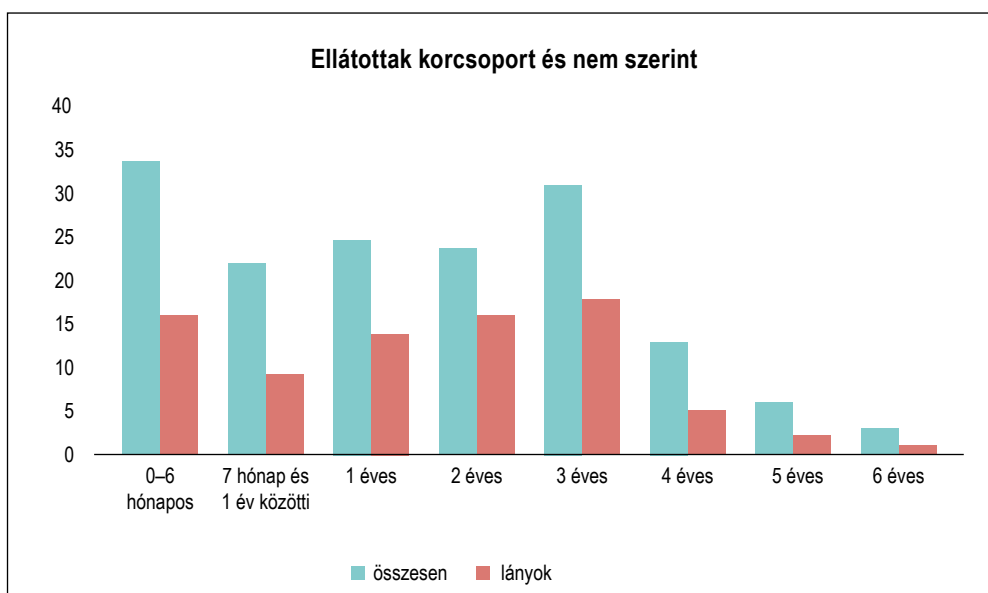
Ellátottak

Az engedélyezett férőhelyek száma az egységekben összesen 368, míg az ellátottak száma összesen 334 fő.

A 0–6 éves célcsoportba tartozó gyermekek száma összesen 158, közülük 81 lány (51%). A 0–6 hónaposak száma 34, a 7 hónap és 1 év közöttieké 22; az 1 évesek 25, a 2 évesek 24, a 3 évesek 31-en vannak, a 4 évesek 13-an; 6 gyermek 5 éves és 3 gyermek 6 éves a vizsgált intézményekben.

19. tábla. Ellátottak korcsoport és nem szerint

KORCSOPORTOK	ÖSSZESEN	LÁNYOK
0–6 hónapos	34	16
7 hónap és 1 év közötti	22	9
1 éves	25	14
2 éves	24	16
3 éves	31	18
4 éves	13	5
5 éves	6	2
6 éves	3	1
Összesen	158	81



19. ábra. Ellátottak száma korcsoport és nem szerint

Az ellátásban a legtöbb gyermek (91 fő) kevesebb mint 1 éve van. 35-en vannak 1 éve, 24-en 2 éve, 16-an 3 éve. Ennél régebb óta csak néhányan (összesen 6 fő).

20. tábla. Mióta van a gyermek ellátásban?⁴

MIÓTA VAN ELLÁTÁSBAN?	ÖSSZESEN
kevesebb mint 1 éve	91
legalább 1 éve	35
legalább 2 éve	24
legalább 3 éve	16
legalább 4 éve	3
legalább 5 éve	2
legalább 6 éve	1

Az adott gondozási hely is zömében e gyermekek első gondozási helye (139 fő). 24 gyermeknek a második gondozási helye, 4 főnek pedig a harmadik.

21. tábla. A gondozási helyre való bekerülés

GONDOZÁSI HELY SZÁMA	ÖSSZESEN
az adott gondozási hely az első gondozási helye	139
az adott gondozási hely a második gondozási helye	24
az adott gondozási hely a harmadik gondozási helye	4
az adott gondozási hely több mint a harmadik gondozási helye	0

⁴ Az adatok ellenőrzésekor és tisztításakor talált anomáliákkal kapcsolatban lásd a II. fejezet bevezetőjét („A kutatás módszertana”).

A bekerülés leggyakoribb helye a kórház (100 fő esetén). 41 gyermek került be vér szerinti családból, 21 fő pedig nevelőszülőtől.

22. tábla. Honnan került be a gyermek?

BEKERÜLÉS	ÖSSZESEN	%
vér szerinti családból	41	24,70
kórházból	100	60,24
nevelőszülőtől	21	12,65
örökbefogadó családból	1	0,60
normál gyermekotthonból	3	1,80
ápolást-gondozást nyújtó intézményből	0	0
Összesen	166	100

A nevelőszülőtől bekerülés okai között szerepelt a gyermek állapotának romlása (4-en is említették), a gyermekbántalmazás gyanúja, a jogviszony megszűnése, az ellátási körülmények nehézsége és a fejlesztések hiánya.

A gyermekek legjellemzőbben a szülők életvitele, elhanyagolása miatt kerülnek be az ellátásba, tehát nem a fogyatékoságuk miatt.

23. tábla. A legjellemzőbb bekerülési okok

OKOK	EMLÍTÉSEK SZÁMA
anyagi ok	5
gyermekét egyedül nevelő szülő	2
a szülők életvitele, szülői elhanyagolás	12
a szülők vándorló életvitele	2
lakhatási problémák	6
a gyermek fogyatékosága	3
a szülő fogyatékosága	1
a szülő szenvedélybetegsége	1

M: A legjellemzőbb okot kellett megnevezni, nem gyermekenként kértünk bekerülési okot.

A csoportok száma összesen 43, átlagosan 3. Hat férőhelyes összesen 7, míg 8 férőhelyes 32; 10 férőhelyes nincs.

A fogyatékoság típusa

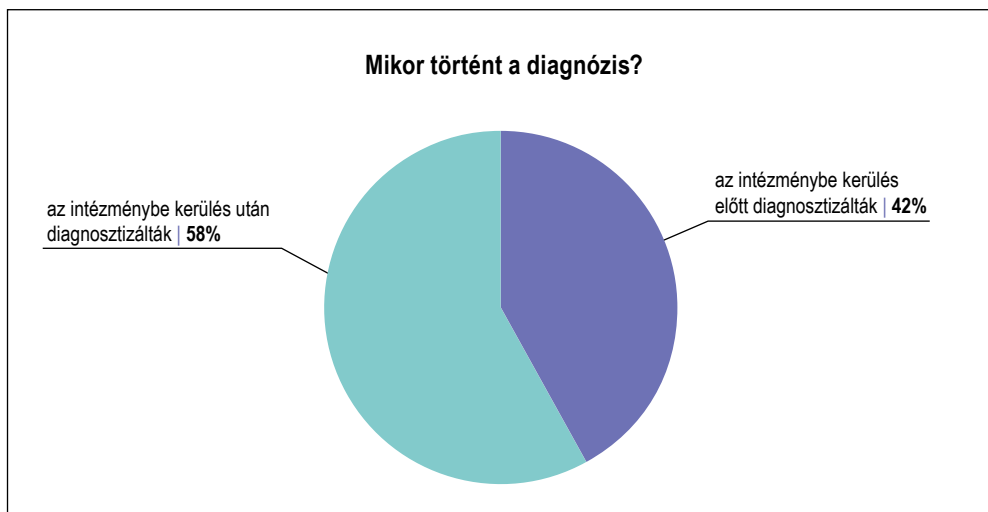
Fogyatékoság szerint a gyermekek közül a legtöbben (71 fő) az egészséges fejlődéshez képest lemaradást mutatnak. 40 főnek tartós betegsége van, 32 gyermek fogyatékos és tartós beteg is. Az érzékszervi fogyatékoság ugyanakkor nem gyakori.

24. tábla. A fogyatékoság típusa

A FOGYATÉKOSSÁG TÍPUSA	ÖSSZESEN
mozgásszervi fogyatékos	9
érzékszervi fogyatékos	7
gyengénlátó	4
nagyothalló	2
vak	0
siket	1
siketvak	0
értelmi fogyatékos	15
beszéd fogyatékos	3
halmozottan fogyatékos	11
súlyos és halmozottan fogyatékos	4
autizmus spektrum-zavarral küzd	1
mentálisan, pszichésen sérült	25
az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat	71
tartós betegsége van	40
fogyatékos és tartós beteg	32

M: Az adatokban halmozódás lehetséges,
mivel a kategóriák nem zárják ki egymást.

A gyermekek fogyatékoságát jellemzően inkább az intézménybe kerülés után diagnosztizálják (58%).

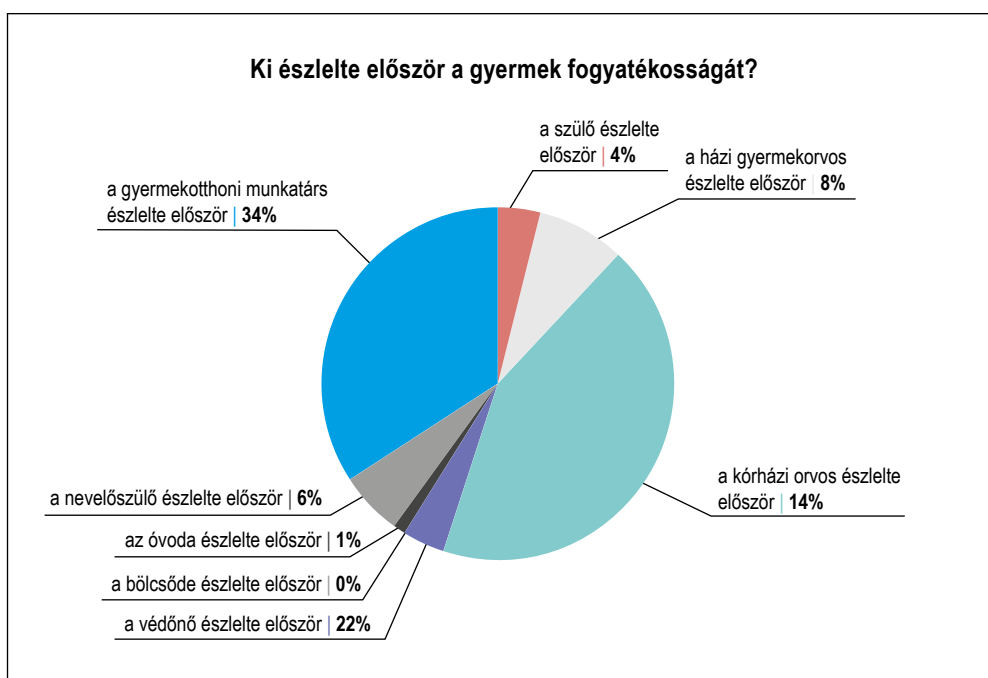


20. ábra. Mikor diagnosztizálták a gyermekek fogyatékoságát?

A gyermekek fogyatékoságát leggyakrabban (47 eset) a kórház orvosa észlelte először, 37 esetben pedig a gyermekotthoni munkatársak.

25. tábla. Jellemzően ki észlelte először a gyermek fogyatékoságát?

KI ÉSZLELTE ELŐSZÖR A GYERMEK FOGYATÉKOSSÁGÁT?	ÖSSZESEN
szülő	4
házi gyermekorvos	9
kórházi orvos	47
védőnő	4
bölcsőde	0
óvoda	1
nevelőszülő	7
gyermekotthoni munkatárs	37



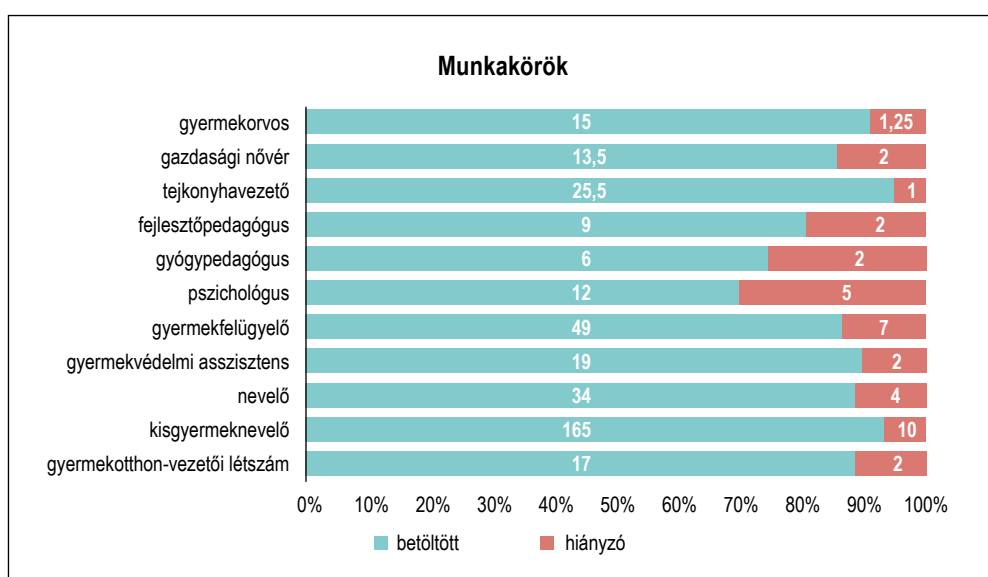
21. ábra. Ki észlelte először a gyermek fogyatékoságát?

A foglalkoztatottak adatai

A jogszabályi előírásokhoz képest számosságában leginkább a kisgyermeknevelő, arányaiban pedig a pszichológus és a gyógypedagógus hiányzik az intézményekből.

26. tábla. Hiányzó és betöltött munkakörök

	BETÖLTÖTT	HIÁNYZÓ	ÖSSZESEN	%
gyermekotthon-vezetői létszám	17	2	19	10,53
kisgyermeknevelő	165	10	175	5,71
nevelő	34	4	38	10,53
gyermekvédelmi asszisztens	19	2	21	9,52
gyermekfelügyelő	49	7	56	12,50
pszichológus	12	5	17	29,41
gyógypedagógus	6	2	8	25,00
fejlesztőpedagógus	9	2	11	18,18
tejkonyhavezető	25,5	1	26,5	3,77
gazdasági nővér	13,5	2	15,5	12,90
gyermekorvos	15	1,25	16,25	7,69
Összesen	365	38,25	403,25	9,49



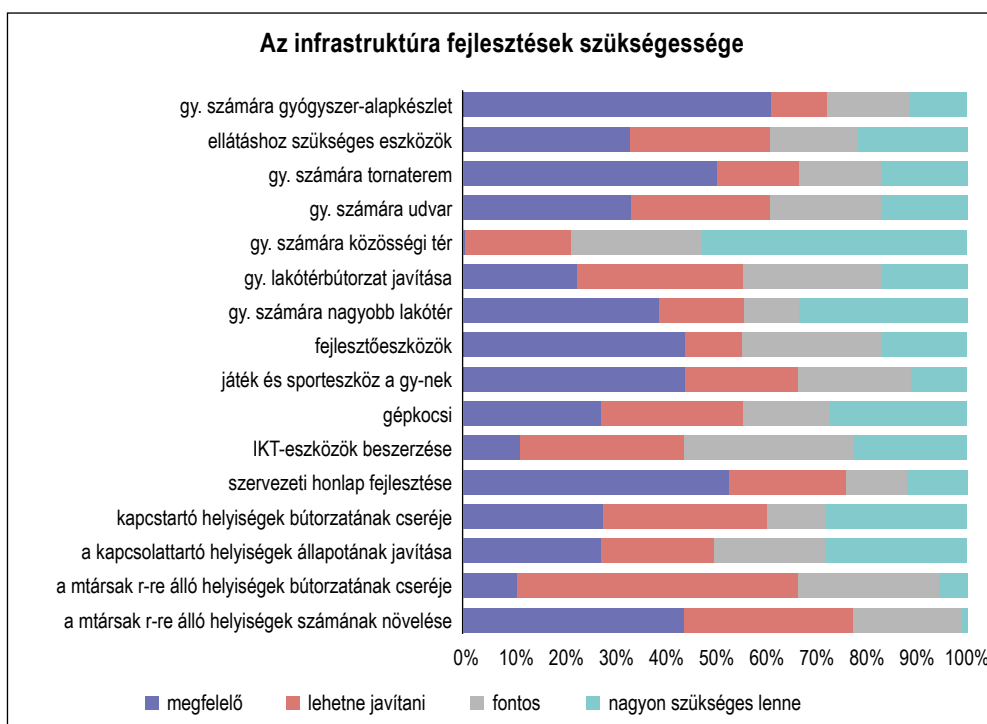
22. ábra. Betöltött és hiányzó státuszok

A szakirányú szakképesítés nélkül szakmai munkakörben foglalkoztatottak száma: 15, a zárt szakmai állás-helyek száma: 7.

A védőnői ellátást az intézmények zömében a területi védőnő, 2 helyen pedig a gyermekorvos biztosítja.

Infrastruktúra

Ami az infrastrukturális hiányosságokat illeti, elsősorban a gyermekek számára lenne szükséges nagyobb lakóteret biztosítani, de többen jelölték meg, hogy nagyon szükséges lenne még a személygépkocsi, illetve a kapcsolattartó helyiségek állapotának javítása, bútorzatának cseréje is. Ami leginkább megfelelő, az a gyermekek számára biztosított gyógyszer-alapkészlet, a tornaterem, illetve a szervezeti honlap.



23. ábra. Infrastrukturális hiányosságok

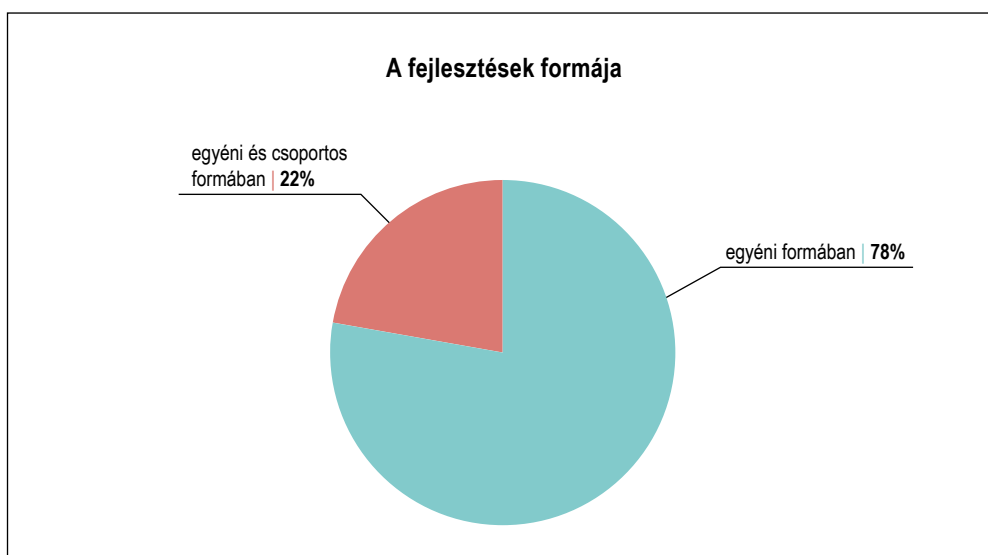
Fejlesztés, terapiák

Az intézmények 92 esetben kezdeményezték a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát. A vizsgálat nagyrészt (78 eset) megtörtént 3 hónapon belül. 6 hónapon túl már egyáltalán nem került sor vizsgálatra. Sajátos nevelési igényt 65 gyermek esetén állapítottak meg.

27. tábla. Szakértői bizottsági vizsgálat adatok

VIZSGÁLATOK	ÖSSZESEN
Hány esetben kezdeményezte az intézmény / a gyermekvédelmi gyám a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát?	92
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	78
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	14
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	0
A Pedagógiai Szakszolgálat hány gyermek esetében állapított meg sajátos nevelési igényt (SNI)?	65
A szakértői bizottság hány gyermek esetében tett javaslatot korai fejlesztésre?	84

17 esetben az intézményben, 1 esetben szerződéses intézményben folyik a fejlesztés. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakemberei nagyrészt egyéni formában oldják meg: 61 esetben (68%), 17 esetben (22%) egyéni és csoportos formában. Csak csoportos formában nem történik fejlesztés.



24. ábra. A fejlesztések formája

28. tábla. Korai fejlesztés

FEJLESZTÉSRE VONATKOZÓ ADATOK	ÖSSZESEN
Hányan részesülnek fejlesztésben a számukra előírt teljes óraszámban?	76
Hányan kapják meg az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	81
Hányan kapják meg részben azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	7
Hányan nem kapják meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	6
Ennek hány esetben oka a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya?	2
Ennek hány esetben oka a gondozási hely kapacitáshiánya?	0
Ennek hány esetben oka a gyermek állapotromlása?	1
Hány esetben nem kapja meg a gyermek az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést egyéb okból?	0
Hány esetben jelezték ezt a szakszolgálatnak?	2

Fejlesztő nevelésben azok vehetnek részt, akik az adott évben betöltik az 5. életévüket, és erre addig az évig van lehetőség, amíg tankötelessé nem válnak. Sajnos az adatközlők feltehetőleg nem voltak tisztában a korai fejlesztés, illetve a fejlesztő nevelés fogalmi különbségével, így összesítve adták meg az adatokat.

76-an a számukra előírt teljes óraszámban kapják a fejlesztést, 81-en az összes olyan fejlesztést megkapják, ami a fejlesztési tervben szerepel, 7-en részben kapnak fejlesztést. 6 gyermek nem kapja meg a számára előírt fejlesztéseket – ennek 2 esetben a Szakszolgálat szakemberhiánya az oka, 1 esetben pedig a gyermek állapotromlása.

A fejlesztésben részesülő gyermekek egyéni fejlesztési tervét 11 intézményben minden esetben egyeztetik a gyámmal, 6 intézményben nagyrészt igen, 1 intézményben nem.

Mindössze 1 esetben került sor nem biztosított, de szükséges terápia vásárlására.

A gondozási hely gyógypedagógusa a következő terápiákat tudja biztosítani: Ayres-terápia, hang-, és fényterápia, etetésterápia, egyéni gyógypedagógiai fejlesztés, kutyaterápia, IRIS-terápia, kognitív fejlesztés, neurohabilitáció.

Szükséges terápiák: állatasszisztált terápia, HRG (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika), általános

gyógytorna, lovasterápia, logopédiai- és gyógypedagógiai fejlesztés, meseterápia, ringató foglalkozások, Sindelar-terápia.

Kapcsolattartás

A kapcsolattartás leggyakrabban személyes látogatást jelent, legalább heti (47 eset) vagy havi (33 eset) rendszerességgel. 47 gyermek esetében azonban semmilyen kapcsolattartás nincs. Ez utóbbinak 11 esetben érdektelenség az oka, illetve egyéb ok: anyagi, megszűnt a szülő felügyeleti joga, ismeretlen a szülő, vagy lemondott a gyermekéről.

29. tábla. A kapcsolattartás rendszeressége

A KAPCSOLATTARTÁS RENDSZERESSÉGE	ÖSSZESEN
telefonon, legalább heti rendszerességgel	20
telefonon, legalább havi rendszerességgel	15
telefonon, alkalmyszerűen	18
személyesen, legalább heti rendszerességgel látogatva	47
személyesen, legalább havi rendszerességgel látogatva	33
személyesen, alkalmyszerűen látogatva	24
hány főt visznek haza legalább havonta	7
hány főt visznek haza alkalmyszerűen	4
nincs semmilyen kapcsolattartás	47

A gyermekvédelmi gyámok száma összesen 66 fő. A gyermekvédelmi gyámok a megkérdezettek 61%-a szerint 2 hetente vagy gyakrabban látogatják a gyermekeket.



25. ábra. A gyermekvédelmi gyámok látogatásának gyakorisága

Kikerülés

2017. 04. 30-án az év során az ideiglenes hatállyal elhelyezettek száma 39, és 127 gyermek van nevelésbe véve.

Családba kerülés: 2016-ban 110 esetben történt javaslat nevelőszülőhöz történő elhelyezésre, és 105 gyermek távozott nevelőszülőhöz. Az örökbefogadás stációi szerint 21 esetben történt kiejárlás, 15 esetben

volt barátkozás, szintén 15 esetben történt gondozásba kihelyezés, 22 gyermeket pedig örökbe fogadtak. 33 gyermek távozott a vér szerinti családjába, hazagondozásra 25 esetben volt javaslat, és 9 gyermeket családba fogadtak.

Intézménybe távozás: 11 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 12 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba.

30. tábla. Státusz az ellátórendszerben

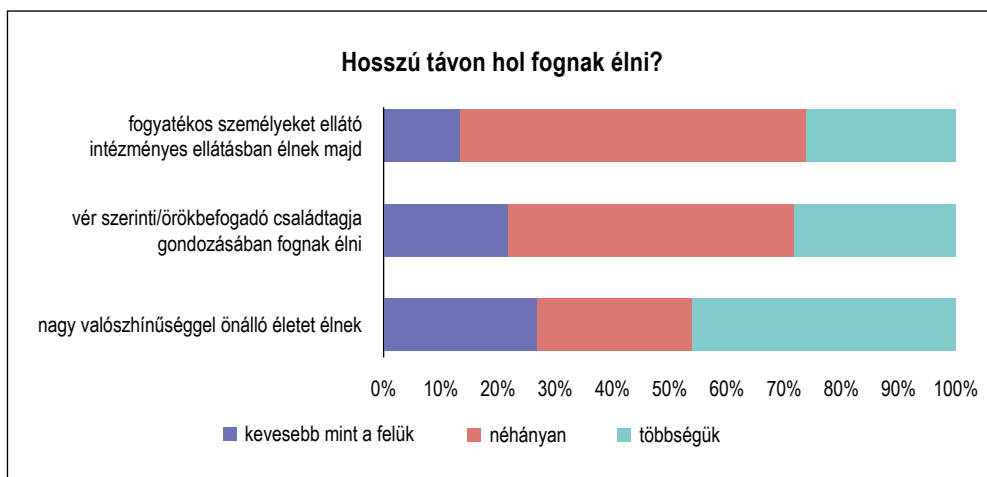
STÁTUSZ (2017. 04. 30-ÁN)	ÖSSZESEN
ideiglenes hatállyal elhelyezettek száma	39
nevelésbe vettek száma	127

31. tábla. Családba kerültek

CSALÁDBA KERÜLT GYERMEKEK	ÖSSZESEN
nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma	105
hány gyermek esetében született javaslat nevelőszülőhöz történő elhelyezésre	110
engedélyezett örökbefogadások száma	22
hány gyermek esetén történt kiejánlás	21
hány gyermek esetén történt barátkozás	15
hány gyermek esetén történt gondozásba kihelyezés	15
a gyermekek közül vér szerinti családba távozott gyermekek száma	33
családba fogadással távozott gyermekek száma	9
hány esetben született javaslat hazagondozásra	25

32. tábla. Intézménybe kerültek

INTÉZMÉNYBE TÁVOZÁS	ÖSSZESEN
a gyermekek közül másik különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma	11
a gyermekek közül ápolást-gondozást nyújtó intézménybe távozott gyermekek száma	12



26. ábra. A kérdezett véleménye szerint a gyermekek hosszú távon hol fognak élni?

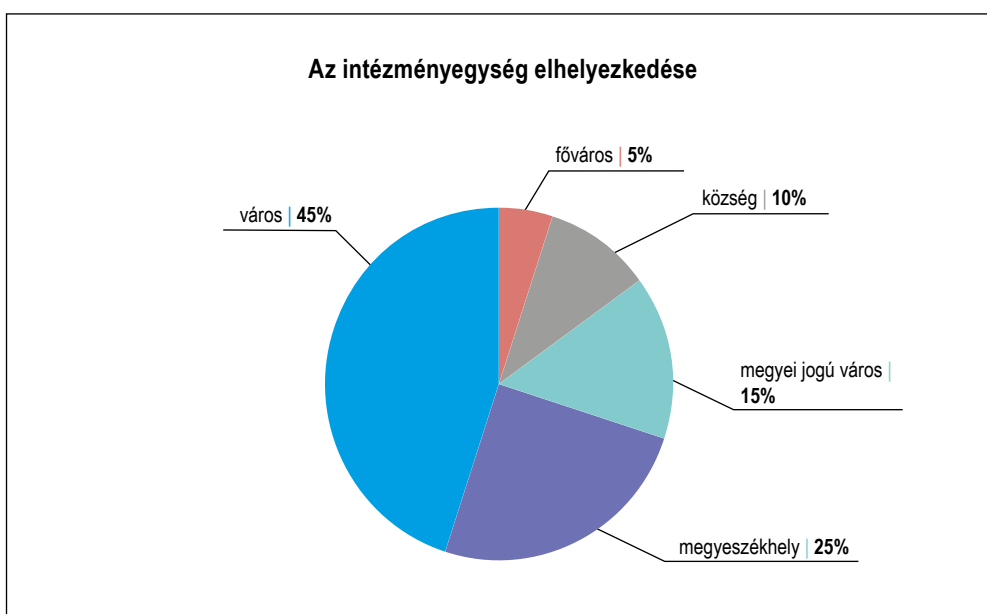
A hosszú távú kilátásokat a megkérdezettek jónak ítélik; a legtöbben azt választották, hogy ezek a gyermekek nagy valószínűséggel önálló életet tudnak majd élni.

II.3. AZ ÁPOLÁST-GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNY ÉS AZ INTEGRÁLT INTÉZMÉNY ÁPOLÁST-GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYI EGYSÉGE

Az intézményi minta

Összesen 20 intézmény válaszolt a kérdőívünkre a 25-ből (1 állami és 4 egyházi fenntartású intézmény adatai hiányoznak). A kitöltők zömében vezetők (igazgató, igazgatóhelyettes, telephelyvezető, mentálhigiénés csoportvezető stb.) voltak.

Az intézményegységek közül 11 volt integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egysége, 9 pedig ápolást-gondozást nyújtó intézmény. Mindegyikük fenntartója az állam, így fenntartó szerinti különbségeket nem tudtunk vizsgálni.



27. ábra. Az intézményegység településen belüli elhelyezkedése

Az intézmények 2/3-a peremterületen helyezkedik el, a harmaduk (összesen 7) az adott település jól megközelíthető, frekvenciált helyén van.

Az ellátottak száma

Az engedélyezett összes férőhelyszám a megkérdezett intézményekben 2265, a teljes ellátotti létszám pedig 2112.

33. tábla. Férőhelyszám, ellátottak

FÉRŐHELYSZÁM, ELLÁTOTTAK SZÁMA	ÖSSZESEN
engedélyezett férőhelyek száma (az intézményegységben)	2265
teljes ellátotti létszám az egységre vonatkozóan	2112
a célcsoportba tartozó gyermekek száma	124

5 intézmény jelezte, hogy csak 1 éves kortól fogad gyermekeket. 84 fő áll gyermekvédelmi gondoskodás alatt. A legtöbbben közülük, szám szerint 31 gyermek kevesebb mint 1 éve ellátott. A gondozási helyeket nézve a gyermekek közül legtöbb (61) jelenleg az első gondozási helyükön élnek.

34. tábla. A célcsoportba tartozó ellátottak adatai⁵

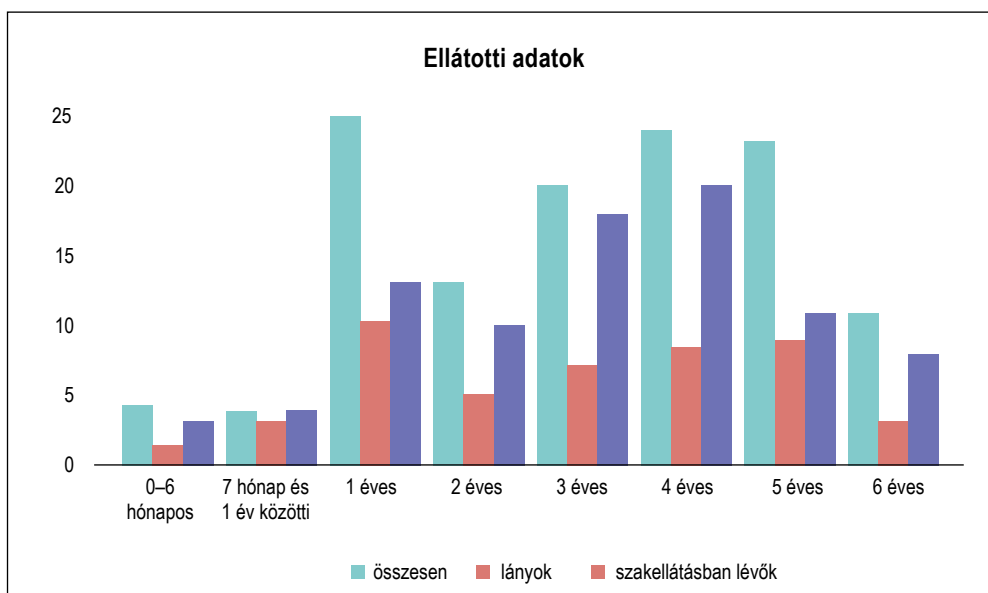
ELLÁTOTTI ADATOK	ÖSSZESEN
gyermekvédelmi gondoskodás alatt áll	84
Mióta ellátott?	
kevesebb mint 1 éve ellátott:	31
legalább 1 éve ellátott	25
legalább 2 éve ellátott	19
legalább 3 éve ellátott	18
legalább 4 éve ellátott	18
legalább 5 éve ellátott	5
legalább 6 éve ellátott	2
Gondozási helyek száma	
az adott gondozási/ellátási hely az első gondozási helye	61
az adott gondozási/ellátási hely a második gondozási helye	46
az adott gondozási/ellátási hely a harmadik gondozási helye	13
az adott gondozási/ellátási hely több mint a 3. gondozási helye	2

A 0–6 éves célcsoportba tartozó gyermekek száma a vizsgált intézménytípusban összesen 124, közülük felülreprezentáltak az 1 évesek (25 fő), a 4 (24 fő) és az 5 évesek (23 fő). Az 1 év alattiak pedig alulreprezentáltak 8 fővel. A lányok száma összesen 46 (azaz kevesebb, mint a harmaduk!).

⁵ Az adatok ellenőrzésekor és tisztításakor talált anomáliákkal kapcsolatban lásd a II. fejezet bevezetőjét („A kutatás módszertana”).

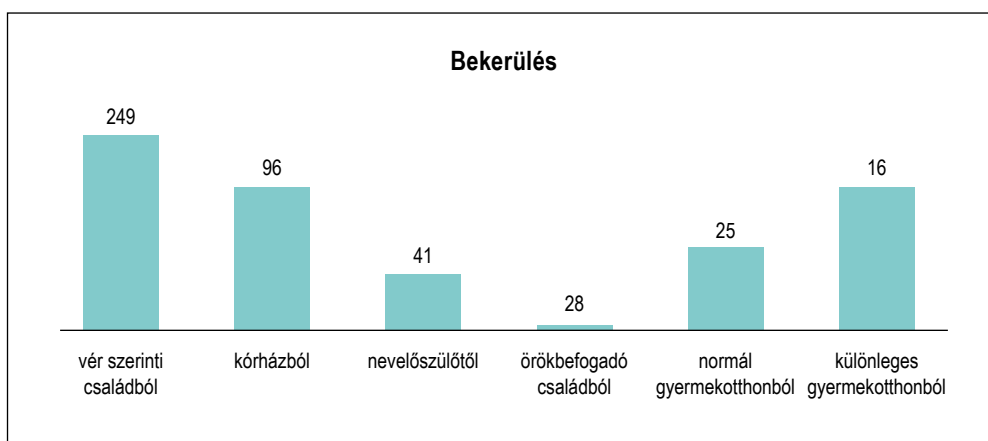
35. tábla. Ellátott gyermekek korcsoport, nem és szakellátás szerint

KORCSOPORT	ÖSSZESEN	LÁNYOK	SZAKELLÁTÁSBAN LÉVŐK
0–6 hónapos	4	1	3
7 hónap és 1 év közötti	4	3	4
1 éves	25	10	13
2 éves	13	5	10
3 éves	20	7	18
4 éves	24	8	20
5 éves	23	9	11
6 éves	11	3	8
Összesen	124	46	87



28. ábra. A 0–6 éves célcsoportba tartozó gyermekek száma

A célcsoportból a legtöbb (38) a vér szerinti családjukból kerültek be az intézménybe, ezt követi a kórház, illetve a különleges gyermekotthon 28-28 fővel. Normál gyermekotthonból 16-an, nevelőszülőtől 11-en, míg örökbefogadó családból 1 gyermek került be.



29. ábra. A bekerülés helyszíne

A nevelőszülőtől való bekerülésnek 3 esetben a gyermek állapotromlása volt az oka, 2 esetben nem tudták a terápiát biztosítani, 1 esetben a nevelőszülő bántalmazta a gyermeket, szintén 1 esetben pedig a nevelőszülő több (és/vagy) súlyosabb állapotú gyermeket nevelt (a többi esetről nem jelöltek okot).

A három legjellemzőbb bekerülési ok: a szülő életvitele/elhanyagolása, lakhatási problémák, illetve a gyermek betegsége.

A fogyatékoság típusa szerint a legtöbb gyermek (90) lemaradást mutat az egészséges fejlődéshez képest, 87 fogyatékos és tartós beteg, 85 a súlyos és halmozottan fogyatékosok száma, 81 az értelmi fogyatékosoké, 71 fő beszéd fogyatékos.

36. tábla. A fogyatékoság típusa

FOGYATÉKOSSÁG TÍPUSA	ÖSSZESEN
mozgásszervi fogyatékos	53
érzékszervi fogyatékos	26
a gyengénlátó	12
nagyo halló	8
vak	6
siket	1
siketvak	0
értelmi fogyatékos	81
beszéd fogyatékos	71
halmozottan fogyatékos	38
súlyos és halmozottan fogyatékos	85
autizmus spektrum-zavarral küzd	4
mentálisan, pszichésen sérült	47
az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat	90
tartós betegsége van	47
fogyatékos és tartós beteg	87

M: A különböző fogyatékoság-típusok között lehet átfedés.

A gyermekek fogyatékoságát először leggyakrabban a kórházi orvos észleli (69 eset).

37. tábla. A gyermek fogyatékoságát legelőször észlelte

KI ÉSZLELTE ELŐSZÖR A GYERMEK FOGYATÉKOSSÁGÁT?	ÖSSZESEN
szülő	6
házi gyermekorvos	8
kórházi orvos	69
védőnő	3
bölcsőde	0
óvoda	0
nevelőszülő	4
gyermekotthoni munkatárs	1
nincs adat	33

A foglalkoztatottak

Összesen 1096,75 szakmai munkakör betöltött, 170,5 betöltetlen (15,6%!). Amennyiben a kötelező munkaköröket tekintjük, ezek közül számszerűen legtöbb munkakör a súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-gyermekgondozó ápolók, vagy ápoló-gondozók, illetve a súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-pedagógusok esetén betöltetlen. Ez utóbbi esetén arányaiban is a legnagyobb a probléma (65-ből 28, ami 43%). A zárolt szakmai álláshelyek száma: 8.

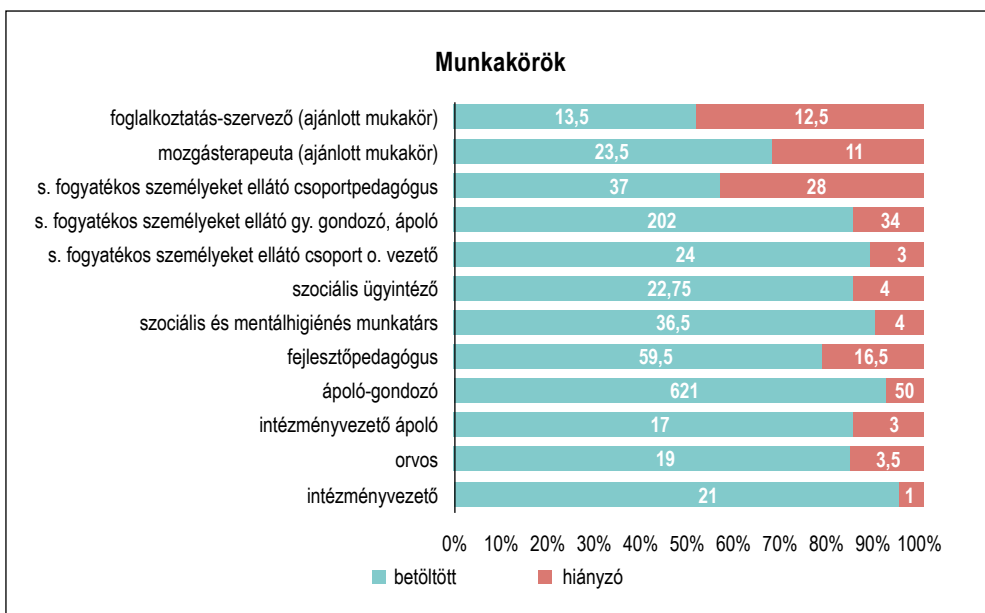
38. tábla. Foglalkoztatotti adatok: kötelező

KÖTELEZŐ SZAKMAI MUNKAKÖRÖK	BETÖLTÖTT	HIÁNYZÓ	%
intézményvezető	21	1	4,55
orvos	19	3,5	15,56
intézményvezető ápoló	17	3	15,00
ápoló-gondozó	621	50	7,45
fejlesztőpedagógus	59,5	16,5	21,71
szociális és mentálhigiénés munkatárs	36,5	4	9,88
szociális ügyintéző	22,75	4	14,95
súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport osztályvezetője	24	3	11,11
súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-gyermekgondozó ápoló vagy ápoló-gondozója	202	34	14,41
súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport pedagógusa	37	28	43,08
Összesen	1059,75	147	12,18

Ha a betöltetlen munkaköröket a teljes munkakörszámhoz viszonyítjuk, akkor az ajánlott munkakörnek számító foglalkozás-szervezőknél a legrosszabb a helyzet, ahol közel azonos számú a betöltött és a betöltetlen munkakör.

39. tábla. Ajánlott munkakörök

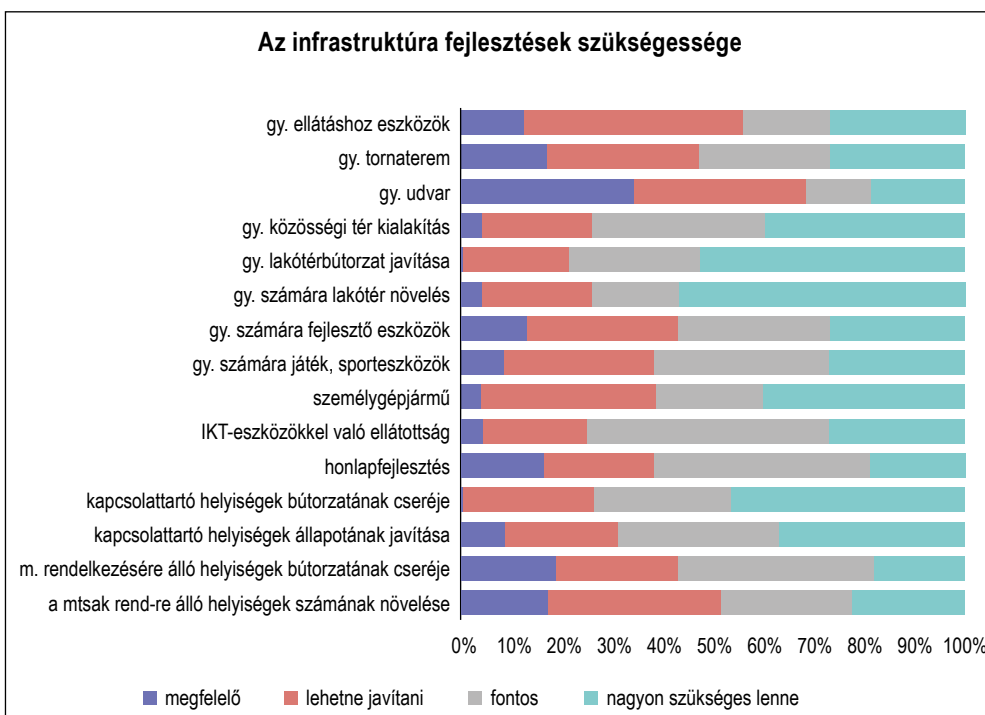
AJÁNLOTT MUNKAKÖRÖK	BETÖLTÖTT	HIÁNYZÓ	%
mozgásterapeuta	23,5	11	31,88
foglalkoztatás-szervező	13,5	12,5	48
Összesen	37	23,5	38,84



30. ábra. A munkakörök megoszlása

Infrastruktúra

Az általunk felsorolt infrastrukturális fejlesztések közül a leginkább szükséges lenne a gyermekek számára rendelkezésre álló lakótér növelése, illetve bútorzatának cseréje, valamint a kapcsolattartó helyiségek bútorzatának cseréje. Ezenkívül fontos lenne még a honlapfejlesztés és az IKT-eszközökkel való ellátottság javítása is. Ami leginkább megfelelő, az a gyermekek rendelkezésére álló udvar.



31. ábra. Infrastrukturális hiányok

Terápiák, korai fejlesztés

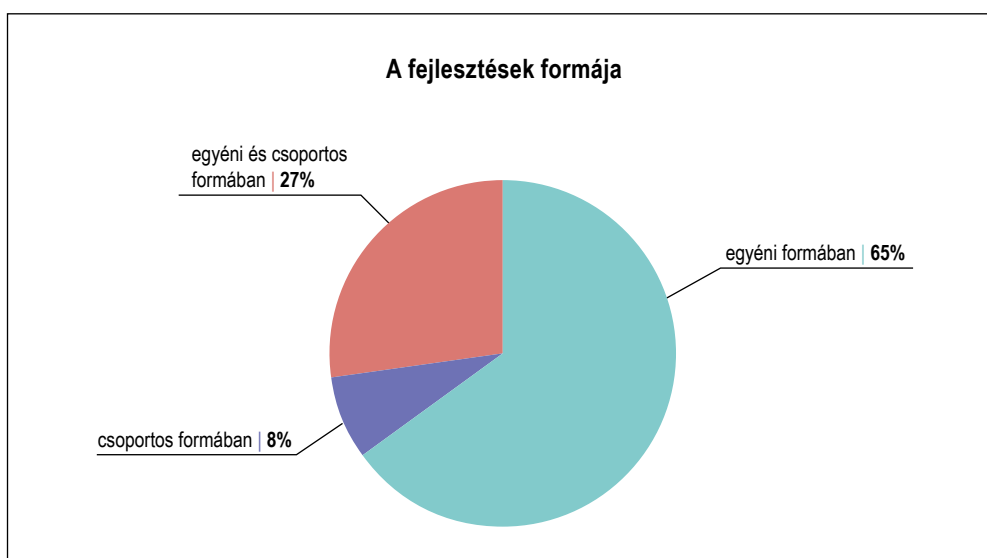
Az intézmények összesen 100 esetben kezdeményezték a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát. A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata a legtöbb esetben 3 hónapon belül meg is történt a vizsgálat kezdeményezéséhez képest. A Szakszolgálat 79 esetben állapított meg sajátos nevelési igényt, a szakértői bizottság pedig 91 esetben javaslatot is tett a korai fejlesztésre.

40. tábla. A vizsgálat kezdeményezése

HÁNY ESETBEN?	ÖSSZESEN
Hány esetben kezdeményezte az intézmény / a törvényes képviselő a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát?	100
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	79
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	16
A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?	4
A Pedagógiai Szakszolgálat hány esetben állapított meg sajátos nevelési igényt (SNI)?	89
A szakértői bizottság hány esetben tett javaslatot korai fejlesztésre?	91

A korai fejlesztés majdnem 100%-ban az intézményben zajlik, csak 1 intézmény jelölte meg, hogy más, szerződéses intézményben.

A fejlesztések nagyrészt (65%) egyéni formában történnek. 27%-ban egyéni és csoportos formában egyaránt, 8%-ban pedig csak csoportos formában.



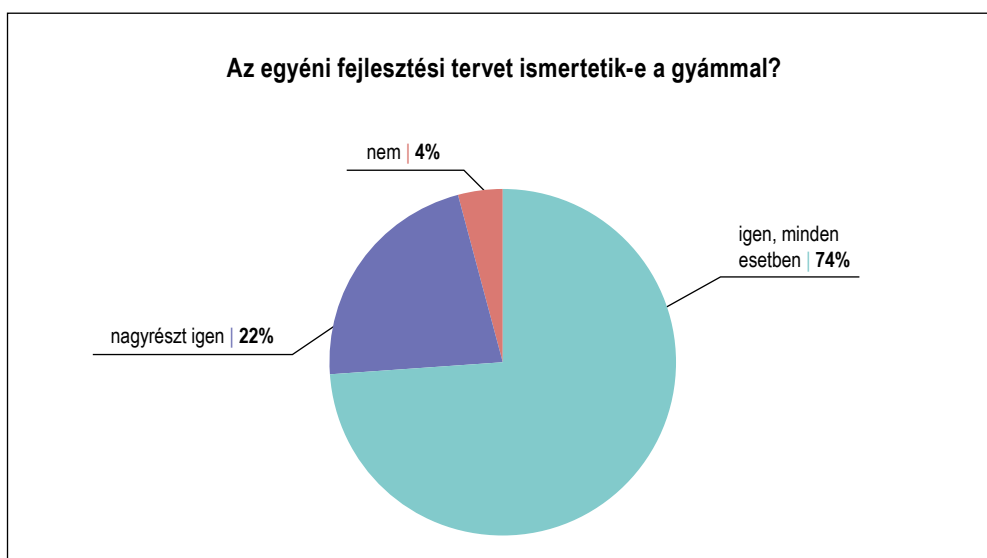
32. ábra. A fejlesztések formája

111 gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámában. 102 gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a fejlesztési tervben szerepel, 26-an csak részben. Mindössze egy gyermek nem kapja meg a számára előírt fejlesztést, ennek az oka kórházi tartózkodás. Az intézményeknek nem kell olyan terápiát vásárolniuk, melyet a szakszolgálat ne tudna biztosítani.

41. tábla. Fejlesztésben részesülés – létszámadatok

FEJLESZTÉSADATOK	ÖSSZESEN
Hány gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban?	111
Hány gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	102
Hány gyermek kapja meg részben azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	26
Hány gyermek nem kapja meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?	1
Ennek hány esetben oka a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya?	0
Ennek hány esetben oka a gondozási hely kapacitáshiánya?	0
Ennek hány esetben oka a gyermek állapotromlása?	0
Hány esetben nem kapja meg a gyermek az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést egyéb okból?	1
Hány esetben jelezték ezt a szakszolgálatnak?	1
Hány esetben vásárolnak a gyermek számára előírt terápiát, melyet a szakszolgálat nem tud biztosítani?	0

Az egyéni fejlesztési tervet a válaszadók 74%-a szerint minden esetben ismertetik a gyámmal. 22%-uk szerint nagyrészt ismertetik, és mindössze 4%-uk szerint nem ismertetik.



33. ábra. Az egyéni fejlesztési terv gyámmal való ismertetése

Arra a kérdésre, hogy milyen egyéb terápiákra lenne még szükség, többen említették a bazális terápiát, illetve a mozgásterápiát. Ezeken kívül még az alábbiak jöttek szóba: hidromasszázs-terápia, sóterápia, tibeti hangtálmasszázs-terápia, szenzoros fejlesztés, kognitív fejlesztés, etetésterápia, toalett-tréning, mozgás-fejlesztés, meseterápia, ritmus- és zeneterápia, állatasszisztált terápia, Dévény-torna, TSMT, HRG; fejlesztő, szinten tartó, kreativitást segítő foglalkozások; Snoezelen-terápia, szomatopedagógiai fejlesztés, Huple-terápia, Pfaffenrot-/SzRT-terápia.

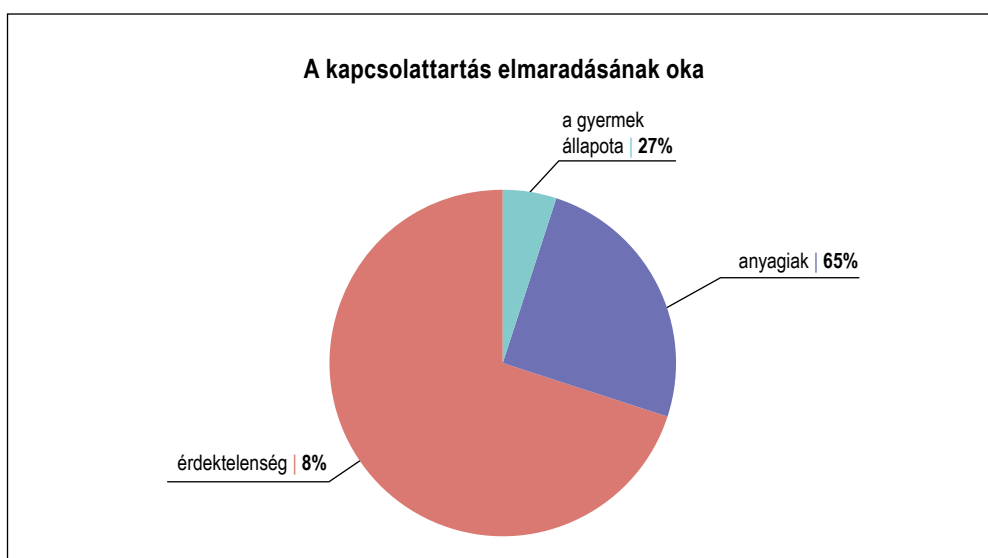
Ezeket a terápiákat egyébként többnyire – pluszban – biztosítani tudja a gondozási hely gyógypedagógusa.

Kapcsolattartás

A kapcsolattartás a gyermekek és szüleik között nagyrészt személyesen, legalább havi egyszeri látogatással történik, illetve telefonon alkalmyszerűen. 37 esetben azonban nincs semmilyen kapcsolattartás. Ennek legfőbb oka a megkérdezett vezetők szerint az érdektelenség.

42. tábla. Kapcsolattartási adatok

HÁNY FŐVEL TART KAPCSOLATOT A CSALÁDJA?	ÖSSZESEN
telefonon, legalább heti rendszerességgel	15
telefonon, legalább havi rendszerességgel	16
telefonon, alkalmyszerűen	24
személyesen, legalább heti rendszerességgel látogatva	15
személyesen, legalább havi rendszerességgel látogatva	15
személyesen, alkalmyszerűen látogatva	34
hány főt visznek haza legalább havonta?	10
hány főt visznek haza alkalmyszerűen?	8
nincs semmilyen kapcsolattartás	37



34. ábra. A kapcsolattartás elmaradása

Az intézményekkel együttműködő gyermekvédelmi gyámok száma 2017. 04. 30-án összesen 40 volt (1 intézményre átlagosan 2). A gyámok 65%-ban inkább havonta, 35%-ban kéthetente vagy gyakrabban látogatják a gyermekeket.

Kikerülés

A 2017. április 30-án ellátásban lévő fogyatékos gyermekek közül 77 a nevelésbe vettek száma, 2 ideiglenes hatállyal elhelyezett, 3 pedig átmeneti gondozott. *Elvértve fordul csak elő nevelőszülőhöz, illetve vér szerinti családba való távozás. 1 gyermek került másik különleges gyermekotthonba.*

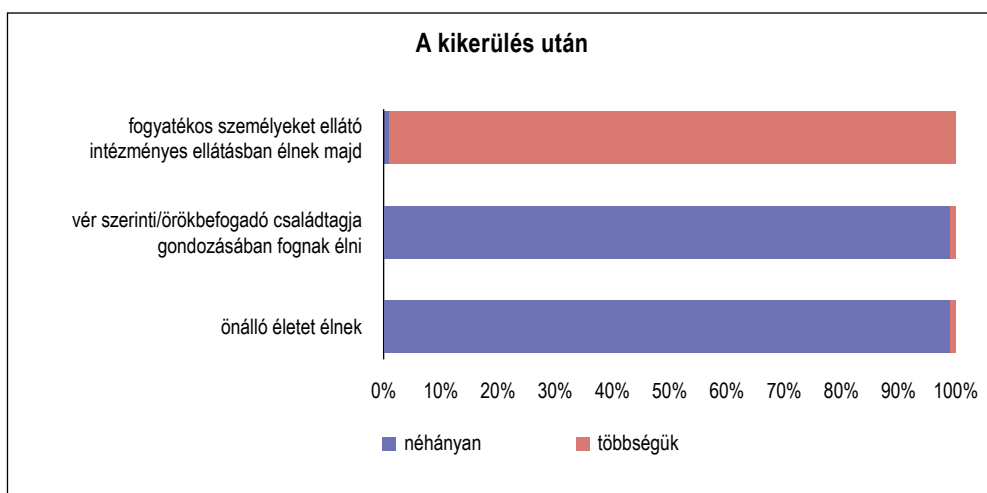
43. tábla. Státusz a gyermekvédelmi rendszerben

STÁTUSZ	ÖSSZESEN
ideiglenes hatállyal elhelyezettek száma	2
nevelésbe vettek száma	77
átmeneti gondozottak száma	3

44. tábla. Családba távozás

CSALÁDBA TÁVOZÁS	ÖSSZESEN
1. nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma	0
hány gyermek esetében született javaslat a nevelőszülőhöz történő elhelyezésre	2
2. az örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt engedélyezett örökbefogadás	0
2016-ban hány gyermek esetén történt kiajánlás	1
hány gyermek esetén történt barátkozás	0
hány gyermek esetén történt gondozásba kihelyezés	0
3. vér szerinti családba távozott gyermekek száma	2
hány esetben született javaslat hazagondozásra	1
a nem gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló célcsoportba tartozó gyermekek közül 2016-ban sikertelenül végződő vér szerinti családba történő visszahelyezési esetek száma	0
családba fogadással távozott gyermekek száma	0
másik különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma	1

A megkérdezettek véleménye szerint ezek a gyermekek többségükben nagykorúságuk után is az intézményrendszerben maradnak majd.



35. ábra. Nagykorúságuk után az Ön véleménye szerint ezek a gyermekek hol fognak élni?

ÖSSZEGZÉS

A kérdőívvel a nevelőszülői hálózatok 87%-át sikerült megkérdeznünk a célcsoportba tartozó gyermekekről. A hálózatok 63%-a állami fenntartású, 29%-a egyházi, 8%-a civil. A 6 éven aluli fogyatékos gyermeket nevelő nevelőszülői családok közül a többség (260 család) községben él, ezért számukra a fejlesztések, terápiák nehezen, csak hosszabb utazással érhetők el. A megkérdezettek 54%-a mondta azt, hogy a nevelőszülők átlagosan fél és 1 órát utaznak a fejlesztésre. A korai fejlesztés 49%-ban más településen történik, mint ahol a nevelőszülő család él, 48%-ban történik a nevelőszülő lakóhelyén lévő intézményben (ez utóbbi adat a fentiekből következően valószínűleg nem felel meg a valóságnak). Az állami fenntartó által fenntartott hálózathoz tartozó nevelőszülők közül egy hálózatban átlagosan 9, míg az egyházi/civil fenntartású hálózatokban 4 nevelőszülő él községben.

3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége esetén 14 kitöltött kérdőív jött vissza az intézményektől; 2 intézménytől nem kaptunk adatot. Az intézmények 2/3-a 3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, 1/3-a integrált intézmény, a fenntartójuk minden esetben az állam. Az intézmények többsége megyeszékhelyen található, a települések jól megközelíthető részén.

20 ápolást-gondozást nyújtó intézmény közül a mintánkban 11 volt integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egysége, 9 pedig ápolást-gondozást nyújtó intézmény. Mindegyikük fenntartója az állam. Az intézmények 2/3-a peremterületen helyezkedik el, mindössze 8 van jól megközelíthető, frekvenciált helyén az adott településnek.

A nevelőszülői hálózatokban a fenntartó szerinti különbségek mellett méretbeli különbségek is vannak. Az egyes hálózatok nagysága között jelentősek a különbségek, a jogviszonyban álló nevelőszülők száma 5 és 460 között szóródik. A 33 hálózatban összesen 4471 nevelőszülő van foglalkoztatva. *Közülük 556 nevelő 6 év alatti célcsoportba tartozó gyermeket, ami 12%-os aránynak felel meg.* Összesen 147-en vannak, akiknél több ilyen gyermek is elhelyezésre került. 2017. 04. 30-án a 0–6 éves fogyatékos gyermekek száma a nevelőszülői hálózatokban összesen 692. Közülük 302 lány (44%). Korcsoport szerint a legtöbben 2 évesek. A 3 éven aluli különleges gyermekeket ellátó intézményekben lévő 0–6 éves gyermekek száma összesen 158, közülük 81 lány (51%). Itt a 0–6 hónapos gyermekek vannak a legtöbben. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a 0–6 éves fogyatékos gyermekek száma ennél is kevesebb, összesen 127; közülük felülreprezentáltak az 1, a 4, és az 5 évesek, az 1 év alattiak viszont az átlagnál kevesebben vannak. Ebben az intézménytípusban a legalacsonyabb (1/3-os) a lányok aránya.

A bekerülés leggyakoribb oka minden intézménytípusban a szülők életvitele, a szülői elhanyagolás, tehát nem a gyermek állapota. A nevelőszülői hálózatokban a legtöbben közvetlenül a vér szerinti családból kerültek be a jelenlegi gondozási helyre, másodsorban közvetlenül kórházból. A másik nevelőszülőtől való bekerülés legfőbb oka az ellátási körülmények nehézsége. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézmények esetén a bekerülés leggyakoribb helye ezzel szemben a kórház (60%). A nevelőszülőtől való bekerülés legfőbb oka intézményes ellátások esetén a gyermek állapotának romlása. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekbe szintén elsősorban a vér szerinti családból kerülnek be a gyermekek.

Nevelőszülői hálózatokban – ha általában a célcsoportba tartozó gyermekek arányát vizsgáljuk az engedélyezett férőhelyszámhoz viszonyítva –, akkor szignifikáns összefüggést kapunk. Míg az állami fenntartó esetén 5,7%, az egyházi/civil fenntartó esetén 3% a fogyatékos gyermekek aránya, vagyis az egyházi/civil fenntartói hálózatba tartozó nevelőszülők kevésbé vállalnak célcsoportba tartozó gyermeket. Ezt a kérdést a másik két ellátástípusban nem tudtuk vizsgálni.

Fogyatékoság szerint a legtöbben azok vannak a nevelőszülői hálózatokban, akik az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutatnak. A gyakorisági sorban második a tartós betegség, a harmadik pedig a mentális, pszichés sérülés. Az érzékszervi fogyatékos, mozgásszervi fogyatékos gyermekek vannak a legkevesebben. Az esetek 76%-ában a gyermek fogyatékoságát a nevelőszülőhöz kerülés után diagnosztizálják; a gyermekek több mint felénél (51%) a fogyatékoságot először a nevelőszülő észlelte. A két intézményben szintén fogyatékoság szerint azok a gyermekek vannak a legtöbben, akik az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutatnak. A gyermekek fogyatékoságát jellemzően inkább az intézménybe kerülés után diagnosztizálják. Mivel a gyermekek a 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekbe jellemzően

a kórházból kerülnek be, ebből következően a fogyatékoságukat is leggyakrabban a kórház orvosa észleli. Ugyanez igaz az ápoló-gondozó otthonokra is, bár ott a vér szerinti családból való bekerülés a gyakoribb.

A legnagyobb munkaerőhiány az ápoló-gondozó otthonokban van, ahol a teljes munkakörszám 15,6%-a betöltetlen. Ugyanez az arány a nevelőszülői hálózatokban 9,9, míg a 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben 9,5%. A nevelőszülői hálózatokban szám szerint a gyermekgondozók, míg arányaiban az ajánlott munkakörök közül a gyógypedagógusok, fejlesztőpedagógusok hiányoznak leginkább. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben a jogszabályi előírásokhoz képest számosságában leginkább a pszichológus és a gyógypedagógus hiányzik az intézményekből. A szakirányú szakképesítés nélkül szakmai munkakörben foglalkoztatottak száma magas: 15; a zárt szakmai álláshelyek száma 7. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a kötelező munkakörök közül számszerűen a legtöbb munkakör a súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-gyermekgondozó ápolók vagy ápoló-gondozók, illetve a súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoportpedagógusok esetén betöltetlen. Ez utóbbi esetén arányaiban is a legnagyobb a probléma (43%). A zárt szakmai álláshelyek száma is itt a legmagasabb: összesen 8.

Ami az infrastrukturális ellátottságot illeti, a hálózatvezetők szerint a legtöbb nevelőszülőt érintő probléma a fejlesztőeszközök hiánya (közel 40%), de nagyon fontos lenne még a személygépkocsi, illetve a gyermek ellátásához szükséges eszközök beszerzése is. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben elsősorban a gyermekek számára lenne szükséges nagyobb lakóteret biztosítani, az ápolást-gondozást biztosító intézményekben szintén ez a legnagyobb probléma, illetve fontos lenne a bútorzatok cseréje is.

A nevelőszülői hálózatokban 271 gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban, és ugyanennyi gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, melyet számára előírtak. 70-en csak részben kapnak fejlesztést, *28 gyermek pedig nem kapja meg a számára javasolt óraszámú fejlesztést.* Azoknál a gyermekeknél, *akik nem kapják meg a fejlesztést, a legfőbb ok a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya.* Szintén a szakemberhiánnyal függ össze, hogy a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata a kezdeményezéshez képest csak 194 gyermek esetén történt meg 3 hónapon belül, további 118 esetben 3–6 hónap között. *A nevelőszülői hálózatok jellemzően nem tudnak terápiát biztosítani a pedagógiai szakszolgálat által nyújtottan túl, viszont a hálózatok 38 esetben vásárolnak olyan terápiát, amit a szakszolgálat nem tud biztosítani.* A terápiavásárlás nem mutatott összefüggést a fenntartó típusával. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben 76-an a számukra előírt teljes óraszámban kapják a fejlesztést, 81-en az összes olyan fejlesztést megkapják, ami a fejlesztési tervben szerepel, 7-en részben kapnak fejlesztést. 6 gyermek nem kapja meg a számára előírt fejlesztéseket; ennek oka részben a Szakszolgálat szakemberhiánya, részben a gyermek állapotromlása. Mindössze 1 esetben került sor nem biztosított, de szükséges terápia vásárlására, mivel a gondozási hely gyógypedagógusa tudja biztosítani a leginkább szükséges terápiákat. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben 111 gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban. 102 gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a fejlesztési tervben szerepel, 26-an csak részben. Mindössze egy gyermek nem kapja meg a számára előírt fejlesztést. *Az intézményeknek nem kell olyan terápiát vásárolniuk, amit a szakszolgálat ne tudna biztosítani.*

A nevelőszülői hálózatokban a fejlesztéseket a szakszolgálat 58%-ban egyéni formában, 22%-ban egyéni és csoportos formában, míg 20%-ban csak csoportos módon oldja meg. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben nagyrészt szintén egyéni formában oldják meg (68%), 22%-ban egyéni és csoportos formában. Csak csoportos formában azonban nem történik fejlesztés. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a fejlesztések nagyrészt (65%) szintén egyéni formában történnek. 27%-ban egyéni és csoportos formában egyaránt, 8%-ban pedig csak csoportos formában.

A nevelőszülői hálózatokban *a gyermekekkel való kapcsolattartás a legtöbb esetben személyesen történik, de csak havonta.* 230 gyermek esetén semmilyen kapcsolattartás nincs, aminek a vezetők szerint az érdektelenség a legfőbb oka. A megkérdezettek 47%-a szerint a gyámok jellemzően kéthetente vagy gyakrabban látogatják a gyermekeket, ugyanez az arány a 3 év alatti különleges gyermeket ellátó intézményekben 61%, ápolást-gondozást nyújtó intézményben viszont csak 35%. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben, illetve az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a kapcsolattartás leggyakrabban szintén személyes látogatást jelent legalább heti vagy havi rendszerességgel. Ahol nincs kapcsolattartás, annak a legfőbb oka a megkérdezettek szerint itt is főként az érdektelenség.

A nevelőszülő hálózatokban 2016-ban 25 gyermek került másik a nevelőszülőhöz. Az örökbefogadás stációi szerint kijárlás 50 esetben történt, 29 esetben volt barátkozás, 16 esetben történt gondozásba ki-

helyezés, és 36 gyermeket fogadtak örökbe. 37 gyermek távozott a vér szerinti családjába, hazagondozásra 42 esetben volt javaslat, 7 gyermeket pedig családba fogadtak. 8 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 4 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba. A megkérdezett hálózatvezetők szerint ezeknél a gyermekeknél a kikerülés után legkevésbé az valószínűsíthető, hogy családban fognak majd élni. Valószínűbb az önálló élet vagy az intézményes ellátásba kerülés. A 3 év alatti különleges gyermekeket ellátó intézményekben 2016-ban 110 esetben történt javaslat a nevelőszülőhöz történő elhelyezésre, és 105 gyermek távozott nevelőszülőhöz. Kijánlás 21 esetben történt, 15 esetben volt barátkozás, szintén 15 esetben történt gondozásba kihelyezés, 22 gyermeket pedig végül örökbe fogadtak. Hazagondozásra 25 esetben volt javaslat, 33 gyermek távozott a vér szerinti családjába, 9 gyermeket családba fogadtak. 11 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 12 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba. A hosszú távú kilátásokat a megkérdezettek jónak ítélik; a legtöbben azt válaszolták, hogy ezek a gyermekek nagy valószínűséggel önálló életet tudnak majd élni. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekből családba való távozásra kicsi az esélyük a gyermekeknek: 2016-ban nevelőszülőnél mindössze 2 gyermeket helyeztek el, illetve 2 gyermek távozott vér szerinti családba. A megkérdezettek véleménye szerint ezek a gyermekek többségükben nagykorúságuk után is az intézményrendszerben maradnak majd.

III. A GYERMEKVÉDELMI ÉS A SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT 6 ÉVEN ALULI FOGYATÉKOS VAGY MÁS OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ GYERMEKEK ELLÁTÁSÁT FELTÁRÓ INTERJÚS KUTATÁS EREDMÉNYEI

III.1. AZ EGYÉNI INTERJÚK TAPASZTALATAI

A kvalitatív kutatási szakasz keretében öt egyéni interjú készült.⁶ A kutatásban egy különleges gyermekotthon vezetője, egy gyógypedagógiai felsőoktatásban tanító oktató, két, a gyermekvédelem és a fogyatékosügy területéhez kapcsolódó közigazgatásban dolgozó döntéshozó, valamint egy ellátást is biztosító civil szervezet vezetője vettek részt. A szakemberek kiválasztása szakértői mintavétellel történt. A következőkben a szakértői véleményeket ismertetjük, bemutatva az ellátórendszer jellegzetességeit, az infrastrukturális és humán erőforrás-ellátottságot, az együttműködésekben rejlő lehetőségeket és kihívásokat, az elérhető szolgáltatásokat, valamint a szakértők álláspontja alapján a fejlesztési igényeket és jövőbeli kihívásokat.

Az ellátórendszer jellegzetességei

A gyermekvédelem irányításában dolgozó döntéshozó szakértő elmondása szerint a 0–6 éves célcsoportba tartozó (esetleg speciális helyzetű) gyermekek számára ugyanazok a gondozási helyek állnak rendelkezésre, mint az idősebb életkorú, illetve nem fogyatékos gyermekek számára: elsősorban a nevelőszülői ellátás, vagy ha erre nincs lehetőség, a gyermekotthoni vagy az ápolást-gondozást nyújtó intézmények. A gyermekvédelem a 6 éven aluli fogyatékos gyermekek esetében is arra törekszik, hogy nevelőszülőnél kerüljenek elhelyezésre. Ez komoly nehézségekbe ütközik, ha a gyermek súlyos fogyatékos vagy halmozottan fogyatékos, vagy emellett olyan tartós betegséggel küzd, amely speciális ellátást, szaktudást igényelne a nevelőszülőktől. A gyermekek több ok miatt kerülhetnek gyermekotthonba:

„Az egyik, az előbb már a nevelőszülőség kapcsán említett súlyos, halmozott fogyatékos az, amihez kapcsolódó gondozást a nevelőszülő nem tud bevállalni; ilyen esetben kerülhetnek ezek a gyerekek gyermekotthonba. Illetve, ha testvérek, tehát, ha több tagból álló testvérek elhelyezésére van szükség, nem mindig lehet találni nevelőszülőt, akinél mondjuk egyszerre 4 üres férőhely van, hogy 4 testvért együtt el lehessen ott helyezni. És végül a Szociális törvény hatálya alá tartozó ápolást-gondozást nyújtó intézményben a legsúlyosabb állapotú, tehát fogyatékos vagy tartósan beteg, vagy mindkét problémával küzdő gyerekek elhelyezésére kerül sor.” (döntéshozó, közigazgatás, gyermekvédelmi terület)

A gyermekotthoni gyakorlat szerint a speciális helyzetű gyermekek (csecsemők) számára a segítséget az édesanya részvételével együtt biztosítják. Vannak helyzetek, amikor a nevelőszülői ellátáson túl intézményi szinten is szükséges beavatkozni vagy segítséget nyújtani. Az intézmény az édesanyát segíti elsősorban annak érdekében, hogy be tudja tölteni anyai feladatait. Ők általában nem a szakellátásokból érkező anyák, viszont a gyermekük különleges ellátására nincsenek felkészülve, ezért szükséges ebben támogatni őket.

„Ezek teljesen a szakellátástól külön levő anyák, akik mondjuk, azért nem vihetik haza a gyerekeiket, mert nincsenek felkészülve a gyermekellátásra – itt most elsősorban nem csak tárgyi dolgokra gondolok –, és őket kell megtanítani vagy alkalmassá tenni. És azért mondtam az előbb az és/vagy-ot, mert lehet, hogy ezzel párhuzamosan az anyuka egyébként egy normál gyerek ellátására felkészült lenne, de az ő [...] különleges igényű babájának az ellátását mégsem tudja úgy kapásból megoldani.” (gyermekotthon-vezető)

A még szoptatással táplált csecsemő esetében a megkérdezett szakember nem tartaná szerencsésnek, ha a baba nevelőszülőkhöz kerülne, mert az túl nagy megterhelést jelentene a nevelőszülő családjá számára.

⁶ Az egyes interjúrészleteknél a különböző szakértői hátterek okán fontosnak tartjuk megjeleníteni, hogy milyen munkakörben dolgozó szakértő véleményét idézzük.

ra: naponta többször fogadni a szoptatás miatt az édesanyját, segíteni a baba gondozásának elsajátítását, a gyógyszererezést, az orvosi vizsgálatokon vagy a gyógytornán való részvételt. A többiek szempontjából a nevelőszülős ellátást tartja a legjobb megoldásnak. Az otthonban ugyanakkor nevelőszülőktől is fogadnak gyermekeket, mert előfordul, hogy a túl sok ellátási vagy fejlesztési igény miatt – melyeket a nevelőszülő a saját településén nem tud megoldani – nem tudja vállalni a gyermek gondozását.

A gyermekotthonban preferálják a nevelőszülői elhelyezéseket, ugyanakkor a vér szerinti szülőkhöz történő visszahelyezések és az örökbefogadások terén is jelentős eredményeket értek el.

„Aki hazaviszi, és utána kerül hozzánk, hát ott nyilván egy nagyobb törés van azért, de hogyha elfogadja azt, hogy mi tényleg a segítségére tudunk lenni, mert hát azért a gyerekotthonba kerülés egy szülő számára egy nagyon-nagyon negatív dolog, és az ott dolgozó szakemberek... hát, hogy is mondjam csak, első menetben inkább ellenségnek tűnhetnek, mint segítségnek. De ha ezt elfogadja, hogy itt a... hogy is mondjam csak, a baráti vagy az együttműködő, vagy a segítő jobbot nyújtjuk az ő számára, akkor, akkor el tudja fogadni, és beilleszkedik ebbe a rendszerbe, hogy igenis, hogy együtt kell működnie az alapellátással, a gyámhivatallal, a védőnővel, a háziorvossal, mindenkivel, és még pluszban jönnie kell, és csinálni. Na, szóval, hogy igen, sok-sok. Hát ez egy szocializációs folyamat, hogy hogyan váljon gondos anyává, tulajdonképpen ezt tudom mondani.” (gyermekotthon-vezető)

Infrastrukturális és HR-kapacitás

A szakigazgatási döntéshozatalban dolgozó vezető beosztású interjúalanyunk a HR-kapacitások terén elsősorban a szakemberhiányt emelte ki, de azt is hangsúlyozta, hogy nem azt tartja általános problémának, hogy nincs megfelelő számú szakember, hanem azt, hogy a rendszerben dolgozóknak nincs fogyatékosági szak tudásuk.

„Tulajdonképpen azt is mondhatnám, hogy a szakemberhiány akár említhető is az első helyek között. Mondjuk, az egy érdekes kérdés, hogy a szakemberhiányt nem feltétlenül és nem minden esetben abban látom, hogy egyáltalán nincsen szakember, hanem abban is látom olykor, hogy pl. a fogyatékosági szak tudás nincs jelen olyan szakmákban vagy olyan szegmensekben, ahol egyébként szerintem jelen kéne lennie.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékosági terület)

A gyermekotthon vezetője jelezte, hogy a különleges gyermekotthonokban rendelkezésre álló személyzet nem elégséges, és szükség lenne arra, hogy a rendszer különbséget tegyen a 3 év alatti vagy a 3 év fölötti gyermekek gondozásához szükséges szakemberek, valamint a gyermekek ellátási igényei szerint meghatározott humánerőforrás-igények biztosítása érdekében.

„Hát azt mindenképpen tudom, hogy ez megint nem lesz egy nagyon [...] szerethető felvetés, hogy azért az ilyen típusú gyerekek ellátásához a személyzet egyáltalán nem elegendő. Tehát [nem mindegy], hogy most normál gyerekotthoni csoportról van szó, vagy különleges gyerekotthoni csoportról van szó... Ráadásul különbség van a 3 év fölöttiek és a 3 év alattiak közt, pont az életkor miatt... Tehát azért óriási különbség van az ellátási igény és a személyzet... hogy is mondjam csak... rendelkezésére állása vonatkozásában.” (gyermekotthon-vezető)

A gyermekotthon vezetője eszközigényekről nem tudott beszámolni, mert a terápiákhoz szükséges fejlesztőeszközöket beszerezték. A jól felszerelt intézmény elsősorban a vezető agilitásának köszönhető. Ehhez a gyógypedagógiai tudás is jelentősen hozzájárul. Ugyancsak lényeges feltétel, hogy az intézmény alapítványa képes volt ezeket az eszközöket megfinanszírozni.

„Hát, nyilván, hogy most saját magamat nem szeretném kiemelni, de hogy egyébként én a gyógypedagógiai fejlesztés irányában nagyon nyitott vagyok, sőt magam is jártam hasonló továbbképzésekre, föl a Bárczira. És azok a gyógypedagógusok pedig, akik korábban tényleg így, a mi életünkbe integrálódva látták el a gyerekeket, nagyon inspiráltak arra, hogy mi ilyen dolgokat szerezzünk be. És aztán ugye van nekünk egy alapítványunk, aki ennek megadta az anyagi háttérét, és akkor ilyen módon most mi a szerencsések közé vagyunk sorolhatóak.” (gyermekotthon-vezető)

Az elérhető szolgáltatások köre

A Gyermekvédelmi törvény hatálya alá tartozó 0–3 éves korú gyermekeket ellátó különleges gyermekotthonok (csecsemőotthonok) jelentős része oly módon került kiváltásra, hogy vannak olyan megyék, ahol teljesen megszűnt a 3 év alattiak gyermekotthoni ellátása (a továbbiakban: csecsemőotthoni ellátás). Ezekben a me-

gyékben a nevelőszülői hálózat látja el a feladatokat, illetve a fogyatékkal, tartós betegséggel élő gyermekek esetében nagy valószínűséggel a Szociális törvény hatálya alá tartozó ápolást-gondozást végző intézmények.

„Ezekben a megyékben a nevelőszülői hálózat tudja megoldani ezt a problémát, illetve azt gondolom, hogy ezekben a... bár most így konkrét adatot nem tudok mondani, de érdemes lenne azt megnézni, hogy azokban a megyékben, ahol egyáltalán nincsen csecsemőotthoni férőhely, ott az ápolást-gondozást nyújtó, tehát a szociális törvény hatálya alá tartozó intézményekben több fogyatékos, tartósan beteg gyerek van-e elhelyezve arányaiban, mint mondjuk azokban a megyékben, ahol csecsemőotthon is van.” (döntéshozó, közigazgatás, gyermekvédelmi terület)

A gyermekotthoni ellátás egyik legnagyobb előnye, hogy alkalmas a kis súlyú koraszülöttek gondozására, a fejlődési rendellenességek, diéták, gyógyszeres kezelések, inhalálás stb. biztosítására, valamint légzési problémák, görcsök, vérnyomásproblémák stb. kezelésére.

„Tehát én azt gondolom, hogy itt ugye van egy behozhatatlan előnyünk azáltal, hogy vannak szakembereink a kis súlyú koraszülöttekre, fejlődési rendellenességekre, diétákra, gyógyszerelésre, inhalálásra, tehát, hogy gyakorlatilag egy mini kórházat tudunk itt ugye működtetni, és olyanfajta rutinunk van esetlegesen az ilyen légzési problémák, görcsök, vérnyomás, egyéb ügyek vonatkozásában, ami hát egész egyszerűen nem tud rendelkezésre állni az alapellátásban, a nap 24 órájában. Tehát azt gondolom, hogy itt van egy nagyon jelentős előnyünk.” (gyermekotthon-vezető)

Ugyancsak kiemelt szolgáltatás a vér szerinti családokkal történő foglalkozás, amelynek elsődleges célja, hogy alkalmassá váljanak a gyermekek hazavételére, az otthoni nevelésre. A folyamat hosszadalmas: a családnak ugyanis igazolnia kell, hogy van lakhatása, jövedelme, megfelelő a gyermekkel való kapcsolattartása, s hogy bekapcsolódott minden olyan folyamatba, amely a gyermek egészségügyi és gyógypedagógiai ellátását biztosítani tudja. Ehhez a folyamathoz elengedhetetlen az intézményi segítség.

„Mi megtanítjuk, átadjuk a gondozást, a megfelelő egészségügyi tudnivalókat és az összes lehetőséget arra, hogy minél több időt legyen együtt a gyerekével, hogy közösen menjenek a gondozónővel vagy a nevelővel a vizsgálatokra, hogy ő maga megtanulja azokat az esetleg [szükséges] fejlesztési feladatokat is, amiket ugye otthon egyébként is a szülők végeznek. És mindemellett ugye, az alapellátással együttműködve hazalátogatásokat szervezünk, amik ugye megint csak egyfajta kontrollált közegben tudnak folyni. Nyilván a gyámhivattal szorosan együttműködve, és az ő engedélyével, és ezeket akár egyre sűrítve, illetve időben kitolva tudunk ugye odáig eljutni, hogy a megszüntető határozatot kapjuk meg. Nyilván ehhez a háziorvos, a védőnő [is kell], tehát ez tényleg egy teammunkafeladat, és egy nagyon-nagyon szép, de nagyon nehéz, és rendkívül sokoldalú és bonyolult folyamat, aminek a végén aztán az örömteli elválás következik.” (gyermekotthon-vezető)

Ugyancsak fontos támogatás, amely a gyermekotthon számára kiemelt cél, hogy képes kezelni azt a veszteségélményt, amit a sérült gyermek születése okoz a szülők számára. Ezt a szülők stresszes, szégyenteli folyamatként élik meg, amelyre előre nem tudnak felkészülni még abban az esetben sem, ha már a terhesség alatt kiderülnek a problémák.

Együttműködések

A fogyatékoságügyben dolgozó döntéshozó szakember szerint jelentős szerep hárul nem csupán az állam, hanem az önkormányzat és azok társulásai, valamint az egyház által fenntartott és a civil szervezetekre is, pl. a támogató és a szállítási szolgáltatások, a személyi segítség, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás stb. terén.

„Azt viszont látni kell, és akkor ez már félig-meddig átmenne a második kérdésre is, hogy nem minden típusú, jellegű és az ország minden egyes területén jelenlévő szolgáltatást képes önmagában az állam működtetni. Ugye pl. hogyha a támogató szolgálatokra, a szállítószolgálatra, a személyi segítségre, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásra és egyebekre gondolunk, akkor ott jelen van természetesen ugye az állami szolgáltató vagy az állami fenntartó, de én azt gondolom, hogy óriási szerepe van a civil és az egyházi fenntartóknak is.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékoságügyi terület)

A válaszadó szakember kiemelte, hogy a civil szervezetek és az egyházi fenntartású szervezetek kevésbé tudnak hálózatos formában működni, inkább a helyi igényeket képesek magas szinten kiszolgálni. Az állam az erőforrások racionális elosztásával (anyagi és humánerőforrás) képes arra, hogy területileg lefedje

a szükségleteket és átcsoportosításokkal reagáljon a megváltozott igényekre. Ugyanakkor a civil szolgáltatók tudnak a legjobban megfelelni a helyi igényeknek, illetve ezek a szervezetek képesek a leggyorsabban reagálni a felmerülő szükségletekre.

„Tehát, hogy a helyi adottságok... a helyi közösségbe, a helyi körülményekbe való beágyazódás az nagyon erősen érezhető a civilek, pl. a civil szolgáltatók esetében. Illetve különösen olyan esetben, amikor mondjuk egy-egy szolgáltató kifejezetten ilyen szociális szolgáltatások ellátására jött létre, tehát, ahogy mondani szoktuk, nincs több lába, nem áll több lábon. Ott viszont, ott a jó oldalaként azt szoktam érzékelni, hogy nagyon koncentrált a tevékenység, tehát hogy nagyon erősen fókuszál az egész szervezet az adott szolgáltatásra, és arra, hogy azt magas színvonalon nyújtsa, ugyanakkor nagyon magas a kitettség is, a kiszolgáltatottsága is.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékoságügyi terület)

A gyermekotthon rendkívül jó kapcsolatokat épített ki az egészségügyi alap- és szakellátás intézményeivel. Ettől függetlenül jelentős szervezési nehézséget jelent, hogy a gyermekekre irányuló szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi ellátórendszer, a speciális ambulanciák rendkívül leterhelten működnek, ami jelentősen megnöveli a várakozási időt, és megnehezíti az intézményi feladatok szervezését is.

„Nagyon-nagyon jó az együttműködés, csak olyan mértékben leterheltek ezek a speciális ambulanciák, ezek a gondozók, hogy sajnos hiába vagyunk mi esetleg személy szerint jóban, ettől ugyanúgy az a helyzet, hogy 8-ra odamegy a gyerek, és fél 3-kor még nincs itthon. Tehát szívesen látnak bennünket, ellátják a gyereket, minden tudásukat és... hogy is mondjam csak... pozitív hozzáállásukat beleteszik, de ettől ez nekem egy olyan elképesztő szervezési nehézség és probléma marad még, hogy ez szinte hát kivitelezhetetlen.” (gyermekotthon-vezető)

A gyermekvédelmi gyámokkal történő együttműködés terén a gyermekotthon vezetője problémákat jelzett. Úgy gondolja, hogy több gyám van a rendszerben, mint amennyire szükség lenne. Ez azért is probléma, mert a feladataik elaprózódnak a gyámokkal történő kapcsolattartás során. Kiemelte azokat a problémákat is, amelyek a beteg gyermekek vagy a tanulási képességet vizsgáló szakértőkhöz kerülő gyermekek sorsát érintik. A problémát ebben a folyamatban abban látja, hogy ezekben a rendszerekben dolgozók már csak a gyermekvédelmi gyámokkal hajlandók szóba állni, és még csak ügyfélnek sem tekintik a gyermekotthon dolgozóit. Emiatt komoly plusz feladat, hogy az egyes vizsgálatok vagy beavatkozások alkalmával a gyámot odairányítsák a megfelelő helyre. Úgy véli, hogy a gyermekvédelmi gyámság intézményének bevezetése nem hozott könnyebbséget az ellátási folyamatokban, sőt olykor nehezíti azt. Elfogadhatatlannak tartja, hogy a gyermekért felelősséget kell vállalniuk, de az információkat nem kaphatják meg közvetlenül.

„A beteg gyerekek vagy a tanulási képességet vizsgáló szakértőhöz kerülő gyerekek... hogy is mondjam csak... a sorsát illetően pedig az a probléma, hogy a gyermekvédelmi gyámokon kívül senkivel nem hajlandóak most már szóba állni, és még csak ügyfélnek se vagyunk tekintve, és emiatt a vizsgálatokon vagy az egyes beavatkozásokon az még egy plusz szervezési feladatunk, hogy a gyámot is odairányítsuk. [...] Igen, tehát, hogy a gyerekellátás meg az összes minden az én dolgom, jogom, de pl. nem kapok felvilágosítást bármire is. Tehát, hogy azért az egy nonszensz, hogy a gyerekért felelős vagyok, de az információt meg nem kaphatom meg. Hát azért, hogy is mondjam csak... szóval ez érdekes.” (gyermekotthon-vezető)

A gyermekvédelmi gyámság rendszerével kapcsolatban a gyermekotthon vezetője, ha nem is a teljes gyermekvédelmi gyámság rendszerének, de az újragondolását javasolja annak, hogy az olyan különleges gyermekotthonoknak, amilyet ő is vezet, milyen jogkörökkel kellene rendelkezniük, és milyen információkhoz kellene hozzáférniük.

„Nem egyszerű a gyámoknak a feladata, tehát hogy itt egyik pillanatról a másikra olyan állapotba kerülnek gyerekek, hogy rohanniuk kell be a klinikára. És még, hogyha rendeződik az állapot, és mivel nem engedik haza, és átadják egy másik részlegre, oda is csak akkor veszik föl, hogyha a gyám odamegy és aláír, vagy külön [...] beszkenelve egy meghatalmazást eljuttat hozzánk, és mi akkor azt [továbbítjuk]. Tehát, hogy napi 3-4 óra egy ilyen esetben ezzel megy el. És a gyámságot nem is gondolnám újra, de azt, hogy nekünk milyen jogkörünk van, vagy milyen információkhoz jutunk hozzá, vagy mennyire vagyunk ügyfél, hát, ezen valamit igazítani kellene, mert ez így nincsen rendben.” (gyermekotthon-vezető)

Hasonló vélemény fogalmazódott meg más szakértők körében is: általános véleményként foglalták össze, hogy a gyermekvédelmi gyámság rendszerének bevezetése nagyon sokat rontott a nevelőszülők helyzetén, és olyan jogokat is elvett tőlük, amelyek „jó helyen voltak náluk”.

„Azt szoktam hallani, hogy az lehet, hogy van 1-2 olyan nevelőszülő, aki visszaélt a gyámi jogokkal, de

azért nem kellene megbüntetni az összes nevelőszülőt, aki nem él vele vissza, hanem akkor annak a nevelőszülőnek kell a sarkára lépni, aki visszaélt. Úgyhogy csak közvetíteni tudom, hogy akik nekem erről meséltek, mind azt mondták, hogy a gyermekvédelmi gyámot vissza kellene csinálni, és nincsen rá szükség. De itt azért teszek pontot, mert nem a saját tapasztalatom, hanem én is szereztem.” (egyetemi oktató)

Az együttműködések kapcsán felmerült, hogy a helyi szolgáltatók között nincs kapcsolat a nevelőszülőknél nevelkedő speciális helyzetű gyermekek ügyében. Az óvoda, az iskola, az orvos és az önkormányzat nem egyeztet, továbbá nincs fórum, ahol integráltan lehetne beszélni a speciális esetekről.

„Az általános tapasztalat volt, hogy a szolgáltatóknak – legyen az köznevelési, az iskola, óvoda, legyen az egészségügyi, az orvos, háziorvos, legyen az az önkormányzatnál a szociális ügyintéző, és így tovább – nincs nagyon kapcsolatuk egymással. Hogy is mondjam, nem működik egy ilyen szociális tanács [...] a településeken, ahol legalább havonta egyszer minden érintett szereplő arról beszélgetne, hogy milyen problémákkal küzd, és hogyan lehetne közösen megoldani azokat. Nincs kapcsolat.” (civil szervezet vezetője)

Hiányterületek, fejlesztési igények

A gyermekvédelemben dolgozó döntéshozó, közigazgatási szakember hívta fel a figyelmet arra, hogy a gyermekvédelmi rendszer intézményeiben elhelyezett gyermekek egy gyermekközpontú és gyermekvédelmi szemléletű ellátórendszerben élnek, viszont ez nem mondható el a szociális törvény hatálya alá tartozó ápolást-gondozást végző intézményekről, ahol lényegesen kevesebb a kiskorú, főleg a 6 éven aluli gyermekek száma. Bár ezekre a gyermekekre külön elhelyezési szabályok vonatkoznak, mégsem hasonlíthatók a gyermekvédelmi intézményekben biztosított feltételekhez. Példaként említette, hogy egy csecsemőotthoni csoport 8 férőhelyes lehet, de ha fogyatékos gyermekek is vannak közöttük, akkor 6 férőhelyesek. A hat gyermek közvetlen ellátásához ötfős személyzet kapcsolódik. A szociális intézményekben nem tudják biztosítani ezeket a feltételeket, és azokban lényegesen több ellátott jut egy alkalmazottra. Ezért nem azt javasolja, hogy minél kevesebb gyermek kerüljön a szociális ellátórendszerbe, hanem azt, hogy a szociális ápoló-gondozó intézményekben is szükséges megteremteni a gyermekközpontú feltételeket és szemléletet.

„Én inkább azt gondolom, hogy a szociális intézményekben kell megteremteni azokat az abszolút gyermekközpontú feltételeket meg azt a szemléletet, vagy annak a szemléletnek megfelelően az ottani tevékenységet kialakítani, ami a gyerekeknek hasznára válik. Ugyanis, hogyha azt mondanánk, hogy kerüljön inkább gyerekvédelmi intézménybe, akkor ez ugye azt eredményezné, hogy olyan családokból is nevelésbe kellene venni a gyereket – szünetelő szülői felügyelettel és egyebekkel –, ahol szó nincs arról, hogy a szülő bármilyen értelemben le akarna mondani a gyerekről vagy a gyerekekkel kapcsolatos felelősségről, hanem csak egyszerűen nem tudja otthon ellátni. Tehát énszerintem vagy az én véleményem szerint egyértelműen arra kellene törekedni, hogy akár olyan kisgyerekeknek van szüksége bentlakásos intézményre, akinek a családja egyszerűen nem tudja tovább vállalni a gondozását, akár olyan gyerek kerül be, akit még egyébként bántalmaztak vagy elhanyagoltak is a családban, egyformán gyermekközpontú, színvonalas ellátást kellene nyújtani a szociális intézményben.” (döntéshozó, közigazgatás, gyermekvédelmi terület)

Az ápoló-gondozó otthonok szerepéről hasonló véleményt fogalmazott meg az egyik civil szervezet vezetője is.

„Egyébként élnek nyilván ápoló-gondozó otthonokban gyermekkorúak, de ott a szülői kapcsolat, illetve a szülőnek a felügyeleti joga megtartott, tehát a gondozás miatt kerülnek oda a gyermekek. Szerintem az nem jó helye egy gyermek gondozásának.” (ellátásban részt vevő civil szervezet vezetője)

A fogyatékoságügyben dolgozó minisztériumi döntéshozó szakember fogalmazta meg, hogy szükséges lenne a felsőoktatásban a képzési programokat a fogyatékoságügy témájával is kiegészíteni.

„Tehát, hogy amikor szakemberhiányról beszélünk, akkor nem feltétlenül, akár így is fordíthatnám, hogy nem feltétlenül mennyiségi szakemberhiány, hanem ilyen értelemben minőségi szakemberhiány is tudna lenni. Hogy végeznek tulajdonképpen bizonyos végzettségű szakemberek, csak éppen a fogyatékoság-specifikus tudással nincsenek felruházva, és én azt tapasztalom, hogy nagyon nehézkes utólag [...] a szakemberrétegekre utólag ráültetni ezt a tudást. Sokkal jobb lenne, már eleve mondom pl. a felsőoktatási alapképzettség, vagy az alapképzésbe ezt beilleszteni.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékoságügyi terület)

A döntéshozó szakember ugyancsak problémaként említette a területi, térbeli egyenlőtlenségeket az ellátások és a szolgáltatásokhoz történő hozzáférés terén. Szerinte régiók között és egyetlen megyén belül

településtípusok szerint is jelentős ellátásbeli egyenlőtlenségek tapasztalhatók. A legfontosabb cél ebből a szempontból a területileg egyenletes lefedettség lenne.

„Egyrészt tehát, mondjuk [...] a Nyugat-Dunántúl és az Észak-Magyarország régió, bizonyos értelemben e két véglet említhető, de a régiókon belül is a településnagyság tekintetében is, meglehetősen nagy különbséget látunk. Tehát én azt tapasztalom, hogy még egy amúgy általánosságban fejlettnak mondott régió vagy megye esetében is a kistelepülések... hát meglehetősen gyéren vannak ellátva szociális szolgáltatásokkal. Éppen ezért irányul a legtöbb fejlesztésünk, ahol ezt mi, a mi eszközeinkkel meg a szociális ágazat irányából ezt meg tudjuk valósítani, a legtöbb fejlesztésünk afelé, hogy területileg egyenletes lefedettségű szolgáltatásokat hozzunk létre.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékoságügyi terület)

Állandó problémaként említette még az állami, az egyházi és a civil szféra finanszírozásbeli különbségeit. A jelentős eltérések a normatív támogatásokban több szempontból is problémákat okoznak. A szolgáltatási szférában folyamatos és jelentős belső feszültségeket teremt, elsősorban a civilek irányából, mert ők állnak a „finanszírozási sor végén”. Ugyanakkor a szolgáltatás működtetésére és minőségére vonatkozó elvárások minden fenntartó számára egységesek.

„Hát igen, és ugye különösen régen az alapvető szükséglet, hogy ugyanakkor meg a szolgáltatás működtetésére és minőségére vonatkozó elvárások viszont azonosak, tehát ugyanannak a jogszabályi környezetnek kell megfelelnie mindenkinek, csak hát, na igen, szóval úgy, így azt gondolom érthető.” (döntéshozó, közigazgatás, fogyatékoságügyi terület)

A képzésekkel kapcsolatban egy másik szakértői vélemény szerint a nevelőszülői képzés és a nevelőszülői tanácsadórendszer nem fókuszál kellően a fogyatékos gyermekekkel kapcsolatos tudásokra. De ha fókuszál is, azok nem a családi teendőkről szólnak, hanem a gyógypedagógiai fejlesztésekről. A szakértő véleménye szerint a nevelőszülők számára elsősorban a fogyatékos gyermekek nevelésével, családba integrálásával összefüggő tudásokat lenne szükséges tanítani, valamint a szociális támogatórendszer sajátosságait.

„A felsoroltak közül én a nevelőszülői hálózatban bíznék, viszont azt gondolom, hogy a nevelőszülőképzés, a nevelőszülői tanácsadórendszer nem fókuszál a fogyatékos gyerekekkel kapcsolatos tudásokra. Vagy ha igen, akkor nem a családi teendőkre, hanem a gyógypedagógiai fejlesztési teendőkre koncentrál, és ez szerintem nagy baj. Ez nem köznevelési, hanem gyermekvédelmi feladat, ezért a fogyatékos gyerekek nevelésével, családba integrálásával kapcsolatos tudásokat, illetve a szociális támogatórendszert kellene szerintem tanítani a nevelőszülőknek.” (egyetemi oktató)

A szakértő kiemelte, hogy a nevelőszülőnek nem lenne szabad gyógypedagógusi szerepbe kerülnie, és a saját gyermeke fejlesztőjévé válni, viszont a mostani rendszer ezt szinte rájuk kényszeríti.

„Tehát a nevelőszülő, az nem gyógypedagógus, és nem is kell, hogy gyógypedagógus legyen, azaz ő ne váljon a gyereke fejlesztőjévé. Tudja, hogy hova kell vinni, hogy hol kap fejlesztést, hogy milyen jogai vannak, hogy milyen szociális támogatásokat vehet igénybe, de ő ne legyen gyógypedagógus. Pont.” (egyetemi oktató)

További hiányosság, ami a nevelőszülői tanácsadók rendszerével kapcsolatban merült fel, hogy 1997 óta nem történt meg a fogyatékoságügy integrálása a gyermekvédelembe, ezért a nevelőszülői tanácsadók keveset tudnak a fogyatékoságügyről, és tanácsot sem tudnak adni a nevelőszülőknek.

„A nevelőszülő mellett pedig, ugye a rendszer másik eleme, mármint az ő képzésük mellett, a nevelőszülői tanácsadóknak a rendszere. Egyszerűen azt gondolom, hogy 97 óta pont 20 év telt el, de nem történt meg a fogyatékoságügynek az integrálása a gyermekvédelembe. Ezért a nevelőszülői tanácsadók nem sokat tudnak a fogyatékoságügyről, ezért tanácsot se tudnak adni a nevelőszülőknek.” (egyetemi oktató)

Ugyancsak a nevelőszülőkkel kapcsolatban vetette fel problémaként az egyik szakértő, hogy a rendszer nem tud számukra olyan támogatásokat biztosítani, amelyekkel saját magukat erősítik a tevékenységük végzése során felmerülő stresszel és pszichés terheléssel szemben.

„Borzasztóan nehéz egyszerre tartós ellátást nyújtani, hiszen annak a gyermeknek biztonságban kell éreznie magát a nevelőszülő mellett. És ugyanakkor átmeneti ellátást is nyújtanak, hiszen bármikor vagy a saját, vagy az örökbefogadói családba tovább fog kerülni ez a kisgyermek. Ezt a kettősséget egy ember saját magában csak akkor tudja föloldani, hogyha őneki folyamatos és nagyon intenzív pszichés támogatás áll a rendelkezésére, az esetmegbeszélő csoportokon, a szupervízió át a pszichológus elérhetőségéig. És azon túl, hogy nyilván konkrét nevelési tanácsokkal meg egyéb támogatásokkal legyen ott a nevelőszülői ta-

nácsadó mögöttem, ennek mindnek meg kellene lennie ahhoz, hogy a nevelőszülők jó egészségben neveljék a gyerekeket. Tehát meg tudják tartani a saját jó egészségüket, és akkor tudnak talán hazagondozni jól, akkor tudnak elválni a gyermekektől jól, akkor föl tudják dolgozni, meg tudják élni azt a gyászt, ami az egyik gyermeknek a családból való kikerülése jelent, úgy, hogy az a többi gyermek számára, akik viszont a családokban élnek továbbra is nevelt gyermekként, ez nem lesz tragédia. Szóval ez nagyon-nagyon jó lenne. [...] Nagyon sok ilyen típusú támogatásra lenne szükség, és én ebben viszont kifejezetten hiányosnak láttam a területet.” (civil szervezet vezetője)

Összegzés

Összegzésként elmondhatjuk, hogy a megkérdezett szakértők a nevelőszülői ellátást tartják a 0–6 éves speciális helyzetű gyermekek számára a legmegfelelőbb ellátási formának. Problémát jelent ugyanakkor, hogy a rendszerben a fogyatékoságügyről csak keveset tudnak, és keveset tanulnak a szakemberek.

Az elérhető alapszolgáltatások hiánya és az információhiány ugyanúgy érinti a vér szerinti szülőt és a nevelőszülőt: a speciális helyzetű gyermekek családban tartása, illetve nevelőszülői családba történő elhelyezése ugyanazokkal a problémákkal terhelt.

A szakemberek szociális ellátórendszeréről és a fogyatékoság-ügyről való tudása, pontosabban a tudás hiánya ugyanúgy tapasztalható a családsegítés, a gyermekjóléti alapellátás területén dolgozó szakembereknél, mint a gyermekvédelmi szakellátásban pl. a nevelőszülői tanácsadóknál.

A rendszer nem képes biztosítani a humán erőforrás-igényeket, sem az életkori különbségek, sem a gyermekek állapotához igazodóan.

Az intézmények felszereltségének színvonala is úgy tűnik, inkább azon múlik, hogy az intézmény vezetője mennyire képes külső forrásokat teremteni ehhez, semmint a fenntartón.

Az egyházi, de még inkább a civil szervezetek által működtetett támogatások képesek helyi szinten a legjobb célzottságot biztosítani, és a legrugalmasabban reagálni a felmerülő igényekre. A civil fenntartók a legrosszabbul finanszírozott szervezetek, és jelentősebb változások esetén ezek képesek a legkevésbé átcsoportosítani az erőforrásaikat.

A gyermekvédelmi gyámság rendszerével szemben komoly kritikákat fogalmaztak meg a szakemberek; problémásnak, sőt egyesek akár szükségtelennek is tartják.

A szakértők véleménye az ápolást-gondozást végző otthonokban elhelyezett fogyatékos gyermekek helyzetével kapcsolatban megoszlott. Az egyik álláspont szerint erre az elhelyezési típusra is szükség van, de gyermekközpontúbbá kellene tenni az ott biztosított ellátásokat és körülményeket, egyformán jó színvonalú ellátást kell biztosítani mindegyik intézménytípusban. A másik vélemény szerint viszont a gyermekeket nem lenne szabad ezekben az otthonokban elhelyezni, mert minden gyermeknek joga van a gyermekeknek fenntartott intézményrendszerben élni.

A szakemberek javaslatot tettek a felsőoktatási képzési profil módosítására is, mert szükségesnek tartják, hogy a fogyatékos ügy megjelenhessen a szakirányú képzésekben. A nevelőszülőknek szánt képzések egyes megkérdezett szakemberek szerint túlságosan gyógypedagógia központúak; ehelyett elsősorban a családi neveléssel és a szociális támogatórendszerrel kapcsolatos tudásokat tartanák sokkal megfelelőbbnek.

III.2. A CSOPORTOS INTERJÚK TAPASZTALATAI

A kutatás ezen szakaszában 5 csoportos interjú készült. A csoportos interjúk célja az volt, hogy a vizsgálati célcsoporttal foglalkozó nevelőszülői és intézményes ellátásban dolgozók színvonalasabb feladatellátásának biztosításához szükséges infrastrukturális feltételek, HR-kapacitások, hiányzó adekvát szakmai módszerek, fejlesztési igények feltérképezésére kerüljenek, és ezáltal beazonosíthassuk a hiányterületeket, a fejlesztési utakat.

A szakemberek kiválasztása szakértői mintavétellel valósult meg. Az egyes csoportokba állami és nem állami szereplők is meghívásra kerültek, valamint mindegyik csoportba – a nevelőszülői csoport kivételével – olyan gyermekvédelmi gyámot is meghívtunk, aki az adott típusú intézménybe jár. A nevelőszülői ellátás kapcsán 2 csoportos interjú készült: az egyik nevelőszülői hálózatokban dolgozókkal, a másik pedig magukkal a nevelőszülőkkel. Mindegyik csoport Debrecenben került megszervezésre. Ezekben az esetekben nem-

csak Hajdú-Bihar megyéből, hanem Borsod-Abaúj-Zemplén, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékből is hívtunk meg szakembereket. Az intézményes ellátások (ápolást-gondozást nyújtó intézmények, a 3 éven aluli gyermekek ellátását biztosító különleges gyermekotthonok, valamint az integrált intézmények) vonatkozásában pedig 3 csoportos interjú készült, és mindegyik Budapesten zajlott. A meghívottak köre a területi dimenziót tekintve széles; az ország különböző pontjairól érkeztek szakemberek.

A következőkben a nevelőszülői ellátáshoz tartozó interjúk tapasztalatai után az intézményes ellátások terén készült interjúk tanulságait ismertetjük azonos szempontok mentén, de külön kezelve az egyes intézményi típusokat. A vizsgálat szempontjai: az ellátórendszer sajátosságainak rövid bemutatása, az infrastrukturális és a HR-kapacitások elemzése, az elérhető szolgáltatások körének bemutatása, az együttműködések jellemzőinek vizsgálata, valamint a fejlesztési igények számbavétele. Mindegyik ellátáshoz tartozóan röviden összegezzük is a kapott eredményeket, amelyek a kutatás többi szakaszában született vizsgálati eredményekkel kirajzolják policy jellegű javaslatainkat.

Nevelőszülők és nevelőszülői hálózatok

Elsőként a nevelőszülői ellátásban érintett szakemberek véleményét ismertetjük.⁷ Az egyik interjúban hat nevelőszülői hálózat képviselője vett részt, a másik interjúban négy fő tapasztalt nevelőszülő. A hálózatok képviselőinek kiválasztása során arra törekedtünk, hogy az intézmények fenntartók szerint és földrajzi térségek szerint is képviseltessék magukat az Észak-Alföld régióból.

Infrastrukturális és HR-kapacitás

Intézményi oldalról a kapacitások vizsgálata jelentős eltéréseket mutat az állami és az egyházi fenntartású intézmények körében, ugyanakkor hasonló problémákat és hiányosságokat is jeleztek a képviselők. A beszélgetés során spontán módon került felszínre a két rendszer közötti különbség. Mindkét rendszer képviselői egyértelműen az egyházi fenntartású hálózatok jobb helyzetét emelték ki.

„Én azt látom, hogy más feltételekkel működnek az egyháziak, nagyon más feltételekkel. Nagyon jó lehet egy ilyen intézményben dolgozni, azt gondolom. Nem kell másból kiindulni: itt mondjuk a normatív a támogatás az ugye 1:7-es szorzó volt... 1:7 ugye anno?” (állami fenntartású hálózat vezetője)

A problémát az állami fenntartású hálózatok képviselői abban látják, hogy egyrészt az egyházi fenntartóknak az állam magasabb összegben finanszírozza a szolgáltatásait, a másik problémát pedig az ellátási kötelezettség terén említették. A résztvevők úgy érzékelik, hogy amennyiben az egyházi fenntartó nem tud az adott problémával megküzdeni, visszautalja az állami szolgáltatóhoz a gyermeket.

„[...] mindenesetre azt látjuk, hogy az állam több pénzt juttat az egyházi intézményeknek, szolgáltatóknak ugyanarra a feladatra, mint az állami szolgáltatóknak. És ami még ehhez hozzátartozik, és nekem egy ilyen sarkalatos és kényes pontom – és elnézést kérek, hogyha sok embert érzékenyen érint –, az az ellátási kötelezettség, ami megint csak az állami szolgáltatóknál jelenik meg elsődlegesen. És ez igazából ott jelenik meg problémaként, ezt mi nagyon jól tudjuk, hogyha a problémával szembesülnek, nagyon sok esetben az egyházi szolgáltató olyan problémával, amivel nem tud továbbmenni, akkor ugyanazt teszi, mint amit a szülő tesz, vagy a település tesz a gyerekekkel, akkor visszateszi az állami szolgáltatóhoz, aki koránt sincs jobb helyzetben a kevesebb támogatással, illetve a kevesebb ellátásra fordítható forrással. Nem beszélve arról, hogy a finanszírozást még tovább lehetne, mondjuk az egyháziaknál vinni, hát nyilván az egyház, amellet, hogy kap, ő is tesz ebbe bele, és tényleg minden forintot meg lehet nekik köszönni, amit beleforgatnak a szolgáltatásba. De hát ott más, sokkal kiforrottabb pl. az adománykezelésnek a technikája, tehát sokkal több lábon állnak, én azt gondolom gazdaságilag úgy, hogy emellett [...] az ellátási kötelezettség nincs mellé téve, ami nagyon-nagyon sarkalatos pontja, én azt gondolom, ennek az ellátási formának.” (állami fenntartású hálózat vezetője)

Az állami fenntartású hálózatok képviselői komoly szakemberhiányról számolnak be: elsősorban a pszichológusok, a fejlesztőpedagógusok hiányoznak az intézményes ellátási formából.

„Én papíron »jól állok«, mert 2, hát jelen pillanatban még 2 pszichológusom van 963 ellátottra, tehát lehet végiggondolni, [...] és ebből mindjárt látszik, hogy kb. mennyi idő jut a diagnosztizáláson kívül egyéb terápiás feladatok ellátására. De ez az állapot sem sokáig lesz így, mert június 1-jével az egyik pszichológus

⁷ A tanulmány ezen részében a nevelőszülői ellátásban érintettek álláspontjának bemutatásakor a vélemények árnyalása érdekében az egyes interjúrészleteknél jelezzük, hogy hálózatvezetőkkel vagy nevelőszülőkkel készült csoportos interjúból idézünk.

átkerül a szakszolgáltatáshoz, aki egyébként mellette a szakszolgáltatási feladatokba is besegített. Tehát mondhatnánk azt, hogy a munkájának a nagyobb részét az tette ki. A másik pszichológusunk, ő gyeden van második gyermekével, úgyhogy őt még várjuk vissza, illetve 1 kolléganő, aki átirányításon van a szakértői bizottságból, lát el nálam ad-hoc módon feladatot, tehát így élünk mi jelen pillanatban.” (állami fenntartású hálózat vezetője)

A pszichológusok hiánya az állami fenntartású szervezetekben mindenhol említett probléma, ami leginkább azért jelent nehézséget, mert a kevés számú pszichológusnak a rendszerben csupán a problémák feltárására van lehetősége, de a tényleges beavatkozásokra csak minimálisan.

„Pszichológus kellene nem egy, mert most úgy van pszichológusunk, hogy a szakszolgáltatnak az állományában van, de gyakorlatilag nálunk dolgozik, de ez sem így igaz, hanem az egész megyének dolgozik. Mert ha a görögkatolikus vagy a református nevelőszülői hálózatban, vagy intézményben valami probléma van, a gyámok ott észrevesznek valami problémát, akkor mint szakszolgálati pszichológus, ő vizsgálja. Tehát gyakorlatilag nálunk ilyen nagyon-nagyon tűzoltásra jut energiája, ez pedig csak a problémáknak a feltárása, tehát a diagnosztizálásra elegendő, illetve, hát rengeteg feladat, mert ugye ennek a 440 nevelőszülőnek a 3 évenkénti felülvizsgálata. Új képzéseknél az alkalmassági vizsgálat és még egyéb ilyen plusz dolgok, ezek annyira elveszik az energiát, hogy gyakorlatilag arra, amire kellene, hogy legyen egy nevelőszülői hálózatnak szakembere, ilyen kiegészítő szakembere, pl. pszichológus, hogy a gyerekekkel foglalkozzon, tehát a pszichés megsegítés vagy fejlesztés, vagy egyéb valami ilyen dolog, erre nincs semmi.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A megkérdezettek további szakemberigényeket is megfogalmaztak: elsősorban logopédusokra, konduktorokra, gyógypedagógusokra és mozgásterápiával foglalkozó szakemberekre lenne szükségük.

Az egyházi fenntartású szervezetek jóval stabilabb körülmények között, fenntarthatóbb és fejleszthetőbb rendszerben működnek.

„Logopédus... Nagyon nehéz keresni magát logopédust is, viszont azt, hogy hálózaton belül legyen egy logopédusunk, az azért úgy gondolom, hogy olyat nem is kérhetünk, mert nem valószínű, hogy olyanunk lesz. Annyi, hogy hálózaton belül pszichológusilag nagy jól állunk, mert »3 pszichológusunk« is van, magában a nevelőszülői hálózatba is terveznek, hogy legyen a nevelőszülőknek egy olyan pszichológus, aki foglalkozik az ott élő gyerekekkel. Úgyhogy reméljük, hogy hamarosan lesz is. Illetve tervezünk még egy anyaothont építeni, amiben már most megindultak az építkezések, úgyhogy reméljük, hogy lesz egy.” (egyházi fenntartású hálózat képviselője)

Az állami fenntartású szervezetek súlyos szakemberhiányokkal küzdenek, a foglalkoztatott szakemberek pedig folyamatos túlterheltségben dolgoznak.

„Hát én erre számoltam egyébként, hogy itt mindenki jobb helyzetben van, mint mi, országosan is ezt látom. 1200 gyerek van, 440 működő nevelőszülő, a szolgáltatói nyilvántartásban több van, de tehát aki foglalkoztatási jogviszonyban van, az 440 nevelőszülő, és azt hiszem, 1223 most a pontos létszám, és mindehhez 21 nevelőszülő tanácsadó, és ennyi.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

Az egyházi fenntartású szervezetek inkább elégedettségről, fejlődésről, jövőbeli tervekről számolnak be.

„Elég fiatal intézményünk van, ugyanis mi az állami részből szakadtunk ki, és úgy lettünk egyházi fenntartású intézmény. A válásunk 2013. december 31-én következett be, úgyhogy még fiatalok vagyunk, de folyamatosan fejlődünk, tehát nagyon jól alakul az intézményünk. Nevelőszülői hálózatot és 3 szakmai egységbe tömörülő lakásotthonokat működtetünk, jelenleg 1 igazgatónk, 1 szakmai vezetőnk van, és 1 lelki igazgató is segíti az intézmény működését. 12 tanácsadónk van. Jelenleg 196 nevelőszülőnk van, és a nevelőszülőknél lévő gyerekek száma az 559 fő, és hoztam is adatokat, hogy külön kikértem, hogy gyűjtsék már ki, hogy nekünk a 0–3 éves korig 56 gyerekünk van, illetve 0–6 éves korig, az 131 fő, aki az intézményünkben nevelkedik, és összesen 1 speciális szükségletű gyerekünk van.” (egyházi fenntartású szervezet képviselője)

Az egyházi szervezetek képviselői is megerősítették, hogy a nevelőszülők felé is több (elsősorban pénzügyi) támogatást tudnak biztosítani, mint az állami intézmények, mind a ruházkodás, mind az élelmiszer-támogatások, mind a háztartási gépek korszerűsítése terén.

A nagyobb állami intézmények adminisztrációs tevékenységet végző humán erőforrása kritikusan alacsony létszámú, amely nehezíti, olykor hátráltatja a nevelőszülők munkáját is, és túlterheltséget okoz az ezekben a munkakörökben foglalkoztatott munkavállalók körében. Minden gyermek helyzetének változása

esetében átlagon felüli mennyiségű adminisztrációs kötelezettség terheli a rendszert, amelyhez nem mindig biztosítottak a létszámfeltételek.

„És akkor még az a része is, tehát ami már nem annyira a szakma, de mégis, mert ezek, tehát a nevelőszülő akkor elégedett, hogyha ő megkap mindent, ami jár neki, és hogy ezt biztosítsuk, ez borzasztóan nehéz, mert ehhez a létszámhoz, a nevelőszülői létszámhoz nekem van 4 egyéb kisegítő személyzet. Tehát adminisztrátorok, tehát 1 gyermekvédelmi ügyintéző, 1 ilyen pénzügyes-szerű valami, 1 valaki, aki a személyügyi, de gyakorlatilag, akire a rendszerben a nevelőszülők bére... És ugye ez óriási [feladat], ez nem olyan, mint egy munkahely, ahol sok ember dolgozik, mert hiába dolgozik sok ember, nincs olyan nagy mozgás. Tehát ott időnként elmegy valaki, jön egy másik, valami átszervezés, ez, az, amaz, személyi változások történnek, de itt rendszeresen, mert minden egyes gyermekváltás a nevelőszülőnél adminisztratív munkát jelent. Bérben átszervezést, az ellátásban változásokat, rengeteg levelezés van, tehát ez óriási munka, tehát ennek is a nagy részét, tehát annak az adminisztratív munkának, amihez kellene személyzet, annak nagy részét a nevelőszülői tanácsadók végzik. Tehát ez egy kegyetlen [helyzet].” (állami fenntartású hálózat képviselője)

Az intézményekben az *infrastruktúra* kritikus állapotú: elavult gépparkról, silány bútorzatról és zsúfoltságról számoltak be a hálózatok vezetői, elsősorban az állami fenntartású intézményekben.

Az elérhető szolgáltatások köre, hiányterületek, fejlesztési igények

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a szolgáltatásokhoz történő hozzáférés terén rendkívül jelentősek a területi egyenlőtlenségek. Mindnyájan említették, hogy a *vidéki kistélepüléseken* élő gyermekek számára az ellátások nehezen igénybe vehetők, a távolságok nehezen leküzdhetők.

A gyermekek szükségleteinek megfelelő ellátást a legtöbb település nem tudja biztosítani.

„Ha ez a kutatás, hogyha ez hoz valami eredményt, az nagyon-nagyon jó lenne, és hogyha egy ilyen eredményt hoz, hogy kicsit komolyabban veszik ezt a dolgot az irányítás vagy a működtetés szempontjából, mert nagyon mostoha helyzetben van a szakellátás, hát én állítom, hogy minden területe. Bár én a [...] megyeit ismerem, és dolgoztam is benne 28 évig. Az intézményes szak, már a gyermekotthon, lakásotthonban... tehát mindkét oldalt elég jól ismerem. Nagyon-nagyon nehéz helyzetben van mindenki ebből a szempontból. Tehát, hogy a gyerek szükségleteinek megfelelő ellátást, megfelelő színvonalon biztosítsa, ezt én meggyőződéssel merem állítani, hogy ez nagyon-nagyon rossz helyzetben van.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

Mindnyájan egyetértettek abban, hogy fontos jogszabályi elvárás, hogy a nevelőszülők és a gyermekek helyben, a saját településükön tudják igénybe venni a pszichológusi, fejlesztőpedagógusi stb. segítséget. Ugyanakkor a rendszer feltételezi is, hogy ez így történik, hiszen a működtető felelőssége, hogy olyan településen élő nevelőszülőt válasszon, aki számára elérhetők az adott szükségletekkel rendelkező gyermekeknek szükséges ellátási formák. A gyakorlatban viszont ez nem mindig működik így, hiszen olykor arra kényszerülnek, hogy olyan, akár 500 főnél kisebb településen élő nevelőszülőkhöz helyezték a gyermekeket, ahol csupán egyetlen háziorvos szolgáltatásai vehetők igénybe, a szomszédos településeken pedig szintén nem érhetők el a szakellátások.

Azt is komoly gondként említették a szakemberek, hogy a jól működő, felkészült szakemberekkel rendelkező kórházakban, szakrendelőkben, szakszolgálatoknál nem szívesen látják a gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedő gyermekeket.

Az egyes megyék centrumtelepülésein érhetők el leginkább az ellátások helyben, a kisebb településeken ezeket nem lehet igénybe venni. Ugyancsak nehézség, hogy pl. Debrecen az egyetlen megyeszékhely a régióban, ahol minden ellátás biztosított, míg pl. Miskolcon csak az ambuláns gyermekpszichiátria, így a borsodi gyermekeknek egy másik megye ellátórendszerét kell igénybe venniük.

A 0–6 éves célcsoportba tartozó, speciális helyzetű gyermekek ellátására irányuló szolgáltatások nem a nevelőszülői hálózaton belül érhetők el: gyógytornára, gyógypedagógushoz és egyéb hasonló tevékenységekre „külön szokták elhordani őket”. A szakemberek fontosnak tartották kiemelni, hogy a fejlesztőpedagógusnak rendkívül nagy szerepe van a korai fejlesztésben, ezért lényeges lenne, hogy gyógypedagógiai végzettségük is legyen.

A megkérdezett szakemberek szerint a gyógytorna a speciális helyzetű gyermekek életében rendkívüli jelentőségű, ugyanakkor nem biztosított a kellő szakértelemmel kísért és a kellő mennyiségű lehetőség ennek igénybevételére. Mindezek következtében a nevelőszülők gyakran otthon, a saját tudásuknak megfelelően próbálják a gyógytornát biztosítani a gyermekek számára, laikusan, sokszor a megfelelő eszközök nélkül.

„A gyógytorna biztosított, de úgy, hogy havonta egyszer eljut, és akkor gyakorolják otthon, tehát hogy ez a semminél jobb, de kell hozzá, tehát hogyha lelkiismeretesen végzik, akkor mindenképpen beindít egy fejlődést, de hogy ennél azért több kéne, meg nyilván jó lenne, hogyha olyan eszközökkel, olyan speciális eszközökkel rendelkeznének otthon.” (egyházi hálózat képviselője)

A településeken el nem érhető szolgáltatások biztosítása ugyanakkor óriási kényszer a gyermekek számára, s emiatt a nevelőszülők több esetben kényszermegoldásokat választanak.

„Nálunk ennél a 2 éves kislánynál, mert ugye, hogy mi elkezdtuk a Dévény-tornát, ki is írják a gyerekek a Dévény-tornát, de csak Debrecen csinálja. Most én Berettyóújfaluból jövök, ugye 36 km, nekem hetente háromszor kellett volna behozni a gyereket. És mikor én közöltem, hogy nekem bocsika, még kettő csecsemőm van mellette, tehát nekem ez fizikai képtelenség lesz, hogy én ezt a gyereket hetente háromszor behozom tornára. Tanítsák meg nekem a tornasort, és én ezt otthon csinálom vele. Azt mondták, hogy ehhez szakember kell, én ehhez nem értek. Mondtam, köszi, akkor mi ezt kihagyjuk. És lám-lám, elég hozzá a nevelőszülő, megtanulja a Dévény-tornának azt a típusát, amire nekünk szükségünk volt, és otthon lehetett végezni. Utána kihívtuk a szakembert, ugye szegény Dévény Anna néni, hogy Anna néni, nézze meg, ezt csináltuk a gyerekekkel, ide jutottunk, és azt mondta, hogy tökéletes. Miért kell akkor nekem utazni 70 km-t ugye oda-vissza, sőt többet, mert városon belül többbe kerül, vagy több az út, hogy ugyanezt a tornát én megtanítsam a gyerekekkel. Tehát több olyan fejlesztés, amit én szeretnék a gyerekeknek, az pl. B-ban nem elérhető. Ami ott van nevelési tanácsadó, tisztelem, becsülöm őket, fejlesztőpedagógusok 5 iskola van B-ban, rengeteg a rászoruló gyerek, de azért nézzék már, hogy azon felül más is lenne.” (nevelőszülő)

A megkérdezett szakemberek kiemelték, hogy a 0–6 éves speciális helyzetű korosztálynak terápiás szolgáltatásokat kizárólag a gyermekotthonokban dolgozó fejlesztőpedagógusok tudnak biztosítani, de a nevelőszülői hálózatok nem, ezért javasoltak egy olyan megoldást, hogy lehessen létrehozni egy ún. szakmai irodát, amelyet a hálózatok tartanának fenn; tudnának pályázni eszközökre és a helyben lakó nevelőszülők oda vihetnék a gyermekeket fejlesztésekre.

„Majd hogy nem azt tudom mondani, hogy egyéni terápiát, terápiás szolgáltatásfejlesztést maximum a lakás-gyermekotthonokban dolgozó fejlesztőpedagógusok tudnak biztosítani, de igazából a hálózatban, mert hogy most ugye ez a fő témánk. [...] Egy-egy ilyen extrém esetben vállalja be a kolléga, millió más teendője mellett. De nyilván ez annyira csepp a tengerben kategória.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A nevelőszülőkkel készült interjúkban igényként fogalmazódott meg az a szakértői javaslat, hogy egy rövid időn belül reagálni képes szolgáltatási formát kellene kialakítani a hálózaton belül, amelyben a nevelőszülők a szükséges fejlesztéseket rögtön igénybe tudnák venni a gyermekek számára, akár főállású, akár megbízással foglalkoztatott fejlesztő szakemberek segítségével.

„Nálunk az a legnagyobb probléma, hogy ugye ez a koraszülött kisbaba, mivel 900 g-mal született. Fejlesztő gyógytornára, illetve korai fejlesztésre csak akkor jogosult a gyerek ugye, ha megkapja innen D-ből a szakvéleményt, hogy igenis jogosult a gyerek korai fejlesztésre. De mivel nálunk, a nevelési tanácsadóban, a fejlesztőpedagógusok annyira le vannak terhelve, ugye eleve a környező iskolákból a rengeteg diszlexiás, diszgráfiás, logopédus-problémás gyerekek, igazán egyből nem indítható be. Na most ahhoz, hogy én sikert érjek el, nekem viszont azonnal kell a segítség, és én azt hiányolom talán, hogy mivel a mi hálózatunkban nagyon sok a mozgáskoordinációs, tanulási nehézséggel küzdő gyerek, akinek igenis kellene a fejlesztés, nincs olyan szakember a TGYSZ-en belül, aki ezt a nevelőszülőknek tudná biztosítani. Tehát nem azt kérjük mi, hogy legyen egy fixen alkalmazott státuszban lévő gyógypedagógus meg gyógytornász vagy valaki.” (nevelőszülő)

A szakemberek szerint a legfontosabb cél az lenne, ha a hálózat is el tudná juttatni az ügyfeleihez a megfelelő szolgáltatásokat. Elismerték, hogy a nevelőszülőknek rendkívül nehéz a helyzetük, amikor rendszeresen a központba kell vinniük a gyermekeket fejlesztésekre, mert egyrészt nehezen lehet megoldani, hogy a fejlesztő szakembernek éppen legyen szabad kapacitása, másrészt az elérhető terápiás foglalkozások nem elégségesek.

„[...] igazából az lenne a szerencsés, hogyha tényleg mi is el tudnánk magát a szolgáltatást juttatni az ügyfélhez, klienshez, gyermekhez. Az is borzasztó nehéz, hogy őket behordani a központba, amikor éppen van szabad kapacitás, és a kolléganő tud érdemben velük foglalkozni. De sokszor ezek a terápiás foglalkozások sem... tehát a kollégák bevallása szerint sem elégségesek, tehát nem tud annyi időt szánni, nem tudja végigkísérni a gyerekeknek az életét ez a dolog, legalábbis addig a szakaszig, amíg valamilyen érdemi előrelépés

lenne itt a terápia kapcsán. Kifutnak a terápiák, és gyakorlatilag előbb-utóbb ugyanezekkel a problémákkal, ugyanannál a gyermeknél szembesülünk.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A nem elégséges terápiás foglalkozások kapcsán hangsúlyozták, hogy hasonlóan a többi fejlesztéshez, a korai fejlesztésekkel kapcsolatban is az a legnagyobb probléma, hogy nagyon sok településen vagy annak környezetében nincs megfelelő számú szakember, olykor pedig egyetlen szakember sincs.

„Nálunk jellemzően ugye ez külsős intézmények igénybevételével kellene megint csak jogszabály szerint, hogy megvalósuljanak az ilyen irányú fejlesztések, a korai fejlesztése a gyermekeknek, de jellemzően hasonló problémákkal küzdenek, tehát nagyon sok település környékén sincsen megfelelő számú szakember, egyáltalán nincsen szakember. Tehát konkrétan ennyit erről, ennyit, amit így el lehet mondani. Mi ott gyakorlatilag nem tudunk terápiát vagy fejlesztést biztosítani a hálózaton belül, pedig nagyon nagy szükség lenne rá.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A nevelőszülők ehhez még hozzátették, hogy számukra fontos lenne a pontos tájékoztatás az igénybe vehető szolgáltatásokról, a gyermekek állapotához kapcsolódó juttatásokról és lehetőségekről, de ezeket nem az igényeiknek megfelelően kapják meg.

„Hát inkább, hogyha mi magunk kutakodunk. Magunk kutakodunk, akár az interneten vagy bárhol megkeressük, hogy most esetleg ez járna nekünk. A parkolókártyára vissza, nekünk sem volt sokáig, és akkor az egyik rendes szülő, rendes szülő már saját gyereket nevelő szülő mondta nekem, mert ismerősök voltunk, hogy tudod, hogy neked is jár, menjél, járjál utána, és akkor így kaptuk meg.” (nevelőszülő)

„De hogy ezek a szakemberek, mondjuk, miért nem tudják, ahova tartozik ez, hogy asszonyom, magának a gyereke ilyen beteg, és jogosult erre. Tehát miért nem közlik velünk, miért nekünk kell ezt még plusz[ban elvégeznünk]?” (nevelőszülő)

A szakemberek további nehézségként említették a szervezési nehézségeket. A leterhelt szakemberek olykor hétvégén fogadják a lakásotthonokban a nevelőszülői hálózat gyermekeit, hogy elvégezhessék pl. a pszichológiai vizsgálatokat. Ugyanakkor szakmai problémaként említették, és a hátrányos megkülönböztetés egyik példjaként írták le, hogy a szakpszichológusok a gyermekeket nagyon rövid időn belül átirányítják a gyermekpszichiáterhez, és ennek legtöbbször nem a gyermekek állapota az oka, hanem az, hogy a szakpszichológus a leterheltsége miatt a továbbiakban nem tud foglalkozni velük. Vagyis a problémát nem tárja fel és nem oldja meg, hanem pszichiátriai ellátásba utalja az érintett gyermekeket. Ezt azért tartják problémásnak a szakemberek, mert ennek következményeként előbb-utóbb kórházba kerülnek a gyermekek, gyógyszereket kapnak, miközben a problémáik okait nem tárják fel. Szerintük a hátrányos megkülönböztetés ebben az esetben többszörösen érvényesül, mert a vér szerinti családjában nevelkedő gyermekek helyzetét másként bírálják el, és nem kerülhetnének ilyen körülmények között a klinikai ellátórendszerbe. Ezért is hangsúlyozták, hogy nagyon fontos lenne a szakembergárda fejlesztése és több gyógypedagógus alkalmazása a rendszerben.

„Úgyhogy nagyon örülnénk neki, ha a szakembergárda az fejlődne, több gyógypedagógus lenne, aki ilyen helyekre szeretne jönni dolgozni, mert hogyha meg van hirdetve 1-2 állás, és tudja, hogy lakásotthonba várják, akkor lehet, hogy vár egy másik állásajánlatra, mert nem szívesen fogadja el. De szeretnénk, hogyha lenne egyre több, és mi is többet tudnánk majd alkalmazni.” (egyházi fenntartású hálózat képviselője)

A megkérdezett szakemberek felhívták a figyelmet arra, hogy a 0–6 éves korosztályú súlyos vagy halmozottan fogyatékos, tartós beteg gyermekek kihelyezése a családokhoz olykor speciális nehézségekbe ütközik. Egyrészt a mozgáskorlátozott gyermekek számára szükséges szolgáltatások elérésében a hálózatok nem tudnak segíteni, a nevelőszülők pedig nem vállalják pl. azt a terhet, hogy hétfőn reggel elviszik, pénteken elmennek a gyermekért, majd vasárnap megint visszaviszik az adott intézménybe. Ezért az ilyen problémával rendelkező gyermekek kihelyezését a nevelőszülők nem vállalják.

További speciális problémaként említették a megkérdezettek, hogy a kihelyezések jelentős része ideiglenes hatályú beutalással történik. Ez azért jelent nehézséget, mert a gyermekekről csak minimális információ áll rendelkezésre, amelynek az a következménye, hogy az időközben felszínre kerülő információk miatt a gondozási hely módosításainak száma nagyon magas.

„És visszatérve itt egyáltalán a beutalásnak a körülményei, a bekerülése a gyerekeknek annyira sok problémakört hordoz magában, annyira információhiányos, sok esetben még akkor is, hogyha évekig gondozta az alapellátás az adott gyermeket. Hogy egyszerűen nagyon nehéz, majdnem azt mondtam, hogy baromira nehéz, de kimondom, baromira nehéz elhelyezni adekvát férőhelyen, különösen a 0–6 éves korosztályt,

amikor szinte minimális vagy semmilyen orvosi előzmény, semmilyen érdemi információ nincs, és közben derülnek ki a gyermekről dolgok, hogy bizony baj van, és emiatt ugye nem fogja tudni biztosítani. [...] ... nagyon sok a gondozásihely-módosítás, hogy a gondozási hely megváltozik. Ennek nagyon-nagyon sok oka van, és nem feltétlen lehet ezt minden esetben a nevelőszülőnek az alkalmatlanságára, alacsony toleranciaszintjére visszavezetni. Sokkal inkább azt gondolom, hogy mi nem tudunk mögé megfelelő segítséget nyújtani, nem tudunk megfelelően mögé állni ahhoz, hogy azokkal a problémákkal, amivel a gyermek nevelése során szembesül a nevelőszülő, érdemben tudjon megbirkózni. Tehát konkrétan nem tudjuk pontosan azokat a terápiás, azokat a pszichés vagy pszichológiai megsegítéseket mögé tenni. [...] Hogyan gondoljuk mi ezt, mondjuk egy speciális nevelőszülőség esetében?” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A másik tipikus probléma a kihelyezések során a férőhelyek hiánya, ami nem minden esetben teszi lehetővé, hogy a gyermekek a legoptimálisabb helyre kerülhessenek.

„A másik probléma, hogy az ellátási kötelezettség, amit mi, államiak nagyon jól tudunk, és a férőhelyek hiánya az nem mindig teszi lehetővé, hogy a legoptimálisabb férőhelyre tudjuk tenni. Maga ez a nevelőszülő, melyik jobb, melyik nem jobb, én azt gondolom, hogy de ez csak az én véleményem, hogy így van.” (állami fenntartású hálózat képviselője)

A nevelőszülők irányából a kihelyezésekkel a 0–6 éves korosztály körében a legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy sok esetben nem kapnak, vagy a gyermek fiatal életkora miatt nem tudnak pontos tájékoztatást kapni az egészségi állapotáról. Ez több szempontból is problémás: egyrészt mert így nem tudják eldönteni, hogy képesek lesznek-e a befogadott gyermek gondozására, másrészt azok a nevelőszülők, akik nem egészséges gyermeket nem szeretnének befogadni, komoly krízisbe kerülnek, amint fokozatosan kiderülnek a gyermek egészségügyi problémái.

„Énnekem ez külön kérésem volt mindig, hogy én köszönöm, beteg gyereket nem kérek, és mindig megkaptam. Makkegészséges a gyerek... és utána kiderülnek mindig a dolgok. Tehát kaptam egy makkegészséges kisfiút, aki utána hiperaktív autista volt. Arabellát is úgy kaptam, hogy makkegészséges. 6 hetesen visszajöttek ezek a szűrővizsgálatok, hogy nem tbc-s, hazavittem, és onnantól kiderült, hogy nincs hüvelyi bemeneti nyílása, de az rendeződött, meg hát ezek a különböző mozgásos problémák. Tehát ezt az én 3 saját gyerekem mellett nem akartam bevállalni, hogy én úgymond egy otthon végezhető munkát szerettem volna, nem azt, hogy én bejárok Ny-ra saját kocsival heti 4 alkalommal. Tehát ez szörnyű. Meg volt olyan, hogy hazavittem, egészséges, és akkor otthon olvasom a zárón, hogy Úristen, kamrai sövényhiánya van meg remegett keze-lába, meg volt ez a lemenőnap-tünet.” (nevelőszülő)

Együttműködések

A nevelőszülőket megkérdeztük a gyermekvédelmi gyámok munkájáról és a gyámokkal történő együttműködésről. Mindnyájan egyetértettek abban, hogy ez a rendszer így nem jó, függetlenül attól, hogy szimpatikus vagy kevésbé szimpatikus volt számukra a családjukban elhelyezett gyermek gyámja. Az egyik központi érv a gyermekvédelmi gyámok ellen a fiatal koruk volt, mert olyan „huszonpár éves” fiatalok, akik tapasztalatlanok, ráadásul a nevelőszülők szerint nincsenek jól tájékoztatva a számukra biztosítható járandóságokkal kapcsolatban sem, így sok esetben nem tudnak tanácsot adni nekik.

„Biztos is. És huszonévesek a gyámok, 23, 24, 25. Tehát gyakorlatilag kikerültek a padból, az iskolából, akárhonnan. [...] Nem bántom őket, távol áll tőlem, mert nekik is ez a munkájuk. Nincs tapasztalatuk, de meg lehet velük beszélni, most nem is erről van szó, hogy nem, meg is értik azt, mikor én úgy reálsan elmondom a dolgokat, de sok esetben van az, hogy a gyerek érzi azt, hogy hú, most a gyámom az megengedi, a szülő meg behúzza a féket, [...] és kihasználják, nagyon kihasználják.” (nevelőszülő)

A gyermekvédelmi gyámoknak érzékelhetően nincs szakmai tekintélyük a nevelőszülők körében. Leginkább a korlátaikat és a lassabb intézkedési lehetőségeket érzik.

„Amit rutinból tenne az ember, nem tehetem meg, hanem ide telefon, oda telefon, de nem érem el, értekezlet... Több napba kerül, mire valamit el tudsz intézni, és akkor mi, ott tudtuk a dolgunkat, nyilván szóltunk, mert volt gyámi gondozónk, aki összefogta a dolgokat, de tehattuk a dolgunkat.” (nevelőszülő)

„Nagyon aranyosak, nagyon kedvesek, nagyon együttműködőek, de mikor még mi voltunk a gyámok, meg volt adva a lehetőség, de nem azzal van a probléma ugye, hogy ingyen ugye... Elvették a gyámságot a nevelőszülőktől, és nem jár egy-két dolog. Van 12 nap szabadságunk 1 évben, kőkeményen, tehát ezt is

sérelmezzük. Tehát az, hogy míg mi csináltuk, tettük a dolgainkat, és most gyakorlatilag be vagyunk gátolva.” (nevelőszülő)

A nevelőszülők további problémaként említették, hogy bár az ő feladatuk a gyermekek nevelése, a gyermekvédelmi gyámok ebbe is beleszólnak. Ezt erős korlátozásként élik meg, ahogyan az alábbi példa is mutatja.

„És nagyon-nagyon sok esetben azt tapasztalom, tehát én most hozom a kolléganőket meg a kollégáknak a véleményét is, hogy beleszólnak olyan nevelési dolgokba. A gyámok? Így van is, amikről ők nem [tudnak, mert] nincsenek a gyerekekkel, és nem érzékelik azt, de pl. egy olyan, nagyon durva dolgot fogok mondani, hogy a gyerek a Facebookot mondjuk, nem rendeltetésszerűen használja. Én ezt látom, hogy mit csinál, látom, hogy milyen oldalra megy föl, és hogy én akkor kiszabom azt, hogy jó, most akkor leteszed a telefonodat, és akkor gondolkozzunk el, beszéljessünk el róla. Nem, a gyerekek ehhez joga van. Tehát nem, nem. Tehát, hogyha én nevelem a gyereket, akkor én egy mintát adok neki, akkor én azt szeretném, hogy abból a gyerekből a társadalomnak hasznos tagja legyen, akkor nyilván nem engedem azt, hogy olyan dolgokat csináljon. Levéltitokként kezelik a Facebookját. Nem, én minden gyereknél látni akarom, hogy mit csinál. Tehát én már mondták, hogy kontrollmániás vagyok, sajnálom, nem érdekel, 8 gyereket nem lehet más-képp kordában tartani. De sok esetben olyan dolgokba szólnak bele, ami, ami nem, nem...” (nevelőszülő)

Hasonló sérelmezett eseteket soroltak az iskolaváltás esetén, a szabályok felállítás terén és a zsebpénz kapcsán. Egyértelműen megfogalmazták, hogy szülői szerepeikben érzik magukat korlátozva, amikor nem dönthetnek, és a gyermekvédelmi gyám a gyermek akaratát érvényesíti a nevelőszülőével szemben.

„Csak sok szempontból tehát korlátoznak bennünket, hogy nem szabad így, nem szabad úgy, nem szabad amúgy, de mondom, főként olyan szakemberek, hogy csak fényképről látnak gyereket. Mert ha én pl. odaadnám az én nevelt gyerekeket, egy félóra múlva azt mondaná, hogy köszönöm szépen, az életben még egyszer gyereket látni sem akarok.” (nevelőszülő)

Összegzés

Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a nevelőszülői hálózatok működését jelentősen befolyásolja, hogy állami vagy egyházi fenntartásúak-e. Szakemberhiány mindkét rendszerben tapasztalható, de a megkérdezett képviselők inkább az állami fenntartású intézményeken belül jeleztek rendkívül súlyos helyzeteket. Kritikus szintű szakemberhiányról számoltak be: pszichológusok, gyógytornászok, gyógypedagógusok, fejlesztőpedagógusok, logopédusok, konduktorok, mozgásterapeuták hiányoznak az ellátórendszerből, ez pedig jelentősen befolyásolja a 0–6 éves célcsoportba tartozó, speciális helyzetű gyermekek ellátásának színvonalát.

Ugyancsak nehezíti a magas szintű szakmai munkát az adminisztrációs munkatársak alacsony száma és túlterheltsége. Az interjúalanyok elmondása szerint a gyermekek helyzetében bekövetkezett gyakori változások rendkívül nagy adminisztrációs terhekkel járnak, amelynek következtében a meglévő foglalkoztatotti létszám a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, az információnyújtást és a tájékoztatást csak az elvártnál alacsonyabb hatékonysággal és színvonalon képes végezni.

Ugyancsak problémás, hogy az ellátásban (mind az alapellátásban, mind a gyermekvédelmi szakellátásban) dolgozó fejlesztő szakemberek rendkívül leterheltek, így a nevelőszülőknél elhelyezett gyermekek ellátására gyakran csupán minimális energia jut. A nevelőszülői ellátásban a gyógypedagógus/fejlesztőpedagógus, valamint a pszichológus nem szerepel a kötelezően biztosítandó szakmai létszámban, ezért – különösen az állami fenntartók esetében – a nevelőszülői hálózat mellé nincs ilyen szakember rendelve. Így a szakszolgálatnál vagy a gyermekotthoni rendszerben dolgozó segítő szakembereknél próbálják szolgáltatáshoz juttatni a nevelőszülőnél élő gyermekeket, de a kapacitások nem elegendőek. Ugyanez igaz az alapellátásra, a nevelési tanácsadókra is, ahol szintén súlyos kapacitáshiány tapasztalható.

A nevelőszülői hálózaton belül rendkívül hiányoznak a gyógypedagógiai végzettségű szakemberek, illetve rendkívül fontos szükségletként említették a résztvevők, hogy fontos lenne, ha a nevelőszülői hálózaton belül is elérhetők lehetnének bizonyos fejlesztő – elsősorban mozgásterápiás, gyógytornász – szolgáltatások, amelyek jelentősen megkönnyítenék a nevelőszülők helyzetét is. Ez annál is inkább fontos lenne, mert így el lehetne kerülni, hogy a nevelőszülők kényszerből saját maguk alkalmazzanak olyan, elsősorban mozgásfejlesztő terápiákat, melyeket csak szakemberek végezhetnének.

Jelentős probléma, hogy a gyermekek túl könnyen kerülnek gyermekpszichiátriai ellátásba, és kapnak

ezzel együtt gyógyszeres kezeléseket a hiányzó szakpszichológusi ellátás és a rendszerben dolgozók leterheltsége miatt.

A gyermekvédelmi szakellátásba ideiglenes hatályú elhelyezéssel bekerülő 0–6 éves gyermekek esetében nehézséget jelent, hogy a rendszer nem képes az egészségi állapotukról pontos diagnózist adni a nevelőszülők számára, ezért gyakran előfordul, hogy a nevelőszülők csak a későbbiekben szembesülnek azokkal a nehézségekkel, amelyek egy beteg gyermek gondozásával járnak. Ez gyakran ahhoz vezet, hogy a továbbiakban nem vállalják a gyermek gondozását, ami a gyermek gondozási helyének megváltoztatását eredményezi.

A 0–6 éves speciális helyzetű gyermekeket befogadó nevelőszülőknek jó a kapcsolatuk a gyermekvédelmi gyámokkal, de gyakran nem tekintik kompetensnek a személyüket, illetve egyöntetűen nem jól működőnek jellemezték a rendszert, ami lassítja, hátráltatja a munkájukat, olykor pedig a szülői munkájuk korlátozása-ként élik meg a gyermekvédelmi gyámok beavatkozásait.

A speciális helyzetű gyermekeket befogadó nevelőszülők jóval több figyelmet, több képzést, tájékoztatást és személyes felkészítést igényelnének, emellett a motivációjukat erősíteni, a félelmeiket pedig kezelni kellene ahhoz, hogy a segítségükkel az ilyen helyzetű gyermekek biztonsággal nevelkedhessenek.

3 éven aluli gyermekeket ellátó különleges gyermekotthonok

Az ellátórendszer jellegzetességei

A fókuszcsoporthoz tartozó hét intézmény vezető képviselője vett részt az ország különböző régióiban működő gyermekotthonokból, amelyek méretükben és szervezeti felépítésükben is sok különbözőséget mutatnak. Jellemzően kisebb létszámban fogadnak különleges ellátási igényű gyermekeket, többségében 8–17 fős kapacitással dolgoznak. Két nagyobb intézmény is képviselte magát, ezeknél (az összes ellátási formát tekintve) 40, illetve 70 fölötti fő befogadására van lehetőség. Az ellátás az esetek többségében anya és gyermek együttes elhelyezésével történik; itt az infrastrukturális körülmények színvonalában vannak számottevő eltérések: van, ahol egy-egy családnak szinte teljesen különálló élettér áll a rendelkezésére, máshol inkább kollégiumszerű az elhelyezés, így a főzés és a tisztálkodás közös használatú helyiségekben történik. Az ellátott gyermekek életkorát tekintve is nagy a szórás: egyes gyermekotthonokban csak a 0–3 éves korosztályt fogadják (tartós betegség vagy fogyatékoság esetén 0–6 éves korig), máshol az ellátás kiegészül lakásotthoni csoporttal, ahol akár 24 éves korú, utógondozói ellátásban részesülő ellátottak is lehetnek.

A különleges ellátást nyújtó otthonokba való bekerülés oka a megkérdezett szakemberek szerint alapvetően két nagyobb csoportba osztható. Egy jelentős hányadot képviselnek azok az esetek, amikor a gyermek alacsony életkora teszi szükségessé a különleges ellátást, a másik nagyobb csoportba pedig a születési alapbetegséggel élő, vagy a korai gyermekévekben diagnosztizált tartós betegséggel vagy értelmi fogyatékos-sággal élő gyermekek tartoznak. Ezeken belül azonosítható néhány tendencia, melyek a válaszadó intézmények többségére jellemzőek, és természetesen a konkrét esetek szintjén a legváltozatosabb átfedések és variációk figyelhetők meg.

A nevelőszülői hálózathoz való visszaáramlás az egyik az azonosítható tendenciák közül, de kivételként itt is volt olyan intézmény, ahol a régiós rendszer gyakorlatának köszönhetően a nevelőszülőktől bekerülők aránya elenyésző.

„Már hozzánk így, hogy nevelőszülőktől kerül be problémás gyerek, ez nagyon-nagyon ritka. [...] Nálunk úgy oldják meg a megyében, hogy másik nevelőszülőt keresnek, aki elfogadóbb, fel tudja vállalni a betegségével vagy egyéb bármilyen problémájával együtt.”

A legtöbb intézményben azonban jellemző bekerülési ok, hogy a nevelőszülő a gyermek súlyos egészségügyi problémája vagy fogyatékosága miatt nem tudja vállalni az ellátását. A válaszadók szerint ennek a jelenségnek egyik oka lehet, hogy a csecsemőként nevelésbe vett gyermekeknél sokszor csak később válik egyértelművé a fogyatékoság vagy a tartós betegség, illetve az azzal járó többletmunka mértéke és jellege. Ilyenkor a nevelőszülő akár csak évek elteltével szembesül azzal, hogy adott esetben erejét meghaladó feladattal áll szemben.

A másik tendencia a vér szerinti családból bekerülő gyermekek esetében érhető tetten, ami leginkább az anyagi helyzet és a betegséggel, fogyatékosággal járó feladatok összefüggésével írható le. Ahogy az

egyik interjúalany rámutatott, a rossz anyagi helyzetben lévő családoknál jellemzően később derül ki, hogy a gyermek a fejlődés valamely területén elmaradt, és ezzel együtt a szükséges fejlesztések sem történnek meg időben.

„[...] ha nem tudják orvoshoz vinni, nem tudják megfelelően az étkezését, a táplálását biztosítani, ezek az anyagi okok, problémák és a betegség, ez azért szorosan összefügg egymással, és ez már a [...] gyermeknek a nem megfelelő gondozását eredményezheti.”

Más megközelítésben az mondható, hogy a rossz anyagi körülmények, az életvezetési problémák, illetve az ezekkel gyakran együtt járó elhanyagolás egy fejlesztésre szoruló, tartós beteg vagy fogyatékos gyermek esetében hatványozottan nagyobb károkat okozhat. Ahogy az egyik megkérdezett egy konkrét eseten keresztül bemutatta, jellemző bekerülési előzmény, hogy a szintén értelmi sérült szülők fogyatékos gyermekei nemhogy fejlesztősegítséget nem kaptak, de az iskolarendszerbe sem léptek be időben. A példában szereplő tízéves testvérpár a rendszerbe kerüléskor jelentős hátránnyal volt kénytelen szembe nézni. Ez felveti azt a kérdést, hogy a gyermekjóléti alapellátás, illetve az egészségügyi alapellátás szakemberei milyen módon segítették a családot. A másik gyakori tapasztalat, hogy a gyermek megfelelő ellátása, adott esetben korai fejlesztése még akkor is akadályokba ütközik, ha a fejlődésben való elmaradásra időben fény derül. A szakemberek tapasztalatai szerint a szülők nagyon nehezen fogadják el, ha a szakember azzal szembesíti őket, hogy a gyermekük a szokásostól eltérő nevelést, külön segítséget igényel.

Infrastrukturális és HR-kapacitás

Az intézmények infrastrukturális alkalmassága, állapota, eszközellátottsága a megkérdezett szakemberek válaszai alapján többnyire az éppen kielégítő és alapos fejlesztésre szoruló kategóriába sorolható. Csak néhányan nyilatkoztak úgy, hogy az intézménynek helyet adó ingatlan minden tekintetben megfelel az elvárásoknak. A kevés jó példa még erősebb kontrasztba állítja a hiányosságokat.

„[...] nálunk nagyon-nagyon jó körülmények között vannak elhelyezve a gyerekek, különösképpen az anyukák, és nem tudom, hogy az jellemző-e így országos viszonylatban, hogy nálunk egy anyuka [...] és a kisgyerek egy szobában, külön vannak elhelyezve. Nagyon nagy életterünk van, tehát a közösségi életterünk is nagyon megfelelő a gyermekek fejlődéséhez, szuperül berendezve, de el kell hogy mondjam, ez egy éve épült, illetve alakítottuk ki a régi csecsemőotthoni csoportokból.”

A többség kevésbé kedvező helyzetről számolt be, erre egy példa:

„[...] az anyaoththoni rész, azt gondolom, a funkcióját nem igazán tudja betölteni, merthogy gyakorlatilag mintegy kollégiumi szobájuk van csak az anyáknak, és egy fürdőszobájuk, tehát semmi egyéb nincs, ami egy kicsit segítené a mi munkánkat, hogy az önálló életre tudjuk őket nevelni. Vannak terveink, de ehhez komoly anyagi ráfordításra is szükség lenne.”

A szakember-ellátottság tekintetében is változó tapasztalatokról számoltak be az interjúalanyok, de összességében ebben a kérdésben is inkább a hiány jellemző. Többen is beszéltek olyan megoldásokról, amikor egy munkaerő egy személyben több funkciót is ellát, például félállásban vezetőként, félállásban pedig fejlesztőpedagógusként látja el a feladatait. Máshol azonban a segítő funkciók részben intézményen belül (akár főállású pszichológus és gyermekorvos alkalmazásával), részben külső szolgáltatókkal együttműködve elérhetők. Többen is rámutattak arra a problémára, hogy a gondozók, nevelők felkészültsége sokszor nem elegendő a különleges nevelési igényű gyermekek ellátásához. Mint megfogalmazták, ez nem a szakemberek rátermettségén, tenni akarásán, hanem a képzés hiányosságain múlik.

„[...] a gyermekfelügyelő, aki egy egyéves képzésen esett át, látni sem látott ilyet, és akkor a kolléganő tanítja, meg a szakorvos, hogy hogy kell azt a kanült kicserélni.”

Összességében a nemcsak esetileg rendelkezésre álló pszichológus jelenti a legnagyobb problémát, emellett a gyógypedagógus és a fejlesztőpedagógus által nyújtott szolgáltatások hiánya a legégetőbb. Bár ezek több intézményben elérhetők, ám jellemzően csak külső szolgáltató által, nem állandó jelenléttel.

Ezzel együtt általános szakemberhiányról is beszélnek a megkérdezettek, külön kiemelve, hogy a tartós beteg, fogyatékkal élő gyermekekkel foglalkozó szakemberek esetében különösen igaz ez, hiszen ezekre a speciális feladatokra sokkal inkább nehéz megfelelő munkaerőt toborozni. A gondozói álláshelyekkel összevetve felmerült példaként a bölcsődei munkakör; ezzel kapcsolatban a válaszadók egybehangzó véleménye, hogy a gyermekotthoni álláshoz járó, pótlékokkal növelve kevésbé magasabb fizetés nem kompenzálja azokat a hátrányokat (folyamatos munkarend, a nyári szünet hiánya, stresszesebb feladatkör stb.), melyek a

munkavállaló döntését alapvetően befolyásolják a hasonló végzettséggel végezhető két munkahely közötti választáskor. Az alacsony bérezés egyébként sem teszi vonzóvá a gondozói munkakört.

„[...] folyamatosan pszichológus-problémával küszködünk, nincs pszichológusunk. Folyamatosan meg van hirdetve, de nem, nincs. Fejlesztőpedagógusunk sincs, és tulajdonképpen pedagógus végzettségű embereket is nagyon nehezen tudunk felvenni dolgozni. Nevelőhiányban is szenvedünk folyamatosan [...].”

Egy másik megfogalmazásban:

„[...] gondozónőket nem tudok fölvenni szakképzetteket, [...] valószínűnek tartom azt, hogy a bölcsődék csoportlétszámának a felfejlesztését, illetve hogy új bölcsődéket is létrehoznak, [...] ez fölcsívja azt a szakemberállományt, akik hozzánk szakképzettek lennének, és hát egyértelmű, hogy egy bölcsődében sokkal előnyösebb dolgozni, mint egy gyermekotthonban. [...] A nyári szünet például, vagy az ünnepnapokon nem kell dolgozni, nincs olyan megterhelés.”

A munkaerőhiány, illetve a bér- és a munkafeltételek csekély megtartó ereje nyomán kialakuló erős fluktuáció további problémákhoz vezet, ugyanis az új munkaerő kollektívába illeszkedése, rutinszerzése időigényes folyamat, és az új kolléga sokszor e nehezebb, egyúttal kevésbé hatékony kezdeti időszak után nemritkán rövid időn belül távozik is.

Több szakember is beszámolt arról, hogy a mindennapi teendők ellátásában igen gyakran szükség van a munkatársak önkéntes segítőként való közreműködésére. Esetenként a gyermekek szállításához, bevásárláshoz, ügyintézéshez kell saját járműüket használniuk, máskor munkaidőn túli időben kell kísérőként, felvigyázóként jelen lenniük egy-egy nem tervezett, de nem is ritkán előforduló eseménynél. A tapasztalatok szerint a kollégák szívesen, szakmai elhivatottságtól vezérelve vállalják ezeket a pluszfeladatokat, ám abban is teljes az egyetértés, hogy az ilyen szituációkat rendszerszinten ki kellene küszöbölni, amíg pedig ez nem lehetséges, kompenzálni kellene a munkavállalókat.

Az elérhető szolgáltatások köre

Az elérhető szolgáltatásokat érintő kérdések mentén az a kép alakult ki, hogy néhány kiegészítő program rendszeresen szerepel az intézmények mindennapjaiban, ezek mellett azonban jellemző, hogy a szakemberek a helyi sajátosságokat kihasználva kvázi programokat szerveznek, hogy a gyermekek szabadidős elfoglaltsága minél változatosabb legyen. A gyógypedagógus, fejlesztőpedagógus, pszichológus és más szakemberek szolgáltatásainak rendszerszintű beépítése mellett több intézményben is igénybe vesznek külső szolgáltatóktól alternatív fejlesztési programokat. Ezek közül a leginkább elterjedt a kutyaterápia és a lovas terápia, amelyeket az intézmények részben költségvetési forrásból tudnak finanszírozni, részben pedig önkéntességi alapon tudják biztosítani azokat.

„Nálunk is van kutyaterápia, [...] szintén egy alapítványnak a közreműködésével, ő viszont önkéntesen jön, tehát ez nekünk nagyon jó, hogy ezt ajándékba kapjuk. Illetve vannak még önkéntesek, akik ilyen kézműves foglalkozást szoktak inkább a nagyobbacskaéknak, de közöttük is van sajátos nevelési igényű gyerek, aki ebbe a csoportba bekapcsolódik. És hát azért szoktunk mi is ilyeneket, hogy mozilátogatás, játszóházba elvinni a gyerekeket, tehát nyitni a környezetet, nemcsak a játszóteret, hanem ha lehetőség van rá, akkor az egyéb felhasználású pénzüsszegekből ezeket megpróbáljuk megoldani.”

Ugyancsak segítő felajánlásnak köszönhetően az egyik intézményben lehetőség nyílik az anyukákat színházi előadásra vinni, ami a szakember elmondása szerint rendkívül kedvező hatású az anyák mentális állapotára és kommunikációs képességeire nézve.

Több szakember is beszámolt arról, hogy a kollégák személyes kreativitására és szervezőkészségére alapozva egészítik ki a gyermekek szocializálását, világképük tágítását célzó programokat, így például népszerű megoldás a szervezett célprogram nélkül megvalósított vonatok megvalósítása, vagy egy-egy adminisztratív, működtetési feladat olyan módon történő megszervezése, hogy az egyúttal a gyermekek egy csoportjának, vagy egy-egy gyermeknek egyben szabadidős program is legyen.

„[...] a vonat ott megy előttünk, meg hát szoktunk autókat nézni, meg hát a faluban kirándulni vagy sétálgatni. Az is jó, hogy [...] boltba menni, [...] cipőt úgy szoktunk, hogy akkor vonattal megyünk egy megállót, ott 5 percre van a bolt, [...] nézelődünk, úgy, mint egy család. [...] Vagy ha most énnekem föl kell menni az irodába, és csak valamit alá kell írni, mert két telephelyünk van, akkor viszek egy gyereket, és elmegyünk vonattal, és akkor egy kicsit máshol is van.”

A szakemberek képzést, kiégésének elkerülését célzó szolgáltatások közül a vezetői tréning, illetve a

szakmai fórum típusú megoldások állnak rendelkezésre a megkérdezett intézmények többségében. Ezeknek a havi, illetve megyei szinten negyedévi rendszerességgel megrendezett találkozónak a hatékonyságát, hasznosságát az interjúalanyok nagyra értékelik, hozzátéve, hogy a leginkább vezetőket célzó képzések, fórumok mellett nagy szükség lenne arra, hogy a többi munkakört betöltő kolléga számára is célirányos segítség, fórum, képzés álljon rendelkezésre.

Együttműködések

Az ellátórendszer más részeivel, így különösen az egészségüggyel és a védőnői szolgálattal a válaszadók szerint az intézmények kapcsolata jó, együttműködésük gördülékeny, ám ez leginkább a személyes kapcsolatok ápolásán, az orvosok, ápolók, védőnők empátiáján és segítő hozzáállásán múlik, mintsem a részrendszerek összehangoltságán. Több vezető is kifejtette, hogy a gyermekek orvosi ellátása sok esetben adminisztratív okokból akadályoztatott lenne (például mert a frissen bekerült gyermeknél hiányzik a tájkártya), máskor a logisztikai problémák miatt a normál ügymenet szerinti várakozás okozna nehézséget, és ezekben az esetekben rengeteg segítséget kapnak az egészségügyi intézmények dolgozóitól, hogy a gyermek ellátása minél hamarabb és zökkenőmentesebben megtörténhessen.

„[...] az a tapasztalat, hogy olyan kapcsolatrendszert építettünk már ki, ugye nekünk van saját védőnők megbízási szerződéssel, aki hetente jön, nagyon jó a kapcsolat, [...] megbízási szerződés, tehát kap ő plusz juttatást, nem túl sokat, de hogy hetente azt az x idejét, azt ránk áldozza. [...] Illetve a csecsemőosztállyal, szerintem az összes orvossal tegező viszonyban vagyunk, mindenki ismer minket, és sürgősségi ellátáson keresztül juthatunk be, de úgy szokott lenni, hogy beszélünk a csecsemőosztályra, hogy viszünk egy kisbát, és már ugyanaz a gyerekorvos van lent, mint az osztályon.”

A gyermekvédelmi gyámokkal való kapcsolattal is alapvetően elégedettek az interjúalanyok: többen megfogalmazták, hogy kifejezetten jó, élő az együttműködés bár ezen a területen vannak anomáliák és hiányosságok – nem feltétlenül a gyámok szerepvállalása, inkább a rendszer problémái miatt.

„[...] úgy oldjuk meg ezeket a [az adminisztratív problémák] helyzeteket, hogy minden gyámtól biankós meghatalmazást kapunk, és hogyha kórházba kell menni, és alá kell írni bármiféle sürgős, műtéti beavatkozást, akkor nyilván, [...] mindig akkor, abban a pillanatban felhívjuk a gyámot, hogy akkor a hozzájárulásunkat adjuk, [...] ami nem biztos, hogy teljesen jogszerű, de nem problémáznak rajta.”

Problémaként fogalmazták meg azt is, hogy a rendszerbe kerülő tartós beteg, fogyatékos gyermeknek ideiglenes elhelyezéssel vagy közvetlen nevelésbe vétellel lehetne azonnal gyermekvédelmi gyámja, eseti gyámja, de ez a procedura nem minden esetben valósul meg, így előfordul, hogy a beteg, ellátásra szoruló gyermek (adott esetben hétvégén, sürgős esetben) gyám nélkül nehézkesen fér hozzá a szükséges ellátáshoz. Ennek a helyzetnek a megoldására a megkérdezettek a közvetlen nevelésbe vételi eljárás tényleges alkalmazását, illetve az eseti helyettes gyám intézményét látják működőképesnek. Segítséget leginkább a gyermek hivatalos okmányainak gyors beszerzéséhez, pótlásához igényelnének a gyámhivataltól vagy az állami adminisztráció részéről, különösen akkor, ha a vér szerinti szülők alkalmatlanságuknál fogva nem vonhatók be, vagy olyan esetben, ha külföldi születésű gyerekekről van szó.

„[...] az szokott lenni probléma, ha a gyámhivatalt nézzük, hogy bekerül a befogadó csecsemő a csoportba, [...] különleges ellátott, ugye. Hát ezt a gyereket meg kell etetni, de hát a szülőtől nem kerülnek elő az okiratok, sem a születési anyakönyvi kivonat, sem tájkártya, semmi. [...] Az első az, hogy a tájkártyája legyen meg legalább, hogy tápszert és egyebeket tudjon a gondozási hely elérni, illetve legyen születési anyakönyvi kivonata, lakcímkártyája, hogy a gyerekek családi pótlékot tudjanak rendezni. Tehát minden olyan, ami az ellátásukat könnyíti, azt a gyám próbálja nekik segíteni.”

Hiányterületek, fejlesztési igények

Hiányosságként fogalmazódik meg a rendszerből kikerülést gátló, vagy akár csak azt elő nem segítő rendszerkörülmények problémái közül az, hogy a nevelőszülőhöz gondozás lehetőségét a 0–3 éves korosztály tekintetében jelentősen csökkenti, hogy a nevelőszülők a nevelt gyermek után nem vehetik igénybe a gyest és a gyedet. Ez értelemszerűen az ellátásban maradó gyermekek nagyobb számához és így a terhelés növekedéséhez vezet, még akkor is, ha egyébként a hazagondozás, illetőleg inkább az örökbefogadás terén a megkérdezett szakemberek szerint ebben a korosztályban kedvezőek a tendenciák.

A fókuszcsoportos interjú tapasztalata szerint a szakemberhiány a legfontosabb hiányterület. A szakkép-

zett munkaerő elérése, illetve a már alkalmazásban állók szakmai képzése, fejlesztése kardinális kérdés a rendszer adekvát működésének szempontjából. A hiányterületek közül ebben az aspektusban a pszichológus, a gyógypedagógus és a fejlesztőpedagógus mellett a gyógytornász nyújtotta szolgáltatás a legfontosabb.

„[...] a gyógytornásznak a megjelenése [...] az nagy hiányosság, illetve [...] nagyon sok gyerek a koraszülöttségből és a gondozatlan terhességből adódóan van nálunk. Ebből nagymértékben vannak mozgásszervi problémákkal [...]. A fejlesztőpedagógusunk is végzi a masszírozásokat, a tornáztatást, de ezt, ha lehetne erősíteni, mindenképpen legalább egy szakemberrel az intézményben [...]”

A gyógytornász mellett a masszázs (elsősorban a babamasszázs) az a szolgáltatás, amit a szakemberek többsége hiányol az alapszinten elérhető szolgáltatások palettájáról. Közös véleményük szerint a mozgásszervi problémák kezelése, illetve a korai fejlesztésként is alkalmazható terápia bizonyos helyzetekben a gyógytorna alternatívája is lehetne, például azokban az esetekben, amikor a szülő idegenkedik egy „gyógyászati” jellegű segítség elfogadásától. Szintén mellette szól, hogy az alapvető masszírozási technikákat a gondozók és a szülők is könnyen elsajátíthatják, s ezzel az ellátás folyamatosságát is biztosítani lehetne.

A fejlesztendő szolgáltatások terén a megkérdezettek egybehangzó véleménye szerint az állatasszisztált terápia az, amit viszonylag kis ráfordítással a rendszerbe lehetne építeni, és az eddigi tapasztalatok alapján jelentős hatékonysággal segítené a munkát.

„[...] az állatasszisztált terápiát bővíteném, de ennek, mondjuk, anyagi vonzata is van. Én nagyon szeretném, hogy ha tarthatnánk mi állatot, de a belvárosban, állítólag törvények ezt tiltják, de nagyon hasznos lenne, azt gondolom.”

A szakemberek fejlesztési irányként fogalmazták meg azt is, hogy az anyás elhelyezések esetében, de különösen a hazagondozás folyamatában a szülőség támogatására alkalmas infrastrukturális körülmények megteremtődjenek. Ezek közül legfontosabb, hogy olyan terekre lenne szükség, ahol a hátrányos helyzetű, gyengén szocializált, adott esetben értelmi sérült szülők gyakorlati tapasztalatokat szerezhetnek olyan, a normál életvezetéshez szükséges területeken, mint a gyermekgondozás, a főzés, a takarítás stb.

„Teret kérnénk [...]. Jó pár lehetőségünk korlátozott, például az anyákat nem tudjuk megtanítani főzni. Ők nem tudnak együtt lenni a gyerekeikkel, [...] akkor mondjuk szakképzett kollégák segítségével megtanulja a gyerek gondozását az a szülő, aki nem élhet együtt, mondjuk egy gyerekotthonban vagy lakásotthonban a gyerekeivel. [...] Lehetne valamilyen lehetőséget találni, hogy mondjuk hétfőtől-péntekig, 8-tól 4-ig, vagy akármeddig az anyuka bejárjon, és megtanítsák őt azokra a tevékenységekre, amik kellenek majd otthon.”

Egy másik szakember az alábbiakat mondta:

„Mi azért néha szoktunk kivételt tenni, bár a gondozónők nem nagyon szeretik, [...] mert ugye a csoportszobába elméletileg idegenek nem nagyon mehetnek be, de azért hogy egy fürdetést lásson, [...] vagy a tápszert megmutatjuk neki, és ő készíti el, erre van egy-egy lehetőség, de nyilván a kapacitásunk korlátozott. De hogy ha lenne erre egy külön intézmény vagy egy szoba, vagy egy helyiség, [...] meg szakember természetesen, ahol fel tudnánk készíteni, mert sokkal inkább biztos lenne az a hazagondozás, ha tudná, hogy mit kell csinálni. Mert egy enyhe fokban sérült szülő honnan a fenéből tudná, hogy mit kell majd otthon csinálni a gyerekekkel. És lehet, hogy a szeretet meg minden egyéb kötődés, meg minden egyéb kialakult már, de pont ez az eszköztelenség fogja őket gátolni abban, hogy a gyerekeiket hazavigyék.”

Összegzés

Összefoglalóan megállapítható, hogy a megkérdezett szakemberek szerint a különleges ellátást nyújtó gyermekotthonokban a működés többnyire kielégítő, de egyrészt sok területen fejlesztésre szorul, másrészt a kielégítő működéshez számos esetben nem elég a rendszer által biztosított források és eszközök törvényi keretek mentén történő alkalmazása. A működés zavartalansága ugyanis jelentős mértékben az intézményekben dolgozó szakembereken, vezetőkön, az ő szakmai elhivatottságukon és a munkakörükön sok esetben messze túlmutató áldozatkészségükön múlik. A csoportos interjúból kirajzolódó általános nehézségeket és fejlesztési szükségleteket tekintve legfontosabbként a szakemberhiány emelhető ki, illetve a szemlélet egészében a gyermekközpontú feladatellátás mellett a szülőt (vagy a lehetséges nevelőszülőt) is támogató családközpontú gondolkodás erősödése, alapvető szervezőelvként való alkalmazása lenne kívánatos.

Integrált intézmények

Az ellátórendszer jellegzetességei

A Szociális törvény és a Gyermekvédelmi törvény hatálya alá tartozó ellátásokat egyaránt nyújtó integrált intézményeket vizsgáló fókuszcsoporthoz tartozó ország hat különböző régiójában működő intézmények vezetői, illetve egy gyermekvédelmi gyámi feladatkörben dolgozó szakember vett részt. Az intézmények mindegyike több telephelyen működik, jellemzően korábban különállóként létező egységek összevonásával jöttek létre, az új szervezeti struktúra elődintézménye pedig több esetben is egészségügyi gyermekotthonként működött. A szolgáltatási paletta a jelenlegi struktúrában széles: a legtöbb intézményben háromnál több ellátási forma működik, például 0–3 éveseket ellátó különleges gyermekotthoni ellátás, gyermekotthon, lakásotthon, különleges lakásotthon, fogyatékos személyeket befogadó otthon, pszichiátriai és mentálhigiénés tagintézmény.

A vizsgált intézmények a férőhelyek számát tekintve 80–140 fősek, és a vizsgált célcsoport tekintetében többnyire közép súlyos vagy súlyos, halmozottan fogyatékos gyermekek gondozását végzik. A Szociális törvény és a Gyermekvédelmi törvény hatálya alá tartozó kliensek száma nagyjából kiegyenlített. A vizsgált célcsoportba tartozó ellátottak kor szerint a 0–18 éves korcsoportba tartoznak, de a legtöbb intézményben van utógondozói ellátott is.

A fogyatékkal élő kiskorúak bekerülése a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság véleménye alapján történik. Az ellátott gyermekek túlnyomó többsége gyermekvédelmi gondoskodás alatt áll. Az intézményvezetők beszámolója szerint nagyjából fele-fele arányban kerülnek be közvetlenül a megszületésük után a kórházból, illetve később, a szülő kérésére.

Több szakember is beszámolt arról a tapasztalatról, hogy az utóbbi időben megnövekedett a nevelőszülőktől bekerülő gyermekek száma. Ezzel együtt az is tendencia, hogy egyre később kerülnek be a gyermekek a rendszerbe, a szakemberek véleménye szerint azért, mert a szülők, nevelőszülők a rendelkezésre álló szolgáltatásokra támaszkodva megkísérik a gyermek családon belüli ellátását, gondozását, de a súlyosbodó problémák miatt végül – jellemzően a gyermek 6–8 éves korában, ritkábban a nagykorúság idején – mégis az intézményi elhelyezés mellett döntenek.

„[...] rögtön a kórházból, tehát olyan van, de az, azért kevesebb. Én azt látom, [...] hogy egyre később kerülnek azért be az intézményekbe. A szülők azért viszik mindenfelé, [...] próbálják körbevenni, nem csak az országban, volt olyan nekem, aki Bécsbe járt ki még pluszba, tehát a lényeg az, hogy mindent megtesznek, és akkor egy bizonyos idő után, ezt olyan 6-8 évre tudnám tenni, és akkor valahogy szembesülnek azzal, hogy mégiscsak jól mondták az orvosok, hogy ebből nem lesz olyan, amelyet ők szeretnének. És hát itt megint az, hogy csak el kell menni dolgozni, és akkor beadják az intézménybe [...]”

„[...] az a 18 év, amikor már idősödnek a szülők, akkor nem bírják ezt a terhet. Tehát valahogy azért elvonszolja magukkal, meg hát feldolgozzák úgy-ahogy, és amikor kezdenek agresszívvá válni, [...] amit ugye nem szeretnének, meg nem számítottak rá. Amíg egy 6 éves gyerek próbál agresszív lenni, az visszafogható, de 18 éves korban ez már annyira nem, és akkor keresik az elhelyezést. Tehát kiskorúakkal kevesebbet találunk [...]”

Ez a tendencia egyúttal azt is megmutatja, hogy a korábbiakhoz képest szélesebb azoknak a szolgáltatásoknak a köre, melyekre a fogyatékkal élő gyermeket nevelő családok támaszkodhatnak, legalábbis a kiskorú gyermekek, illetve a nem kifejezetten súlyos tüneteket mutató kliensek esetében.

A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekek esetében ugyanakkor továbbra is gyakori, hogy a szülők nem megfelelő életvitele vezet a magzat, illetve a csecsemő egészségének súlyos károsodásához.

„[...] a gyermekanyának gyermeke születik, és azért ott is van, hogy szinte azonnal átkerül. Tehát bekerül a szállóra, és akkor már látszik, hogy [a gyermeknek] valószínűleg oxigénproblémája, oxigénhiányossága van. [...] A drog, [...] a dohányzás, az alkoholfogyasztás, ezek szinte majdnem mindegyiknél kimutathatók, [...] és [a gyermek] máris odakerül hozzánk valamilyen fogyatékossgal. És azt tudni kell sajnos, hogy hamar eldobják – csúnyán fogalmazva – a gyermeket [...]”

Infrastrukturális és HR-kapacitás

Az interjúalanyok beszámolója szerint az intézményeknek otthont adó ingatlanok állaga sok esetben komoly hiányosságokat mutat. Ennek oka egyrészt abban áll, hogy az eredetileg is szociális vagy gyermekvédelmi

felhasználásra tervezett és épített ingatlanok belső térbeosztása a korábban érvényes működési struktúra irányelveit követi, azaz jellemzően nagyobb befogadóképességű lakóegységekből áll. Ezek átalakítása, a korszerinti és az ellátási szükségletekre is reflektáló szeparált elhelyezésre alkalmassá tétele azonban nem minden esetben és főleg nem a szükséges mértékben valósítható meg.

„[...] műemlék épület, a mi intézményünk 32 éves, [...] eleve a 70-es években nyilván ilyenre építették. Betonépület, nem lehet falakat bontani, nem lehet mit csinálni. 200 főre tervezett intézmény volt, [...] hát minden irodából meg ilyen kis apró sufnyiból csináltunk most már hálósobákat, hogy a kicsiket legalább oda be tudjuk tenni, hogy ne együtt legyenek a nagyokkal, de még egy egységben se tudjuk elhelyezni, mert a súlyos fekvők meg a súlyos, halmozottan sérültek [közé], akik egész nap fekszenek, nem rakhatunk be egy autistát mondjuk.”

Másrészt az épületek gyors állagromlásához vezet az is, hogy a karbantartás, az állagmegóvás és a fejlesztés a legtöbb intézményben nem kielégítő az ezen a területen is jelentkező költségvetési forrás-, illetve munkaerőhiány miatt.

„[...] az intézményi gondnok [...]. Beszélek két régi kastélyról meg egy régi csecsemőotthonról, egy pavilonrendszert tessék elképzelni. Kívülről szépek, belülről rothad az intézmény, tehát nincs hozzá pénz, költségvetésből nem lehet megoldani, [...] effektíve úgy vagyunk, hogy egy égőt kicserélünk, és oda tesszük, ahol nincs égő, de 195 bruttóért ezt nem fogja csinálni négy telephelyen, hogy rohangál körbe-körbe. Itt csőtörés, hajnali 4-kor jön a telefon, hogy ugrani kéne a gumicsizmába.”

A tárgyieszköz-ellátottság tekintetében a szakemberek általában jó állapotokról számolnak be, hozzátéve, hogy a gyógyászati és a fejlesztésben használatos eszközök elhasználódás miatt szükséges rendszeres cseréje egyre kevésbé látszik biztosítottnak, tekintve, hogy az erre a célra fordítható költségvetési és a korábban elérhető pályázati források kifejezett apadást mutatnak. Néhány intézményvezető működő megoldásként mutatta be az alapítványok bevonásával történő finanszírozást, hozzátéve, hogy ez nem tekinthető rendszerintű megoldásnak, és mint ilyen, jelentős bizonytalanságot visz a működésbe.

A humán erőforrás vonatkozásában a megkérdezett szakemberek kivétel nélkül igen komoly problémákra mutatnak rá. A törvényi szabályozás felől nézve rendszerhibára utal, hogy a Szociális törvény és a Gyermekevédelmi törvény hatálya alá tartozó integrált ellátási formánál a hozzárendelt szakemberlétszám nem illeszkedik a feladat eltérő volumenéhez.

„[...] a Szociális törvény alá [...] eső intézményben a létszámnormatíva alacsonyabb, mint a gyermekevédelmi intézményben. Tehát magyarul, azok az intézmények látják el a súlyosabb problémával rendelkezőket, ahol a dolgozói létszám szignifikánsan alacsonyabb.”

A létszámhiány általában is kritikus probléma. Az interjúalanyok mindegyike arról számolt be, hogy folyamatosan a minimálisan szükséges dolgozói létszámmal próbálják biztosítani a működést, ami természetesen a munkaerő nagyfokú leterheltségéhez, gyors kiégéséhez, szélső esetben pedig a feladatellátás színvonalának csökkenéséhez vezet.

A munkaerőhiány oka a szakemberek szerint az alacsony munkabérhez képest az ellátandó feladatok különösen nagy elhivatottságot feltételező mibenléte, illetőleg általában a szakma presztízsének alacsony volta.

„[...] van nagyobb létszám, amivel nem tudok mit kezdeni egy Szt.-intézményben, mert hiába mondja nekem, hogy adok neked 50 embernyi létszámot, ha nem tudok fölvenni csak 15-öt, mert többet akkor se találok, ha kint az utcán keresgélek transzparenszekkel. Nincs szakember [...] az Szt.-ben valami borzadály, tehát ott még azt se tudjuk biztosítani, amit egyébként engedélyez a fenntartó, meg jogszabályban engedélyezett, mert nincs ember [...].”

A képzett szakemberek az interjúalanyok tapasztalata szerint egyre nagyobb mértékben vándorolnak el. Egyrészt a kisebb településekről a nagyvárosok és a főváros felé, illetve az egészségügy intézményeibe, de az utóbbi időszakban leginkább külföldre, a jobb megélhetés érdekében még akár a szakmát is elhagyva, szakértelmet nem kívánó munkát vállalva.

„[...] ha ugyanezért a munkáért elmegy az egészségügybe, akkor jóval többet keres, és ha elmegy máshová, országon kívül, arról meg ne is beszéljünk. [...] Más a körülménye egy külföldi fogyatékos intézményben, meg más itthon, ez nem összehasonlítható. [...] Beáll most már az osztályvezető ápolótól az intézményvezető ápolóig, a mentálhigiéné, mindenki, aki ott van, az csinálja. Mindenki csinál mindent, merthogy menni kell a műszaknak.”

A másik kritikus pont a szakemberek képzésében mutatkozik. Az interjúalanyok egybehangzó tapasza-

lata szerint a szociális jellegű képzésből kikerülő munkaerő felkészültsége nem megfelelő, leginkább azért, mert az ellátandó feladatkörökhöz szükséges egészségügyi képzés hiányzik a curriculumból.

„[...] katasztrofális a helyzet. A szociális gondozóknak a kompetenciája nyilván lényegesen kevesebb. Nagyon komoly egészségügyi problémákkal rendelkeznek az ellátottaink, úgyhogy itt nagyon-nagyon a penge élén táncolunk, és hazardírozunk. [...] A szociális gondozó- és ápolóban első körben a szociális területet [tanulnak], tehát a szociálpolitikától a mentálhigiénéig, a szociális munkáig. Egészségügyi kérdés nagyon minimális: amit megtanulnak, azt megtanulják a munkahelyen. Akinek van affinitása erre, meg egy kis érdeklődése, az nyilván egy kicsit jobban belefolyik, de többet nem bízhatunk rá, mint amire képes.”

Az elérhető szolgáltatások köre

A törvényileg előírt szolgáltatások nyújtása a bemutatott humánerőforrás-hiány kritikus problémái mellett az intézményekben többé-kevésbé folyamatosan teljesül. A kiegészítő jellegű, ugyanakkor a szakemberek megítélése szerint legalább ugyanennyire fontos szolgáltatások elérése ugyanakkor rendszerszinten szinte egyáltalán nem biztosított. A modern és az alternatív fejlesztési programok a tapasztalatok szerint rendkívül hatékonyak, és elérhetőségük érdekében az intézmények informális együttműködéseket kezdeményeznek – a beszámolók szerint sikeresen.

E fejlesztési programok közül legnépszerűbb a lovas terápia és a kutyaterápia. Ezeket, csakúgy, mint a korábban említett eszközbeszerzések egy részét az intézmények alapítványi rendszerben, civil szervezetekkel együttműködve, leginkább adományozás keretében tudják biztosítani az ellátottaknak.

„[...] nálunk is van kutyaterápia, lovas terápia, úszás, [...] de egyébként mi sem tudnánk megoldani, ha nincs egy alapítvány, aki folyamatosan támogat. És nem csak azzal egyébként, mert mehetnék én lovas terápiaira, meg úszásra, ha nincs mivel, viszont ő annyira korrekt, hogy még autót is ad hozzá.”

Együttműködések

Az együttműködések tekintetében jellemzően a rendszeren kívüli tényezőkkel kialakított kapcsolatokat emelték ki az interjúalanyok. A már említett alapítványi, illetve egyéb civil szervezetekkel való együttműködések mellett a versenyszférával, illetve a lakossággal kialakított viszonyokról számoltak be.

Különös anomália mutatkozik az intézmények szomszédságában élő lakosoknak az intézményhez való viszonyulásából kiolvasható attitűd tekintetében. Egyrészt – igen kedvező társadalmi reakcióként – a legtöbb megkérdezett rendszeres lakossági adakozásról tett említést, ami elsősorban használt ruházat és gyermekjáték adományozását jelenti; másrészt azonban ezeknek az ajándékoknak a minősége és válogatatlan mivolta igen kellemetlen üzenetet hordoz. Az elmondások alapján az a lakossági prekonceptió rajzolódik ki ezekkel az intézményekkel kapcsolatban, hogy gyakorlatilag teljesen eszköztelenek, civil beavatkozás nélkül életképtelenek, így bármilyen adakozás, adott esetben a szakadt ruha, a selejtes játék is felhasználható számukra.

„[...] ezek a ruhanemű-megoldások, hogy mindenki segíteni akar, és akkor, elnézést a kifejezésért, de kukának használják az intézményt. És én múltkor jártam úgy, pont mentem ki, amikor jött valaki, törött játékok is voltak benne, és akkor azt mondtam, hogy köszönjük szépen, de ezeket nem kérjük. [...] És akkor hálátlan vagy. [...] Igen, és azt mondták, hogy odavágták, hogy ha ilyen jól megy maguknak [...]”

A piaci szereplők, elsősorban a nagyobb üzletláncok részéről azonban nagyon komoly támogató magatartás tapasztalható. Több intézmény is rendszeresen kap nagyobb értékű adományokat, így például az IKEA milliós nagyságrendű felszereléssel, a Zalakerámia több száz négyzetméter burkolóanyaggal támogatott intézményeket, de más üzletek is rendszeresen adományoznak.

„[...] egyre több olyan van, aki megkérdezi, hogy mit szeretnének, mire van szükséged. Vagy olyan meglepetésdolgok, hogy a veszünk valamit a Jyskben, veszünk két ágyat, odamegyünk, és azt mondja, hogy hűha, maguk ilyen intézmény, akkor adok ajándékba még egyet. Hát el voltam hűlve. Tehát, hogy [...] ez a fajta önkéntesség vagy adományozási kedv kulturált adományozási kedv, és nem a selejtezési [...]”

A tárgyi adományok mellett jellemző az alapítványok számára juttatott pénzádomány is. A szakemberek szerint ezek nélkül a források nélkül kétséges lenne a működés fenntarthatósága.

Hiányterületek, fejlesztési igények

A rendszerből való kikerülés, hazagondozás, nevelőszülőhöz helyezés vagy örökbefogadás a fogyatékkal élő ellátottak esetében rendkívül alacsony számban valósul meg ezekből az intézményekből. Ennek az aránynak

a javítása érdekében elsősorban a család támogatása terén lenne szükséges fejlesztés. Általában véve is lényegesen nehezebb feladat egy különleges ellátási igényű gyermek családban való gondozása, ám a szükséges egészségügyi eszközök és azok használatára való felkészítés, valamint a támogató szolgáltatások folyamatos elérhetőségének hiányában tulajdonképpen esélytelenné válik a testi vagy értelmi fogyatékkal élő gyermekek családban gondozása még enyhébb fokú fogyatékoság esetén is. Hozzáteszik, hogy az ellátási nehézségek miatt intézménybe kerülő gyermekek szüleinél egyébként is megfigyelhető egyfajta idegenkedés a nevelőszülői elhelyezéssel kapcsolatban.

„[...] Nagyon sok nevelőszülő megélhetési nevelőszülő, de egy kisgyerekkel, akihez éjszaka föl kell kelni, felborul a napirendje, az egész családjának az életritmusa. Nem, nem szeretik [...] ezeket a kicsi gyerekeket már [...]. És az is jellemző szerintem, hogy a szülők jobban szeretik, ha ilyen otthonokba kell menniük, nem szeretik a nevelőszülőket. Jobban szeretik, hogyha ott vannak, mert ők is érzik, hogy egy gondozónőhöz kevésbé fog ragaszkodni az a gyerek, mint egy nevelőszülőhöz [...]”

A szakemberek szerint fontos fejlesztési terület lenne a már említett pályázati rendszer széles körű alkalmazása eszközbeszerzésekre és alternatív fejlesztési terápiákra, hogy a rendszeren kívülről érkező segítség okozta bizonytalanság csökkenthető legyen.

A már több vonatkozásban említett bérrendezés, illetve általában a humánerőforrás-hiány orvoslása az interjúalanyok egybehangzó véleménye szerint a leginkább kardinális kérdés. Megítélésük szerint a szakképzett, elhivatott, rátermett munkaerő megbecsülése (anyagilag csakúgy, mint a munkakörülmények, a feladatkörök, a nem pénzbeli juttatások rendezése által) nem pusztán fejlesztési kíváncsi, hanem a rendszer működtethetőségének elengedhetetlen feltétele.

Az intézményvezetők szerint az emberi erőforrás hiányosságainak rendezéséhez a jogszabályi környezet módosításában is rejlik lehetőség, amennyiben a jelenleg ajánlott minősítésben megadott dolgozói létszámot újra kötelezővé tennék – véleményük szerint ez segítené az álláshelyek feltöltését, egyúttal pedig a fenntartó finanszírozói felelősséget is egyértelműbbé tenné.

Összegzés

Összefoglalóan megállapítható, hogy az integrált intézmények működésének infrastrukturális körülményei fejlesztésre szorulnak. Itt elsősorban az ingatlanok belső tereinek az ellátási feladathoz alkalmazkodó átalakítása, illetőleg általánosságban az állagmegóvó, állagjavító intézkedések szükségessége merült fel. A finanszírozási hiányosságok az eszközellátottság tekintetében is megmutatkoznak: az interjúalanyok egybehangzó tapasztalata, hogy a rendszerszintű (költségvetési) források nem biztosítanak megfelelő háttérrel a tárgyi eszközök beszerzéséhez és az elhasználódás miatt szükséges cseréjéhez. Az intézmények ugyanígy, szintén csak a civil szféra, illetve a piaci szereplők és a lakosság támogatásával tudják a minimálisan túlmutató tárgyi fejlesztéseket megoldani, illetve a szolgáltatási palettát a kötelező alapszolgáltatások mellett alternatív programokkal és módszerekkel kiegészíteni.

Megjegyzendő azonban, hogy az általánosan rossz és romló pénzügyi és szakember-ellátottságot érintő folyamatok mellett kedvező tendencia az intézmények civil és versenyszférához fűződő viszonyának javuló, egyre inkább segítő alapú, értékteremtő volta.

A humánerőforrás-hiány a megkérdezett szakemberek mindegyike szerint rendkívül kritikus probléma. Elsősorban a betöltetlen álláshelyek jelentenek problémát, illetve ebből adódóan a foglalkoztatottak képzése és az ellátandó feladatok közötti összehangolatlanság. A probléma maradéktalan orvoslásához a szakma presztízsének javítása, a hatékony bérrendezés és a munkafeltételek újragondolása lenne szükséges, illetve a szociális végzettséggel a területen dolgozó munkavállalók képzésének kiegészítése a hatékony működéshez elengedhetetlenül szükséges egészségügyi ismeretekkel.

Ápolást-gondozást ellátó intézmények

Az ellátórendszer jellegzetességei

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretében az ország hét különböző régiójában működő, állami és egyházi fenntartású intézmények vezető szakemberei, illetve 1 fő gyermekvédelmi gyámi feladatkört ellátó szakember válaszolt az általuk nyújtott ellátás jellemzőit érintő kérdésekre. Az ápolást-gondozást biztosító intézményekben gyermekek és felnőttek egyaránt kapnak elhelyezést. A vizsgált ellátóhelyek változatos létszámmal mű-

ködni: többségükre a 100 főt meghaladó kapacitás jellemző, két intézményben a 200-at is meghaladja az ellátottak száma, és csak egy intézmény működik 100 alatti (85 fős) létszámmal. Ez a szám azonban az összes ellátott számát mutatja, a gondozott gyermekek létszáma az intézmények mindegyikében ennek csak kisebb hányadát teszi ki. A kiskorúak száma 30-60 körüli, ebből a 0–6 évesek legmagasabb létszáma 20 fő, de van olyan intézmény is, ahol ebből a korosztályból mindössze 4 fő gondozott van. A kiskorú ellátottak középsúlyos, illetve túlnyomórészt súlyos, halmozottan sérült értelmi fogyatékos státuszúak, és a többségük gyermekvédelmi gondoskodás alatt áll.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú tapasztalatait az alábbi szempontok szerint tematikusan rendszerezve előjáróban kijelenthető, hogy a 2013-as törvényi változások – melyek értelmében ekkortól a fogyatékkal élők ápolás-gondozási intézményben történő ellátásához szükséges szakmai tartalmú szolgáltatásokat (gyógyterápiák, fejlesztő stb. szolgáltatások) az intézmények nem saját működési kereteiken belül biztosítják, hanem a feladat ellátása – a szakemberekkel együtt – átkerült a pedagógiai szakszolgálatokhoz. A megkérdezett szakemberek szerint ez az intézmények működésében komoly nehézségeket okoz, és több területen viszszafejtést jelent a nyújtott ellátás színvonalában, mind a szakmai tartalom, mind az elérhetőség tekintetében.

Infrastrukturális és HR-kapacitás

Az ápoló-gondozó otthonok infrastrukturális állapotával kapcsolatban az interjúalanyok legfőképpen a túlzsúfoltság problémáját emelték ki. Különböző hiányosságokat az épületek állapotával, felszereltségével kapcsolatban nem említettek, ám abban egybehangzott a véleményük, hogy az intézmények kapacitása maximálisan – nem ritkán a törvényi maximumon is túlmenően – kihasználva, ami többek között az épületek gyors állagromlásához vezet, illetve, ami ennél is problémásabb következmény, hogy a túlzsúfoltság miatt az ellátottak zavartalan lakhatása sem mindig biztosítható. A maximális leterheltség másik következménye, hogy nem elégséges a fejlesztéshez, speciális foglalkozásokhoz alkalmas helyiségek száma sem.

A másik általánosan jellemző infrastrukturális probléma a szállítóképesség elégtelensége. Az interjúalanyok többsége számolt be állandósult és igen komoly – gyakran megoldhatatlan – logisztikai problémákról, melyek a szállítóeszközök nem megfelelő számából, jellegéből, esetenként hiányából fakadnak.

„[...] nincs az az autó, és nincs az a benzin, amivel ezt meg lehet oldani. Nekünk a fejlesztőiskolások ki-jártak szeptembertől egy [...] telephelyre. Ez ugye onnantól kezdve úgy működött, hogy reggel mi 1/2 8-kor a csúcsban [...] indítottuk az első csoportot, de mennek általános iskolába ki gyerekek, mennek [másik város-ba] gyerekek, megy [harmadik intézménybe] gyerek, tehát mindenki érjen időben oda, ez képtelenség. Tehát nem működik, egy autóbusszal nem működik. Hát összetört a buszunk, [...] azóta kénytelenek kijönni. [...] Nekünk viszont az a problémánk, hogy nincs fejlesztőhelyiségünk, illetve ami van, azt meg már ők belakták, de az kevés.”

A gyermekek fejlesztésre, vizsgálatra utaztatása a válaszadók mindegyike szerint komoly probléma, és nem pusztán a logisztikai kihívások miatt, hanem azért is, mert a gondozottaknak gyakran olyan speciális szükségleteik vannak, amelyeket csak az intézményben, vagy rendkívül komplikált előkészületekkel, speciális szállítási körülmények mellett tudnak biztosítani. Mint a szakemberek elmondták, ezért is különösen nehéz helyzet az, amit a fejlesztések és más szolgáltatások intézményen kívüli elérhetősége hozott.

„[...] nem tudom, hogy miből tudunk biztosítani járművet, személyzetet ahhoz, hogy hetente – nekünk 12 ellátottunk van ebben a korcsoportban –, hogy kivigyük őket. Mert ez azt jelenti, hogy súlyosságuknál fogva minimum egy felnőttet, meg minimum vigyek vele egy szívót, egy központi, egy jó erős szívót, mert ugye gé-gekanülösök és társaik [...]. Vagy netán oxigénpalackot [vigyek] vele, mert nem lehet tudni, hogy azon az egy órán belül mi fog történni a gyerekekkel.”

A humán erőforrás tekintetében az interjúalanyok közös véleményként fogalmazták meg, hogy a szakember-ellátottság intézményeikben nem megfelelő, sok a betöltetlen álláshely, és nagy a fluktuáció. A szakképzett munkaerő hiánya mögött leginkább a munkafolyamatok komplexitása, a nagyfokú bevonódást igénylő feladatellátás és az ehhez képest különösen, de abszolút értelemben is rendkívül alacsony bérezés kereshető elsőszámú okként. Mint elmondták, jellemző, hogy egy-egy új kolléga néhány hónapig, legfeljebb egy évig marad a kollektívában, s amint lehetősége nyílik kevesebb stresszrel, kevesebb speciális kihívással járó és egyúttal több szabadságot és magasabb fizetést kínáló munkahelyet találnia, a váltás mellett dönt, hiszen a küldetés tudat és a segítő attitűd nem versenyképes érvek a maradás mellett.

Ezzel együtt jelentkezik az a probléma is, hogy az intézményben foglalkoztatott munkaerő egy részének

szakképzettsége nem megfelelő. A középsúlyos és súlyos fogyatékos gyermekek ellátása olyan speciális szaktudást és képességeket igényel, melyeknek a pedagógus munkakört betöltő kollégák sincsenek birtokában.

„[...] az összes gyógypedagógus, aki volt az intézményben, mindenki szépen elvándorolt. Most ugye működik egy szociális és mentálhigiénés csoport, ott is nyilván pedagógusok vannak, de szociálpedagógus, óvodapedagógus és tanító meg tanár, akik nem tanulják a gyógypedagógiának ezt a speciális részét [...]. Ily módon, nyilván, persze ellátják a feladatot, illetve a kijáró gyógypedagógusok utasításainak megfelelően próbálják, annak megfelelően azt a mozgásfejlesztést vagy beszédfejlesztést, vagy játéktevékenység-fejlesztést megvalósítani. [...] Addig, amíg ott volt, nem volt ezzel probléma.”

Ugyanakkor a gyógypedagógusok számára is kevésbé vonzó az ápolást-gondozást ellátó intézmények kínálta munkahelyek, a szakemberek szerint leginkább azért, mert a kiugróan sok törődést igénylő kliensek egyúttal rendkívül lassú ütemben fejleszthetők, így a területen dolgozó szakemberek a mindennapi komoly lelki és fizikai terhelés mellett kifejezetten ritkán jutnak szakmai sikerélményhez.

„[...] volt harminc gyógypedagógus, egy komplett iskolából eljöttek a gyógypedagógusok, hogy ismerjük meg egymás rendszerét. És egy délelőtti program után egy intézménybejárás volt a következő program, és a gyógypedagógusok közül, nem tudom megszámolni egy kezemen, hogy hány volt az, aki visszafordult, és azt mondta, ó, én ezt nem bírom, nem tudok végigmenni. Tehát, hogy nincsenek is arra felkészülve igazából. [...] Ez nálunk is jellemző, [...] természetesen, mert azért egy részképességszavaros gyerekkel történő foglalkozás során egy fél év után már van eredmény, [...] ami felmutatható, és akkor van egy sikerélménye a pedagógusnak [...]. De azért egy halmozottan sérült gyerek esetében 2-3 év, mire fölveszi a szemkontaktust. [...] A végzettség az egyik része, az kell, de ha affinitás nincs, akkor megette a kutya füle az egész dolgot. Megtanulja a szakmát, és amikor kikerül a gyakorlatba, akkor meg világgá megy, mert nyálás a gyerek, meg kell törölni.”

A szakemberhiányból következően az intézmény dolgozói értelemszerűen rendkívül leterheltek. Több vezető is beszámolt arról, hogy a rendelkezésre álló kapacitásokat nagyon szigorú prioritások alapján kell szervezni, ami legtöbbször voltaképpen a vészhelyzetek elhárítását jelenti. Gyakori, hogy a dolgozóknak munkakörükön túlmutató feladatokat is el kell látniuk, és nem ritka az sem, hogy a munkaidejükön túl, esetleg csak a saját erőforrásaikat mozgósítva tudnak megoldani bizonyos helyzeteket.

„Nálunk van mozgásterapeuta, egy, [...] és van rá 142 lakó, akiket neki naponta ki kellene mozgatni, meg kellene masszírozni [...]. Hol fér ez bele egy napi 8 órába? Így aztán az ő profilja úgy változott, hogy akit az orvos éppen akkutan kéri, hogy kezelje, [...] őket kezeli, illetve az összes gyógyászati dologgal [ő foglalkozik]. Ő tartja a kapcsolatot a gyártókkal, akik méretet vesznek, az orvossal, és tehát igazából nem azt a funkcióját tölti be, amire fel lett véve, de az is nagyon fontos, hogy a gyógyászati segédeszközök meglegyenek. [...] Hát persze történik mozgásfejlesztés, persze történik, hát én nem mondom, de nem az a speciális, amire szükség volna.”

Úgyszintén fennakadásokat okoz az ápolási-fejlesztési folyamatokban, hogy a pedagógiai szakszolgálatoknál a pedagógus munkakörben dolgozó alkalmazottak nyári szabadsága alatt az általuk vezetett terápiák szünetelnek. Az intézmények képviselői szerint ez jóval nagyobb probléma, mint amit a két-három hónapos kiesés önmagában jelent, hiszen a tapasztalatok szerint egy hosszú fejlesztési folyamatban ez a kimaradás nem egyszerűen elakadást vagy visszalépést jelent, hanem lényegében a korábbi hónapok eredményeinek teljes elvesztéséhez, vagyis a beavatkozás nullpontról való újrakezdésének szükségességéhez vezet.

„A korai fejlesztéssel kapcsolatosan [...] nekem nagy szívfájdalmam, hogy július 15-én látok utoljára gyógypedagógus kollégánőt, és legközelebb majd szeptember 1-jén, azt gondolom, hogy ez katasztrófa. Én értem, hogy jár neki a szabadság, de mi van a gyerekekkel? [...] Leteszik a lantot, és nyáron az a 2 hónap kimarad, 3 hónap, utána kezdenek elölről.”

A munkaerőproblémák másik típusa a rendszeren belüli elvándorlás, munkaerő-elszívás. Az interjúalanyok közül többen is beszámoltak olyan esetről, hogy a szakemberek a pedagógiai szakszolgálatához vagy a nevelési tanácsadóhoz mentek át dolgozni.

„[...] a kollégánő elkezdett dolgozni, előtte már nekünk voltak speciális eszközeink fejlesztéshez, [...] a szoba rendelkezésre állt, és mindenféle tárgyi feltételek adottak voltak, de a gondozónők nem tudták ezeket, hogy is tudták volna használni. Úgyhogy minden szekrényekbe volt bezárva, hogy a leltárkor fel tudjuk mutatni, nonszensznek gondolom [...]. Ő felépítette a maga kis rendszerét, [...] napi 6 órában dolgozott velük. Az etetésterápiára helyezett nagyon nagy hangsúlyt, hiszen a legtöbbet szondán keresztül kell etetnünk. [...] És

nagyon szépen leszoktatta a gyerekeknek a zömét pl. a nazogasztrikus szondáról, szép eredményeket ért el, és mit ad a jóisten, éppen egy hete, hogy átkérték a pedagógiai szakszolgálatához. Tehát megint ott vagyok, hogy nincsen, és nagyon-nagyon érzem a hiányát, mert pedagógusok és szociálpedagógusok vannak, de nem tudják ezt a feladatkört vinni, és végezni, ahogy kell.”

Az intézmények vezetőinek véleménye szerint a fenntartó a kapacitások, szolgáltatások szervezésekor elsősorban és szinte kizárólagosan finansiális szempontokat vesz figyelembe, és a költséghatékonyság elvén kívül nincs módja más irányelveket érvényesíteni a szervezésben. Így az interjúalanyok a külső szolgáltatótól, jellemzően a nevelési tanácsadótól, illetve a pedagógiai szakszolgálatról érkező szakemberek munkavégzésének hatékonyságával kapcsolatban is komoly kritikákat fogalmaztak meg. Tapasztalataik szerint az intézményekbe érkező és ott feladatot ellátó kollégák munkájának minősége, szakmaisága vitán felül kielégítő, sőt magas színvonalú, szakmai és emberi hozzáállásuk is elismerésre méltó, ám a rendszer adta keretek miatt a hatékonyság ennek ellenére is csekély. Ennek legfőbb oka, hogy a fejlesztőpedagógusok, a gyógypedagógusok heti rend szerint, meghatározott és meglehetősen szűkös időkeretben, sokszor heti óraszámukat „tömbösítve” állnak rendelkezésre, és nincs mód a mindenkor helyi vagy személyes igényekhez való alkalmazkodásra. Sok esetben a kolléga munkájának szervezése nem a gyermek legjobb érdeke, hanem a törvényi előírásoknak való megfelelés érdeke szerint történik, ami elméletben teljesülő, a gyakorlatban azonban kétes eredményeket hozó feladatellátást eredményez.

„[...] mivel 1-2 óráért jönne ki egy-egy gyerekhez, és igazából az alatt kirohan, elrohan, berohan, vagy halkán mondom zárójelben, idézőjelben, nem is ér oda, mert ezt kell néha látni, hogy van, amikor nem is ér oda, és a feladat pedig ott marad nálunk. És amikor azt látjuk [...] a fejlesztő óvodában [...] 3 pedagógus van 3 gyerekre, nekem meg 6 mentálosom van, vagy foglalkoztatósom a 85-re. [...] Korai fejlesztésben általában 2-3 órát szoktak előírni, [...] a fejlesztő kollégánál hetente kétszer tud jönni, de ez is úgy, hogy szívja a fogát, mert sokszor az ő költsége az utazás. Eljön hozzánk, és akkor azt a 2 órát gyerekenként megpróbálja megadni. De hát a mi gyerekeink fáradékonyak, [...] az a 2 óra nem elég hatékony [...]. Ennek úgy van értelme, hogy napi rendszerességgel, és maximum 20-30 perc az, ami intenzív, és utána játszunk vagy lazítunk, de ez így nem működik. Tehát nekünk kell sok olyan feladatot, szerepet átvenni a pedagógiai szakszolgálatról, ha azt akarjuk, hogy eredményt érjünk el, ami tulajdonképpen most már a jogszabály szerint nem a mi feladatunk.”

A humán erőforrás tekintetében több intézményvezető beszámolt kifejezetten pozitív, előremutató példákról is. Ezek közös jellemzője, hogy a kollektíva tagjainak és a vezetés attitűdjének, szakmai elhivatottságának bázisán, a rendszer kereteit kreatívan értelmező szemlélet segítségével valósulhatnak meg. Így például az egyik otthon működésében rendszeresen előfordul, hogy a családban nevelkedő, speciális ellátásra szoruló gyermeket az intézmény befogadja néhány napos, egyhetes időszakokra, évente néhányszor így tehermentesítve a szülőket, és egyúttal elkerülve a gyermek családból való kiemelését. Az interjúalany erről így nyilatkozott:

„[...] van olyan 4-5 hónapos gyerek, akit a szülők be akartak adni állami gondoskodásba, mert olyan súlyos állapotú, hogy a mama nem vállalta a gondozását. És mi bevállaltuk azt, hogy behozza minden nap a gyermeket etetésre, segítünk nekik, és így itt maradhat otthon a családban.”

Egy másik interjúalany pedig olyan gyakorlatról számolt be, amit a helyi közösséggel együttműködve, a helyi viszonyokra reflektálva – a rendszer hiányosságait pótolva – dolgoztak ki, szintén annak érdekében, hogy a gyermek családban nevelkedhessen, de egyúttal megkaphassa a szükséges speciális ellátást is.

„[...] most nagyon nagy sikerélményünk volt az utóbbi időben, [...] az egyik gyámhivatal jelzett, hogy van itt egy Down-szindrómás, 9 hónapos kislány a születési súlyával, mert a szülők annyira nem tudják gondját viselni, de nem akarják kiemelni a családból, mert szeretik egymást. És felvettük néhány hónapra, de csak addig, míg a gyerek vissza nem nyerte a súlyát, meg tényleg elindítottuk nála a fejlesztést, és tényleg olyan ügyesen sikerült hazagondozni, hogy nincs semmi probléma azóta sem.”

A fenti példák jól mutatják az alapszolgáltatások elégtelen voltát.

Az elérhető szolgáltatások köre

A gyógypedagógiai és fejlesztőpedagógiai szolgáltatások nehézkes elérhetősége mellett a legfontosabb hiányosság a speciális gondozási feladatok ellátására való felkészítésben mutatkozik. Itt elsősorban a vér szerinti szülők, illetve más aspektusból a nevelőszülők felkészítésének hiányáról van szó, vagyis a bekerülésnek (és rendszerben maradásnak), illetőleg a sikertelen hazagondozásnak, vagy a rendszerbe visszakérésnek a család felkészületlenségben, támogatás nélkül maradásában keresendő okairól. A szülők gyakorlati és

mentális felkészítésével a megkérdezett szakemberek egybehangzó véleménye szerint jelentősen csökkenthető lenne a születés után rögtön, és a néhány (nem ritkán 8-10) évi családban élés után megtörténő gondoskodásba vételek száma.

„[...] az egy ilyen tendencia most, [...] hogy még haza is viszik, még nevelik is mondjuk 6-7-8-10 évig. Én nagyon sokkal találkozok olyan szülővel, [...] és jön, és azt mondja, nem bírjuk tovább, most vegyék be, mert nem bírjuk. És tényleg látom az anyán is, hogy kimerülve idegileg, mindenhogy, és hogy nem bírják tovább, mert nem kaptak segítséget menet közben. És nemcsak a szülők, hanem a TEGYESZ is. Tehát a TEGYESZ nekem folyamatosan küldi a leveleket, hogy vegyem föl az ilyen kiskorút, a nevelőszülőtől vegyem át, mert hogy a nevelőszülő nem tud vele mit kezdeni.”

A szülészeti osztályok, illetve általában a kórházak sem tudnak adekvát válaszokat adni az olyan kihívásokra, mint egy értelmileg vagy testileg súlyosan sérülten született gyermek ápolásának, táplálásának és általában a gondozásának-nevelésének a megindítása, a szülők szakszerű felkészítése. Itt a rendszerszerű támogató, segítő funkció is hiányzik a szakemberek szerint, de egyúttal egy igen kedvezőtlen tendencia is megfigyelhető a hiányzó szolgáltatás mellett, amennyiben a kórházak üzenete a szülő felé ilyen kritikus esetekben többnyire az, hogy meg se próbálják családként megoldani a problémákat, hiszen az kétségtelenül meghaladja a lehetőségeiket.

„[...] már ott a kórházban elkezdődik, hogy hát ez a gyerek annyira beteg, annyira súlyos, hogy ne is vigye haza szülő, ne alakuljon ki a kötődés, de ez borzasztó a gyerek részére. [...] Súlyos fogyatékos, mellette még vannak krónikus betegségei is, és még ráadásul a családja sincs mellette, hát ez egy iszonyú teher a gyerek részére, meg nekünk is, amikor meghozza a mentő azt a pici törékeny gyereket, egy szál tipegőben, és még azt a tipegőt is le kell róla venni, mert az se az övé. [...] Mindenképpen ezen változtatni kellene, már az egészségügyben ezen a hozzáálláson, hogy inkább kapna meg a család meg az anya minden segítséget, [...] mert sok anya szívesen vállalná, csak nem kap segítséget még most sem. [...] Meg valóban lebeszélük már a kórházban róla, hogy haza se vigye.”

Az elérhető szolgáltatások közül tehát a megkérdezett szakemberek szerint egyértelműen a támogató, segítő funkció hiányzik a leginkább. Egy jól felépített, gyakorlati segítségnyújtással, felkészítéssel működő, mentális támogatást is nyújtó szolgáltatás a rendszer minden tényezője szempontjából kívánatos eredményeket hozna. Így elsősorban a gyermek legjobb érdekének érvényesítésében, a családban nevelkedés biztosítása által, de az ellátórendszer terheltségének csökkentése szempontjából is.

Együttműködések

Az ápolási, gondozási feladatokat ellátó intézmények működésük során szükségszerűen főként az egészségügyi szolgáltatókkal, illetve a köznevelési, közoktatási intézményekkel működnek együtt. A szakemberek tapasztalatai szerint e kapcsolatok minősége és hatékonysága igen változó. A beszámolóik alapján az együttműködés milyensége sokkal inkább a személyes kapcsolatok meglététől, a helyi viszonyokhoz alkalmazkodó kollegiális összedolgozás kialakulásától függ, mintsem a rendszer adta keretektől és eszközöktől. Több példaként hozott eset közös jellemzője, hogy a bürokratikus úton intéződő folyamatok (pl. kórházi ellátás, szállítás vagy óvodai elhelyezés) mindaddig a gyermek érdekét (és az ellátásában tevékenykedő más intézmények érdekét is) figyelmen kívül hagyó, kontraproduktív eljárások maradnak, amíg az adott eset kapcsán egy szakember a személyes kapcsolati hálóját mozgósítva be nem avatkozik. Az látható, hogy amíg a részrendszerek az automatizált (előírt) eljárásrend szerint „üzemszerűen” működnek együtt, addig az eredményesség csekély, a gyermek érdeke pedig sokadrangú. Amint azonban a rendszerben dolgozó emberek fordulnak egymáshoz egy adott eset kapcsán, rövid időn belül megszületik a lehető legjobb megoldás, ami minden résztvevő számára kielégítő eredményeket hoz.

Erről így nyilatkoztak a kérdezettek:

„Személyfüggő, azt gondolom. Ha jóban vagyok az iskolavezetővel, a KLIK-vezetővel, akkor könnyű és jó a kapcsolat. [...] Sok-sok energia odamenni rendezvényekre, ott lenni, kapcsolatot építeni azért, hogy utána, hogyha kell valamit kérnem, akkor segítsenek, segítsünk egymásnak.”

Egy másik megfogalmazásban:

„Mi két órára vittük volna óvodába az egyik gyermekünket, ezt írták neki elő, és miután kiderült, hogy milyen állandó betegsége van, először azt mondták, hogy kerítésen kívülre vigyük, és úgy ismerkedjen a többiekkel.”

Az együttműködésekéről tehát általában elmondható, hogy esetlegesek, és kialakításukban, valamint az együttműködési folyamatok menedzselésében rendkívül fontos az emberi tényező, ami komoly hibaforrás lehet, és nagyfokú bizonytalanságot kódol a működésbe.

Hiányterületek, fejlesztési igények

A fejlesztendő területeket tekintve a megkérdezettek azt tartották a legfontosabbnak, hogy a 2013-as törvényi átalakítás nyomán az intézményektől a pedagógiai szakszolgálatokhoz szervezett szolgáltatások nyomán kialakult anomáliák és működési nehézségek megoldására történjenek lépések. A nehezen, vagy nem megfelelő hatékonysággal elérhető szolgáltatások elemi problémákat okoznak a rendszer működésében, egyúttal különösen nagy terhet rónak az intézmények dolgozóira, mind feladatellátás, mind feladatszervezés terén.

Hasonlóan kardinális kérdés a pedagógus és nem pedagógus jellegű munkakörökben dolgozó munkavállalók munkarendjének és foglalkoztatási körülményeinek összehangolása, ahogyan – általában a szektorban jellemző módon – a bérrendezés is sürgető probléma, tekintettel a szakképzett munkaerő kritikus mérvű hiányára és a közel kezelhetetlen mértékű fluktuációra.

A szükséges előrelépést konkrétabb szinten értelmezve a vezetők a gyógypedagógiai ellátás adott intézményen belüli elérhetőségét emelték ki elsősorban, kiegészítve azzal, hogy gyógytornász, gyögmasször alkalmazása is elengedhetetlen lenne a legtöbb intézményben, ezek a funkciók ugyanis nem működtethetők külső, csak időszakosan és korlátozottan elérhető szolgáltatásokkal. Ebben a témában a tárgyi eszközök fejlesztése is kiemelt fontosságúként jelent meg, hiszen a szakszerű és korszerű, azaz hatékony ellátáshoz a képzett és elérhető szakmai erőforrás mellett a technikai, dologi erőforrások biztosítása is szükséges.

A megkérdezettek külön kiemelték, hogy a családok segítése, technikai, érzelmi felkészítése, támogatása olyan kardinális fejlesztési kérdés, ami nemcsak az ellátórendszer jobbá tétele, a szolgáltatás színvonalának emelése érdekében kulcsfontosságú, hanem voltaképpen a rendszer biztonságos működtetése szempontjából is elengedhetetlen. Azok a családok (akár vér szerinti szülők, akár nevelőszülők esetében), ahol súlyos fogyatékkal élő gyermek nevelkedik, hathatós és folyamatosan elérhető támogatás hiányában nemcsak megtartó funkciójukat nem tudják betölteni, de adott esetben akár veszélyeztető közeggé is válhatnak, amennyiben nem képesek (tudás vagy eszközök hiányában) a gyermek szakszerű ápolását, gondozását biztosítani.

„[...] nagyon nagy szerepe van az alapellátásnak, a családsegítésnek, hogy azokat a szülőket segítsék, ahová fogyatékos gyermek születik. Mind egészségügyi, mind gyógypedagógiai, mind gondozási szempontból ott kapják meg a segítséget, hogy ne kelljen a gyerekeket a családból kiemelni amiatt, hogy nem kapják, nem tudják a szülők ellátni. De ha már [elkerülhetetlen a kiemelés], akkor pedig képezzünk különleges nevelőszülőket, akár intézményekhez kapcsolódóan, és oda kerüljenek a gyerekek, ne intézménybe.”

Összegzés

Összefoglalóan megállapítható, hogy az ápolási-gondozási feladatokat ellátó intézmények infrastrukturális körülményei az otthonul szolgáló ingatlanokat tekintve kielégítőek, de – kivált a férőhelyek és a foglalkoztató helyiségek száma és felszereltsége vonatkozásában – fejlesztésre szorulnak. Emellett szakember-ellátottság tekintetében szinte minden intézmény kritikus nehézségekkel küzd, létszámban és képzettség terén egyaránt. Ugyanígy problémás a gondozottak szállítása és a logisztikai feladatok ellátása, elsősorban eszközhiány miatt.

Az együttműködések minősége nagyban függ a részrendszerekben dolgozók informális kapcsolatainak, ami jelentős bizonytalanságot eredményez a működésben. Ennek csökkentése érdekében a folyamatok szabályozásának újragondolása, mindenekelőtt a bürokratikus és adminisztratív terhek csökkentése lenne kívánatos.

A 2013-as jogszabályi változások nyomán kialakuló működési keretek nem szolgálják az ellátás színvonalának emelkedését – ellenkezőleg, az alapvetően szükséges szolgáltatások nehezen és korlátozottan elérhető volta inkább visszalépést jelent.

Szükségesnek látszik a szolgáltatások újraszervezése (ápoló-gondozó intézményekhez rendelése) mellett a szakmai dolgozók bérének rendezése is.

A fókuszcsoportos interjú tapasztalata szerint a legfontosabb fejlesztési irány a súlyos fogyatékkal élő gyermeket nevelő családok technikai, gyakorlati és érzelmi felkészítése, hatékony és adaptív támogatása annak érdekében, hogy a fogyatékkal élő gyermekeknek csak az ellátási nehézségek miatti családból történő kiemelése minél nagyobb számban elkerülhető legyen.

IV. POLICY AJÁNLÁSOK

Ténymegállapítások

A súlyos, halmozott fogyatékossgal élő, tartós betegséggel küzdő gyermek családban történő nevelését illetően a vér szerinti szülő és a nevelőszülő azonos helyzetben van: nincsenek vagy nem elégségesek az elérhető szolgáltatások, hiányoznak a nappali ellátások. A szülőket, nevelőszülőket segítő szakemberek szakmai tudása és információi e tekintetben kiegészítésre szorulnak.

Tehát elsősorban az alapszolgáltatásokat kell megerősíteni annak érdekében, hogy a speciális helyzetű gyermekek a családban, illetve a nevelőszülői családban maradhassanak, és ne legyen szükség intézményes elhelyezésükre.

A vér szerinti családban élő speciális helyzetű gyermekek két úton kerülhetnek az intézményes ellátásba:

1. A vér szerinti családjukban valamilyen okból veszélyeztetett vagy elhanyagolt gyermekek veszélyeztetettségük, ellátatlanságuk következtében kerülnek a szakellátásba; köztük lehetnek és vannak olyan gyermekek, akik súlyosan vagy halmozottan fogyatékosok, tartós betegséggel küzdenek. Továbbá, ha a szülő jogi értelemben lemond a gyermekéről, tehát szülői felügyeleti joga megszűnt, akkor a kiskorú a gyermekvédelmi szakellátásba kerül. A szakellátásba bekerülő gyermekek elhelyezésére a megyei/fővárosi szakértői bizottság szakmai véleménye alapján a területi gyermekvédelmi szakszolgálat tesz javaslatot, ami a gyermek állapotának, szükségletének megfelelően lehet nevelőszülő, különleges gyermekotthon vagy a Szociális törvény hatálya alá tartozó ápolást-gondozást nyújtó intézmény.
2. Ha a szülő csupán a gyermek gondozásáról, neveléséről mond le, mert már nem tudja ellátni, és a gyermek az ő kérésére kerül intézménybe, az nem érinti a szülői felügyeleti jogát, a gyermek nem lesz szakellátott, így fogyatékossgára tekintettel ő csak ápolást-gondozást nyújtó intézménybe tud kerülni.

Súlyos anomália, hogy egyes esetekben – az ápolást-gondozást nyújtó intézményekre jellemző hosszú várólista miatt – a szülők azért kérik gyermekük gyermekvédelmi szakellátásba vételét, mert abban reménykednek, hogy így hamarabb jutnak intézményi férőhelyhez. Ennek megszüntetésére minden eszközt meg kell ragadni.

A gyermekvédelmi szakellátásban lévő, 0–6 éves súlyos vagy halmozottan fogyatékos, tartós betegséggel küzdő kisgyermekek intézményi elhelyezése jelenleg kétféle intézményben is történhet: 0–3 éveseket ellátó különleges gyermekotthonban, illetve a Szociális törvény hatálya alá tartozó fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában. Ezzel kapcsolatban két probléma merül fel:

1. A párhuzamos rendszerek működtetése nem lehet hatékony és működési anomáliákat okozhat, adott esetben pedig a speciális támogatást igénylő 6 év alatti gyermekek ellátásának szükségességét a „csecsemőotthonok” létjogosultságának alátámasztásához is használják.
2. Az ellátás feltételei nem azonosak, így elfogadhatatlan, hogy a jogszabály a gyermekvédelmi intézményekben jobb feltételeket ír elő (mind a tárgyi, mind a személyi feltételek tekintetében), mint a fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában.

Cél: **egységes intézmény legyen** (akár a gyermekvédelmi, akár a szociális ellátórendszerben találjuk meg a helyét) annak érdekében, hogy az azonos állapotú, azonos ellátási szükségletű gyermek ugyanolyan **egységesen jó színvonalú ellátásban részesüljön**, akár él a szülő szülői felügyeleti joga, csak gondozását, nevelését nem tudja vállalni, akár gyermekvédelmi szakellátott a gyermek, mert a vér szerinti családjában valamilyen okból kifolyólag veszélyeztetett volt. Ne legyen párhuzamosság, különös tekintettel az ellátórendszer kapacitáshiányára, hiszen ily módon a forrásokat nem lehet koncentrálni, és a szakembereket sem lehet megfelelő számban találni.

Policy ajánlások

Kvantitatív és kvalitatív kutatási eredményeink alapján a szakemberek által megfogalmazott fejlesztési javaslatokat – melyeket jól megerősítenek a szakértői tanulmányok is – az alábbiakban foglaljuk össze:

- Az intézményrendszer szakember-ellátottsága mutatkozik a legfontosabb hiányterületnek. A szakképzett munkaerő elérése, illetve a már alkalmazásban állók szakmai képzése, fejlesztése kardinális kérdés a rendszer adekvát működésének szempontjából. Ennek érdekében szükséges a képzés fejlesztése és a bérrendezés.
- A betöltetlen álláshelyek problémájára konkrét jogszabály-változtatási javaslat, hogy a jelenleg ajánlott minősítésben megadott dolgozói létszám kötelező minősítést kapjon.
- A szülők (és nevelőszülők) számára biztosított hatékony felkészítés és eszközellátás, valamint a fogyatékossgal élő gyermekek neveléséhez, gondozásához támogatást nyújtó családcentrikus szolgáltatások folyamatos biztosítása nagyban hozzájárulna a családoktól a rendszerbe bekerülő, illetve az oda visszatérő gyermekek számának csökkentéséhez.
- A sikerebb nevelőszülői kihelyezések érdekében a gyes, gyed igénybevételenek lehetőségét biztosítani kell a nevelőszülők számára 0–3 éves, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekek fogadása esetén.
- A fogyatékkal élő gyermekek fejlesztésében kiegészítő szolgáltatásként széles körben elérhetővé kell tenni az állatasszisztált terápiákat. Ezek jelenleg többnyire nem rendszerszinten, csak a civil szférával kialakított informális kapcsolatokon keresztül – és csak szórványosan – biztosítottak.
- A hatékony szolgáltatásszervezés és a szolgáltatási paletta bővítése érdekében, valamint az eszköz- és infrastrukturális fejlesztések finanszírozására szükséges lenne egy hatékonyan működő, aktív pályázati rendszer, ami a korábbi jó gyakorlat újraindításán és fejlesztésén alapul.
- Az ápolás-gondozás területén működő intézmények zökkenőmentes működtetéséhez kívánatos lenne a korábbi (2013 előtti) állapot visszaállítása, mely szerint a fejlesztő szolgáltatásokat nyújtó szakemberek az intézményen belül, saját feladatellátás keretében legyenek elérhetők (elsősorban fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus, gyógymasszőr).
- Elsősorban (de nem kizárólagosan) az integrált intézmények esetében szükséges a pedagógus és nem pedagógus jellegű munkakörökben dolgozó munkavállalók munkarendjének, munkabérének és foglalkoztatási körülményeinek összehangolása.
- A továbbképzések, szakmai fórumok elérhetősége fejlesztésre szorul, főleg azért, mert a fővárostól távolabbi, illetve a kisebb településeken dolgozó szakemberek számára időben és térben (a költségek miatt is) korlátozott a hozzáférés a szakmai fejlődést szolgáló programokhoz.
- A fejlesztő és terápiás szolgáltatások helyben történő megszervezésének akadályoztatása esetén megoldást nyújtana egy országosan szervezett utazó szolgáltatási hálózat.
- A nevelőszülői képzésben és a nevelőszülői tanácsadó rendszerben a jelenleginél jóval markánsabban kellene megjelennie a fogyatékos gyermekek ellátására, gondozására és nevelésére vonatkozó és a szociális támogató rendszerrel kapcsolatos képzési tartalomnak. Ez ugyanúgy igaz az alapellátásban, a családsegítő központokban és gyermekjóléti szolgálatoknál dolgozó szakemberek képzésére is.
- A nevelőszülői képzés hatékonyságának növelését eredményezhetné, ha a képzés moduláris felépítésű lenne: az alapismereteken túl választható módon többféle modul felvételével történne a nevelőszülő felkészítése (fogyatékos gyermekekre, roma származású gyermekekre, 12 éven felüli gyermekekre stb. fókuszáló modulokkal).
- A gyermekvédelmi gyámság jogintézményének bevezetése számos nehézséget okozott; az együttműködések tanulni kell, a gondozási helyek jelzik azt, hogy az ellátásban meglévő felelősségük mellé több információra, bizonyos esetekben nagyobb felhatalmazásra lenne szükségük.
- A támogatás-igénylés tekintetében szükséges lenne lehetőséget teremteni arra, hogy a nevelőszülőnél nagykorúságát elérő fogyatékos fiatal hosszabb ideig vehesse igénybe az utógondozói ellátást, vagy valamilyen formában rendezett jogi keretek között ott élhessen az ellátás megszűnése után is.
- A társszakmák és a részrendszerek közötti hatékony kommunikáció érdekében tanácsos lenne az alapvető kulcsfogalmakat tartalmuk alapján egységesíteni (például a köznevelésben és a gyermekvédelemben

az átlagostól eltérő nevelési igényre vonatkozó, részben eltérő tartalommal használt „sajátos”, „különleges” és „speciális” terminusokat).

- A súlyos (és születéskor egyértelműen azonosítható tüneteket mutató) fogyatékossgal világra jövő gyermekek és szüleik támogatására jelenleg nincs rendszerszinten biztosított protokoll. A szülészeti osztályok támogatása és tájékoztatása egészségügyi szempontú, így a szülők a gyermekvédelmi és a szociális vonatkozású lehetőségekről és segítségekről csak esetlegesen rendelkeznek ismeretekkel. A jogszabályi háttér megalkotásával, a támogatási struktúra kidolgozásával rendszerbe emelhető – és más fogyatékossgai típusra, valamint más életkorra is továbbfejleszthető – jó gyakorlat a „Down Dada” program, ami jelenleg önkéntesen szerveződve működik.
- Általában a gyermekvédelmi rendszer minden szintjén (a szakpolitikában, a képzésekben és az intézményi működés szintjén is) erősítendő a családközpontú, gyermekközpontú szemlélet, melynek értelmében az örökbefogadáson kívül minden ellátási formának – beleértve a nevelőszülői elhelyezést is – az az elsődleges célja, hogy a gyermek visszakerülhessen a vér szerinti családjába. Minden más megoldás csak ennek lehetetlensége esetén, vagy aktuálisan nem lehetséges voltának idejére lehet választható. Ennek alapvető feltétele az alapszolgáltatások és a támogatások elégséges volta.

KEREKI J. (2015): A koragyerekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások. *Gyermeknevelés*, 3(2), 55–76. p.

KEREKI J. – LANNERT J. (2009): *A korai intervenció rendszer hazai működése*. Kutatási zárótanulmány. http://www.t-tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf

(Letöltve: 2017. jún. 10.)

A Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat statisztikai adatai:

KSH (2015): *Magyarország, 2016*. Budapest, KSH. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2015.pdf>

(Letöltve: 2017. jún. 10.)

KSH (2016): *Magyarország, 2017*. Budapest, KSH. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2016.pdf>

(Letöltve: 2017. jún. 10.)

SZAKÉRTŐI TANULMÁNYOK

DEMCSIK MÓNICA: A JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET VIZSGÁLATA

Jelen tanulmány első része a 0–6 éves korú, fogyatékos, illetve eltérő fejlődésű gyermekek, vonatkozásában az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (a továbbiakban: Szt.) hatálya alá tartozó intézményekben a gyermekek elhelyezését és az erre vonatkozó szabályozást tekinti át, összehasonlítva a gyermekvédelem szabályozási rendszerével.

Az Szt. 67. § (1) bekezdése nevesíti az ápolást, gondozást nyújtó intézményeket. A továbbiakban a törvény a gyermekek ellátására vonatkozóan csak pár paragrafusban tér ki.⁸ Ezek közül a legfontosabb a gyermekek elhelyezésére vonatkozó szabályozás, mely szerint: *„A fogyatékos személyek otthonában elkülönítetten kell megszervezni a kiskorúak és a felnőttek, valamint az enyhe értelmi fogyatékos személyek és a középsúlyos, illetve súlyos értelmi fogyatékos személyek ellátását.”*⁹

A fogyatékos gyermekek elhelyezését is tartalmazza a jogszabály: *„A fogyatékos személyek otthonába az a fogyatékos személy vehető fel, akinek oktatására, képzésére, foglalkoztatására, valamint gondozására csak intézményi keretek között van lehetőség. Enyhe értelmi fogyatékos kiskorú csak kivételes esetben helyezhető el a fogyatékos személyek otthonában.”*¹⁰

Kiskorúak esetében a törvény nevesíti a korai fejlesztés és gondozás, valamint a fejlesztő nevelés kötelezettségét: *„A fogyatékos kiskorúak esetében az ápolással, gondozással párhuzamosan biztosítani kell a korai fejlesztést és gondozást, vagy a fejlesztő nevelést ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel való együttműködést, továbbá az iskolai tanulmányok folytatásának segítését.”* Tehát a jelenleg érvényben levő szabályozás szerint a fejlesztés és tankötelezettség, továbbá fejlesztő nevelés kérdéskörében a szociális intézmény csak megszervezési kötelezettséggel bír, magát a fejlesztést a területileg illetékes pedagógiai szakszolgálat biztosítja.¹¹

Az Szt. végrehajtási rendelete, az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (a továbbiakban rendelet) további szabályozást nevesít a gyermekek ellátása kapcsán.

Nagyon fontos, hogy a rendelet a kiskorúak esetében az étkezéssel kapcsolatosan további szabályozást nevesít, mégpedig: szerint: *„Az ellátottak étkeztetése keretében legalább napi háromszori étkezést – ebből legalább egy alkalommal meleg ételt – kell biztosítani. A kiskorúak a főétkezéseken kívül naponta legalább kétszer kiegészítő étkeztetésben részesülnek.”*¹²

A tapasztalatom szerint azonban ez a szabályozás a szociális intézményekben nem valósul meg: kiskorúak esetén is csak háromszori étkezést biztosítanak.

Az étkeztetés követelményeiről a rendelet csak annyit fogalmaz meg általánosan, minden ellátottra vonatkozóan, hogy *„A bentlakásos intézmény – a rehabilitációs célú lakóotthon kivételével – az étkezést a bentlakók életkori sajátosságainak, valamint az egészséges táplálkozás követelményeinek megfelelően nyújtja, a szociális étkeztetésre vonatkozó szabályok figyelembevételével.”*¹³

Ugyanakkor, a Gyermekvédelmi törvény végrehajtási rendelete (15/1998. [IV. 30.] NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, a továbbiakban: Nmr.) a teljes körű ellátás kapcsán szabályozza a gyermekek étkeztetését: *„A gondozott gyermek számára naponta, az életkornak megfelelő, legalább ötszöri, legalább*

⁸ „Az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek napi legalább háromszori étkeztetéséről, szükség szerint ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról, mentális gondozásáról, a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi ellátásáról, valamint lakhatásáról (a továbbiakban: teljes körű ellátás) az ápolást, gondozást nyújtó intézményben kell gondoskodni, feltéve, hogy ellátásuk más módon nem oldható meg.”

⁹ Szt., 70. § (1).

¹⁰ Szt., 69. § (1) és (2).

¹¹ Szt., 70. § (2).

¹² 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, 45. § (2).

¹³ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, (45. § (1).

egy alkalommal meleg, az egészséges táplálkozás követelményének megfelelő étkezést kell biztosítani, a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló miniszteri rendeletben foglaltaknak megfelelően.”¹⁴ A szociális rendelet az étkezések számát nem úgy szabályozza, ahogyan az Nmr., hiszen a kiegészítő étkezés nagyon különbözőképpen értelmezhető. Valamint sok esetben, a szociális intézményben ugyanazt az étkezést biztosítják a gyermekek és a felnőttek számára, ami semmiképpen nem megfelelő, és sok esetben nem különül el a pépes és a szilárd táplálkozás megszervezése sem.

A ruházat és a textília biztosítása tekintetében az Nmr. pontosan meghatározza a szakellátásban lévő gyermekek számára biztosítandó ruházatot¹⁵ de a szociális intézményekre vonatkozó rendeletben ez nem található meg, illetve csak annyi, hogy a saját ruházaton felül, amennyiben az nem elegendő az ellátott számára legalább három váltás fehérneműt, valamint az évszaknak megfelelő legalább két váltás felső ruházatot és utcai cipőt kell biztosítani az intézménynek.¹⁶ Kiskorú esetében, ha indokolt, még a sportruházatot is biztosítani kell.

A gyermekek és felnőtt ellátottak ruházatának mosása tisztítása nem külön történik.

A személyi higiéné biztosítása kapcsán az előírt feltételek ugyanazok, kivételt képez, hogy az Nmr. nemcsak a tisztálkodáshoz kapcsolódó anyagokat és eszközöket említi, hanem a testápolási eszközöket is.

Szintén kihangsúlyozandó, hogy az Nmr. a gondozott gyermek ruházatának és használati tárgyainak elhelyezését is szabályozza: „A gondozott gyermek személyes használati tárgyait és ruházatát a csoport lakóterében, társaitól elkülönítetten kell elhelyezni.”¹⁷ A szociális intézmények többségében a gyermekeknek nincs önálló szekrénye, minden ruha mindenkié, hiszen nincs is szabályozás a külön szekrényre, a tárolásra stb.

A gyermekvédelmi intézményekben a különleges ellátási szükségletű gyermekek elhelyezésére az Nmr. 124. § (4) bekezdése vonatkozik, melyben a közös és hálólhelyiségen, a nemenként elkülönített illemlhelyeken kívül a mindennapi életvitelhez szükséges bútorok, berendezési tárgyak és eszközök értendők.

A területre vonatkozóan eltérő a szabályozás, hiszen míg az Nmr. 6. számú melléklete gyermekenként 12 m²-t ír elő (3 év alatt csoportonként 28 m²-t), addig a szociális rendelet egy ellátottra 6 m² minimumot határoz meg. A rendelet 40. § (3) bekezdésében külön szabályozásként jelenik meg a súlyos fogyatékos gyermekek elhelyezése, mely szerint „a szociális intézményben az elhelyezést igénybe vevő súlyos fogyatékos gyermekeket ellátó csoport maximális létszáma 8 fő”.

A rendelet a súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport szakmai létszámára is tartalmaz előírást. Eszerint gyermekgondozó-ápoló vagy ápoló-gondozó 4 fő, pedagógus pedig 1 fő dolgozik a csoport mellett; a munkájukat segíti az osztályvezető (5 csoport irányítása 1 fő) és a mozgásterapeuta (ajánlott létszám napi 4 óra).

A tankötelezett korú gyermekek oktatásának megszervezése a szociális intézmények számára szintén kötelező feladat: „A gyermekkorú személyeket ellátó bentlakásos intézmény gondoskodik a tankötelezettségi kort elért gyermek tanulási képessége vizsgálatának megszervezéséről, valamint a gyermek állapotának megfelelő képzési kötelezettsége teljesítésének feltételeiről gyógypedagógiai fejlesztéséről és indokolt esetben a tankötelezettség és képzési kötelezettség teljesítésének feltételeiről.”¹⁸

Elhelyezési adatok 2014-ben (KSH):

- A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fogyatékos gyermekek létszáma kb. 3200 fő. Gondozási formák szerinti elhelyezési megoszlásuk: nevelőszülőnél kb. 49%-uk, gyermekotthonban kb. 45%-uk, az Szt. hatálya alá tartozó fogyatékosokat ápoló-gondozó otthonban kb. 6%-uk.
- A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő tartós beteg gyermekek létszáma mintegy 1000 fő. Gondozási formák szerinti elhelyezési megoszlásuk: nevelőszülőnél kb. 72%-uk, gyermekotthonban kb. 20 %-uk, az Szt. hatálya alá tartozó fogyatékosokat ápoló-gondozó otthonban kb. 8%-uk.
- Az Szt. hatálya alá tartozó fogyatékosokat ápoló-gondozó intézményben ellátott, de gyermekvédelmi

¹⁴ Nmr., 76. § (1).

¹⁵ Nmr., 77. § (1).

¹⁶ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, 46. § (2).

¹⁷ Nmr., 124. § (5).

¹⁸ 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, 59. §.

szakellátásban nem részesülő kiskorúak létszáma 510 fő, a gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők 323 fő.

Összehasonlításképpen, a 2016 évi KSH-adatok szerint a különleges szükségletű gyermekek 28%-a nevelkedett gyermekotthonban, 5%-a pedig ápolást gondozást nyújtó otthonban.

Elgondolkodtató ugyanakkor az a 2014-es adat, hogy míg a fogyatékos gyermekek esetében a családból történő kiemelés 323 gyermeket érintett, addig 510 azoknak a gyermekeknek a száma, ahol a családok saját döntésük nyomán, nem külső nyomás, hatósági intézkedés miatt, hanem saját elhatározásukból adták gyermeküket ápoló-gondozó otthonba.

A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fogyatékos, tartósan beteg gyermekek elhelyezési helyének alakulását mutató adatok bizonyítják, hogy intézményes elhelyezésben (gyermekotthonban, az Szt. hatálya alá tartozó ápoló-gondozó otthonban) a súlyos fogyatékos, a tartós beteg, a halmozott fogyatékos és a halmozottan beteg gyermekek részesülnek elsősorban. Ennek az az oka, hogy a nevelőszülői ellátás mellől hiányzik az az összetett feltételrendszer, ami szükséges volna az állam és a nevelőszülő részéről egyaránt felelősséggel felvállalható feladatellátáshoz.

Bizonyos súlyosságú fogyatékos, tartós betegség vagy halmozott fogyatékos, betegség esetén – tekintettel arra, hogy ezekben az esetekben jellemzően speciális ápolási gondozási igény is jelentkezik – kérdéses, hogy nevelőszülői családban biztonsággal ellátható-e a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermek.

Az ezzel kapcsolatosan felvetődő fontos kérdések:

- A nevelőszülő felkészíthető-e megfelelően erre a feladatra?
- Biztosíthatók-e otthonában a speciális tárgyi feltételek, a speciális környezet kialakítása?
- Elérhetőek-e helyben (vagy legalábbis elérhető, még vállalható terhekkel járó, negatív következményeket nem eredményező közelségben) a nevelőcsalád számára a fogyatékos, tartósan beteg gyermek ellátásához elengedhetetlenül szükséges szolgáltatások, ellátások (egészségügyi, oktatási)?
- Milyen a helyi társadalom elfogadó- és befogadókészsége? Meddig és hogyan terhelhető(k) a nevelőszülő és a nevelőszülő családtagjai?

Ugyanezen kérdések többsége – másokkal kiegészülve – felmerül az átlagos (klasszikus) gyermekotthoni, de egy része még a különleges gyermekotthoni elhelyezéssel összefüggésben is, különösen azok, amelyek a szükséges kapcsolódó szolgáltatásokat, közösségi ellátásokat, az adott település inklúziókészségét érintik.

A jogi szabályozási háttér áttekintése után megállapítható, hogy a súlyos-halmozottan fogyatékos, beteg gyermekek ellátásához – még ha a jelenlegi férőhelyszámnál kevesebb számban is – valószínűsíthetően mindig, de reálisan legalábbis hosszú távon szükség lesz intézményes keretekre, ezért indokolt az intézményes ellátás humán erőforrásának, valamint a tárgyi környezetnek a karbantartása és megerősítése.

1. A GYVT. ÉS AZ SZT. HATÁLYA ALÁ TARTOZÓ INTÉZMÉNYEKRE VONATKOZÓ SZEMÉLYI FELTÉTELEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A szociális és gyermekjóléti szolgáltatások esetében két miniszteri szintű rendelet szabályozza az általános személyi feltételeket, az egyes munkaköröket, a foglalkoztatandó személyek számát és a végzettségekkel kapcsolatos elvárásokat.

A személyi feltételekhez kapcsolódó rendelkezéseket a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet, illetve a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet (Nmr.) tartalmazza.

A személyes gondoskodás egyes formáinak szakmai létszámnormáit az SzCsM rendelet 2. számú melléklete tartalmazza, míg a családsegítés és a gyermekjóléti szolgáltatás szakmai létszámnormáit, illetve

a gyermekjóléti és a gyermekvédelmi személyes gondoskodás formáinak szakmai létszámirányszámain és létszámminimum-normáit az Nmr. 1. számú melléklete tartalmazza. A szakmai létszámnorma – a szolgáltatások biztosítása érdekében – **a kötelezően alkalmazandó legkisebb létszámot jelenti**; ettől az intézmények pozitív irányban eltérhetnek. Létszám alatt (kivéve ahol a jogszabály ettől eltérően rendelkezik) napi 8 (heti 40) órában, határozott vagy határozatlan idejű közalkalmazotti jogviszonyban, illetve a Munka törvénykönyve szerinti munkaviszonyban foglalkoztatott személyeket kell érteni. Egyes munkakörökben elfogadhatók az egyéb munkavégzésre irányuló jogviszonyok is (megbízási szerződés, vállalkozási szerződés).

Az SzCsM rendeletben foglaltak szerint (6. §) alapszolgáltatás esetén az ellátásban részesülő személyekkel közvetlenül foglalkozó, személyes gondoskodást végző személyek legalább 50%-ának szakképzettnek kell lennie. Ez az arány nappali ellátás és bentlakásos intézményi ellátás esetén 80%.

Az Nmr. hatálya alá tartozó munkakörökben a szakképzettség a foglalkoztatott személyek 100%-ára terjed ki, azonban szakképzettség nélküli személy bizonyos munkakörökben és szolgáltatásokban a 257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet 10. §-a alapján alkalmazható, így a gyermekotthonokban gyermekvédelmi asszisztens, gyermekfelügyelő és kisgyermeknevelő.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményben, illetve a gyermekjóléti és a gyermekvédelmi személyes gondoskodás formáiban foglalkoztatottaknak az adott munkakör betöltéséhez szükséges képesítési minimumelőírásait az SzCsM rendelet 3. számú melléklete, illetve az Nmr. 2. számú melléklete tartalmazza.

A munkakör betöltéséhez szükséges képesítési előírások alól egyes esetekben a munkáltatói jogkör gyakorlója **határozott időre felmentést adhat**, ennek azonban összetett szabályrendszere van.

Általánosan felmentés adható, ha

- az adott munkakör betöltésére nem áll rendelkezésre a képesítési előírásoknak megfelelő személy, és
- a munkakört betölteni kívánó személy a képesítés megszerzése érdekében már szakirányú oktatásban vesz részt, vagy vállalja a szükséges szakirányú képesítés megszerzését.
 - A felmentés ideje a fő szabály szerint **maximum öt év**, míg segítségnyújtás esetében **maximum két év** lehet.
 - Nem adható felmentés a vezető beosztású, megbízású vagy munkakörű személyek számára.
 - Nem adható felmentés az Nmr. hatálya alá tartozó munkakörökben, kivéve a családsegítés és gyermekjóléti szolgáltatás esetét, ha a munkavállaló az előírt végzettséget a **nyelvvizsga hiánya** miatt nem szerezte meg.

Az előírt létszámnormák és képesítések konklúzió levonásának céljából történő összehasonlítása nem lehet releváns, hiszen sem a szakfeladat, sem az ellátott gyermek esetében az ellátási szükséglet különbözőségének mértéke nem teszi lehetővé az összehasonlítást.

A gyermekvédelem rendszerében kialakult, és a nagy létszámú intézmények megszűnését követően viszonylag stabilan működő gyermek- és lakásotthoni létszámok állandósága egyáltalán nem jellemző a szociális ellátórendszerben.

A kiskorú, szakellátásban lévő gyermekek az Szt. hatálya alá tartozó intézmények közül az ápoló-gondozó otthonokban kerülnek elhelyezésre. Az ápoló-gondozó otthonokban a következő a létszámnorma:

50 férőhelyre vetítve

ápoló-gondozó

kiskorúak ellátása esetén	20 fő
felntőtkorúak ellátása esetén	15 fő
fejlesztőpedagógus	2 fő
szociális és mentálhigiénés munkatárs	1 fő
mozgásterapeuta (ajánlott létszám)	1 fő
foglalkoztatás-szervező (ajánlott létszám)	1 fő

100 férőhelyre vetítve:

szociális ügyintéző	1 fő
---------------------	------

Súlyos fogyatékos személyeket

ellátó csoport:

osztályvezető (5 csoport irányítása)	1 fő
gyermekgondozó-ápoló vagy ápoló-gondozó	4 fő
mozgásterapeuta (ajánlott létszám) napi 4 óra	
pedagógus	1 fő

Az Szt. értelemszerűen megkülönbözteti a súlyos fogyatékosokat ellátó csoportot, és más létszámot rendel hozzá, míg a gyermekvédelem rendszerében erre nincs szükség.

Az Nmr. a következőképpen rendelkezik a létszámnormákról:

Gyermekotthon és kizárólag menekültként elismert, kísérő nélküli kiskorúakat ellátó gyermekotthon (max. 48 férőhely, max. 12 gyermek/csoport):

intézményvezető	1 fő
gyermekcsoportonként nevelő	1 fő
gyermekvédelmi asszisztens	1 fő
gyermekfelügyelő	3 fő

(Ha a nevelők száma magasabb, a gyermekvédelmi asszisztensek, illetve a gyermekfelügyelők száma csökkenthető, de csak akkor, ha a csoportra vonatkozó összlétszám nem kerül 5 fő alá.)

Lakásotthon (max. 12 fő)

nevelő	1 fő
gyermekvédelmi asszisztens	1 fő
gyermekfelügyelő	3 fő

(Ha a nevelők száma magasabb, a gyermekvédelmi asszisztensek, illetve a gyermekfelügyelők száma csökkenthető, de csak akkor, ha a csoportra vonatkozó összlétszám nem kerül 5 fő alá.)

Különleges gyermekotthon (max. 40 férőhely)

intézményvezető	1 fő
tartósan beteg, illetve fogyatékos	
gyermeket ellátó gyermekcsoportonként	
nevelő	1 fő
gyermekvédelmi asszisztens	1 fő
gyermekfelügyelő	3 fő

(Ha a nevelők száma magasabb, a gyermekvédelmi asszisztensek, illetve a gyermekfelügyelők száma csökkenthető, de csak akkor, ha a csoportra vonatkozó összlétszám nem kerül 5 fő alá.)

0–3 év közöttieket ellátó 3 éven aluliakat ellátó csoportokhoz

(Max. 8 fő/csoport, vagy 3 éven aluli fogyatékos gyermekeket is ellátó integrált csoportokhoz max. 6 fő/csoport.)

kisgyermeknevelő	4 fő
nevelő	1 fő/2 csoport
tejkonyhavezető	1 fő
gazdasági nővér	1 fő
gyermekszakorvos	átlag napi 1 óra/csoport

3 éven aluliakat ellátó intézményben

kisgyermeknevelő	1 fő/2 csoport
------------------	----------------

A képzési előírások tekintetében a 3 év alatti korosztály esetében a jogszabály kizárólag a kisgyermek-nevelői képzés elfogadását teszi lehetővé.

Szakápolási feladatok

A szociális intézmények esetében beszélhetünk szakápolási feladatokról, a gyermekvédelem rendszerében nem. Ennek mindenképpen vannak személyi vonatkozásai.

Szakápolási feladat: korábban az egészségügyi szakápolási feladatokat (infúzió-bekötés, sebkötözés stb.) otthonápolás keretein belül látták el a szociális bentlakásos intézmények. Ennek az a menete, hogy a háziorvos, illetve az intézmény orvosa, ha szükségesnek tartja, kiírja a lakót, akit az otthonápolás szakemberei aztán ellátnak. Egészségügyi jogszabály rendelkezik a vizitszámról és a hozzá tartozó finanszírozásról. A lakók számára gyógytorna-tevékenységet is lehet rehabilitáció keretében kiírni. Ugyan a háziorvos kiírja, de a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) nem engedélyezi, arra hivatkozva, hogy az intézményeknek kell gyógytornászt biztosítani. A már hivatkozott SzCsM rendelet lehetővé teszi mozgásterapeuta foglalkoztatását, de ez nem kötelező. A NEAK nem finanszírozza a gyógytornát és az intézményben végzett szakápolási tevékenységet, többek közt az SzCsM rendelet 50. §-ára hivatkozva, mely szerint az otthonoknak kell biztosítani a szakápolást, illetve a dolgozók 80%-ának szakképzettnek kell lennie.

Összegzés

- Étkeztetés: a gyermekek a szociális intézményeken hátrányos helyzetben vannak a gyermekotthonokhoz képest.
- Tárgyi feltételek: a szociális intézményekben kevésbé valósul meg a gyermekek helyiség- és négyzetméterigénye; sok esetben több gyermek van egy szobában, mint amit a szabályozás előír.
- A ruházat és annak tárolása: a gyermekek ruházatára vonatkozólag a szociális intézmény nem írja elő a saját zárható szekrényt, és nem valósul meg a saját ruha, valamint a gyermekek ruháinak a felnőttekétől történő külön tisztítása.
- Bútorzat: a szociális intézményekben a rehabilitációs célú és gyógyászati eszközként használt berendezéseken kívül kevésbé jellemző az életkornak megfelelő berendezés és bútorzat.
- Személyi feltételek tekintetében az eltérő szakfeladat, valamint az ápolás és a nevelés különbözősége miatt ez a tényező nem összehasonlítható.

2. A KÜLFÖLDI INTÉZMÉNYEK MŰKÖDÉSE

A tanulmány második részében áttekintem – főképp az európai országok körében – azokat az ellátási formákat és intézményeket, esetenként a hozzájuk kapcsolódó finanszírozást, melyek a tartós bentlakással működő, ápolást-gondozást nyújtó szolgáltatásokat biztosítják gyermekek számára. A bemutatott országokról nem egységes és azonos terjedelmű az információ.

A fogyatékos gyermekek ápoló-gondozó otthonokban történő elhelyezése, illetve az otthonok működése országonként, sőt még egy-egy országon belül is nagyon különböző képet mutat. Az erre vonatkozó fellelhető szakirodalom nem túl bőséges, főleg azért nem, mert az országok többsége – különös tekintettel a jóléti államokra – sokkal nagyobb hangsúlyt fektet a megelőzésre, a családok támogatására és a fogyatékos gyermek családban tartására, mint az intézményi ellátásra, így többnyire az ezekkel kapcsolatos tanulmányok és szakértői anyagok születnek. Éppen ezért az egyes országok ellátórendszerének bemutatása sem egységes: van olyan ország, melyről több szakirodalom és információ fellelhető, van olyan, melyről nagyon kevés.

Maga a kitagolás mint folyamat, vagyis a nagy létszámú otthonok felszámolása is bizonyos országokban jóval korábban elindult már, de egy-egy ország más-más időpontban indította el a saját programját, és sok esetben országokon belül is nagyon nagy különbségek mutatkoznak a kitagolási programok elindulásának időpontjában. Emellett nemcsak a programok indulásának időpontjában vannak nagy különbségek, hanem azok kivitelezésében is. Míg nagyon sok különbség az adott ország vagy közigazgatási egység specifikumaival is magyarázható, bizonyos minőségi különbségek a normalizációs elv félreértelmezéséből is következnek.

Az európai országok gyakorlata – példák

Szlovákia

Szlovákiában az ápoló-gondozó otthonokat az állam tartja fenn, a gyermekek felvételét kérvényezni kell, és a többségében várólista van, vagyis csak üresedés esetén kerülhet felvételre a kérelmező. Az intézményekben felnőtteket és gyermekeket is ellátnak egyszerre, de többféle ellátási formával is találkozhatunk: lehetséges kollégiumi jelleggel igénybe venni, és van teljes bentlakásos, valamint ambuláns rész is. Az intézmények a szociális minisztérium hatáskörébe és felügyelete alá tartoznak (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky¹⁹), és a kerületek, illetve a járások működtetik őket.

A bentlakásos intézmények esetében némely intézményben a nem bent lakó gyermekeknek is tudnak fejlesztést biztosítani.

A gyermekek részére az ellátás két szálon fut: van egyrészt az állapotból adódó ápolás-gondozás, és van oktatás, melyet szintén az intézményekben biztosítanak. Az intézmények fő elve a normalizáció, illetve az integráció, vagyis inkább annak elérése. Az intézmények színvonala között jelentős eltérések vannak, mind a tárgyi felszereltséget, mind a szakember-ellátottságot tekintve. Sok intézményben jelentős a dolgozóhiány. A legjellemzőbb alkalmazott terápiák: zeneterápia, bibliaterápia, művészetterápia, drámaterápia, játékkerápia, foglalkozás-terápia, pszichomotoros terápia és állatasszisztált terápia.

Az ápolási tevékenységeket egészségügyi és nem szociális végzettségűek végzik, szoros orvosi együttműködéssel. Az ellátottak esetében a felvételnél az állapotfelmérést végzik, majd minden gyermekre egyéni fejlesztési tervet dolgoznak ki. Példaintézmény: Domov sociálnych služieb pre deti a rehabilitačné stredisko ROSA.²⁰

Észtország

Észtországban a fogyatékos gyermekek bentlakásos ellátása az oktatási rendszer keretén belül történik, a gyermekvédelmi gondoskodásban élők pedig az e célra létrehozott intézményekben kerülnek elhelyezésre.

Az észt gyermek- és családpolitika a köztársasági kormány által 2011-ben elfogadott *Fejlesztési terv a gyermekek és a családok számára 2012–2020* stratégián alapul.²¹

Az észt családpolitika egyik legfőbb jellemző elfogadott alapelve, hogy a problémák megelőzése hatékonyabb, mint a hatások mérséklése. Igyekszik tudásalapú és egységes családpolitikát folytatni. Mindezek eredményeként Észtország is azt a cselekvési tervet próbálja megvalósítani, hogy a gyermekek csak a legvégső esetben kerüljenek intézményi elhelyezésre, és a családokat kell a probléma megoldásában segíteni (az észtországi fogyatékos ellátásra a svédországi helyzetet tárgyaló részben is lesz utalás a ritka betegek ellátása kapcsán).

Szerbia

A fogyatékos gyermekek ügye Szerbiában a Munkaügyi, Foglalkoztatási, Veterán és Szociálpolitikai Minisztérium²² hatáskörébe tartozik.

Szerbiában az ápoló-gondozó intézmények állami fenntartásban vannak, magánotthonok nagyon kis számban működnek, de azok színvonala messze magasabb, mint az állami ellátórendszerben levőké. Régbben egyházi fenntartású gyermekintézmények is működtek a kolostorokon belül, de jelenleg ezekről nincs fellelhető információ. Az ellátásért a szociálisan rászoruló szülőknek nem kell fizetni, egyéb esetben vagy egy részét, vagy akár a teljes ellátási összeget is a szülőnek kell fizetniük.

¹⁹ <https://www.employment.gov.sk/sk/> (Letöltve: 2017. jún.15.)

²⁰ <https://bratislava.virtualne.sk/domov-socialnych-sluzieb-pre-deti-a-rehabilitacne-stredisko-rosa.html> (Letöltve: 2017. jún.15.)

²¹ Republic of Estonia, Ministry of Social Affairs: *Strategy of Children and Families for 2012–2020*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf

A fogyatékos gyermekekre vonatkozóan lásd Republic of Estonia, Ministry of Social Affairs: *Disabled child*. www.sm.ee/en/disabled-child

(Letöltve: 2017. jún. 30.)

²² Republika Srbija Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja. <https://www.minrzs.gov.rs/srb-lat> (Letöltve: 2017. jún. 30.)

Intézményi példa a Dom Veternik,²³ ami egy alapítványi fenntartású intézmény. Bentlakásos és bejáró formában is működik, és oktatást, valamint egészségügyi ellátást biztosít. A létesítményben vannak súlyos fogyatékosok, akik ellátása napi 24 órában történik, de van családi ház és pavilonjellegű ellátás is.

Cseh Köztársaság

A Cseh Köztársaság szociális biztonsági rendszere magában foglalja a nyugdíjbiztosítási, a betegbiztosítási és az egészségbiztosítási rendszereket, valamint a nemzeti foglalkoztatáspolitikai rendszert és a nem járulékalapú szociális ellátási rendszert.

Az állami szociális támogatási rendszer nem járulékalapú rendszer: az állami költségvetésből finanszírozzák, és igazgatása a kijelölt állami szervek feladata. Az állami szociális támogatási rendszeren keresztül az állam különösen azokat a gyermekeket eltartó családokat támogatja, amelyek olyan szociális helyzetben vannak, hogy azon a saját forrásaikból és erejükből nem képesek változtatni.

Az adókból finanszírozott szociális segélyezési ellátások a szociális szolgáltatási rendszer mellett magukban foglalnak bizonyos, a fogyatékkal élőknek nyújtott egyszeri ellátásokat, és felölelik az anyagi rászorultság esetén nyújtott támogatások rendszerét. Ez utóbbi az elégtelen jövedelemmel rendelkezők számára kiépített rendszer, melynek elsődleges célja az alapvető megélhetési és lakhatási szükségletek kielégítése. A fő feltétel az alacsony jövedelem és az, hogy annak javulása saját erőből (munkavégzés, vagyon és más lehetőségek felhasználása) lehetetlen.

A tartós ápolást-gondozást nem egyetlen rendszer biztosítja, hanem részben az Egészségügyi Minisztérium felelősségi körébe tartozó egészségügyi rendszer, részben a Munkaügyi és Szociális Minisztérium által működtetett szociális szolgáltatási rendszer.

Finanszírozott ellátások

A biztosítottak szabadon választhatnak egy, a saját biztosítótársaságukkal szerződésben álló elsődleges egészségügyi ellátást nyújtó orvost. Új orvost háromhavonta választhatnak. Egészségügyi szolgáltatót a beteg korlátozás nélkül, szabadon választhat.

Általános orvosnál, szakorvosnál vagy fogorvosnál történő klinikai vizsgálatért 30 CZK-t (1,16 EUR), ségélyhívó szolgálatnál praktizáló orvos által végzett vizsgálatért 90 CZK-t (3,49 EUR) kell fizetni. A kórházi tartózkodásért (intézményi gondozásért és átfogó balneológiai kezelésért) díjat kell fizetni. A díj napi 100 CZK (3,88 EUR). Az előírt költségek megfizetése alól az alábbi kategóriákba tartozó személyek mentesülnek:

- gyermekotthonokban elhelyezett személyek;
- nevelőotthonban elhelyezett gyermekek;
- fogyatékkal élők vagy idősek otthonában elhelyezett személyek, ha (a más jogi rendelkezésekben meghatározottak szerinti) maradék minimumjövedelmük kevesebb, mint 800 CZK (31 EUR);
- azok a személyek, akikre vonatkozóan a bíróság védett bánásmódot írt elő;
- akikről megállapították, hogy anyagilag rászoruló;
- fertőző megbetegedések miatt kezelésre kötelezett személyek (EURÓPAI BIZOTTSÁG 2012a).

Svédország

Svédországban a jóléti rendszer alapelve, hogy minden állampolgár jogosult színvonalas ellátásra, és mindenkinek egyenlő esélyt kell adni az egészséges életre. A létbiztonság szavatolása, a betegekről és a fogyatékosokról való gondoskodás három szinten történik: kormányzati, megyei és helyi közigazgatási szinten. A helyi szociális és jóléti bizottságok a felelősek a szükséges feltételek megteremtéséért, a különböző intézmények, szolgáltatások, speciális közlekedési eszközök és a házi gondozási rendszer működtetéséért. Svédországban a fogyatékosok társadalomba való integrálását nemcsak a törvények²⁴ előírta kötelezettségek végrehajtása biztosítja, hanem az egyenlő feltételeket teremtő társadalmi környezet és a fogyatékosok igen erős érdekvédelmi szervezetei is (az országban 1200 ilyen egyesület és 30 országos szintű szövetség működik).

²³ <http://www.domveternik.org.rs/index.php/sr-yu/>

(Letöltve: 2017. jún. 30.)

²⁴ Szociális törvény (1955), A szociális szolgáltatásokról szóló törvény (1982).

A fogyatékos gyermekek és felnőttek segédeszközzel való ellátása magában foglalja a vizsgálatok lefolytatását és a receptek, utalványok kiírását. A segédeszközök ingyenesek, és állampolgári jogon járnak, akármennyibe kerüljenek is, mert alapelv, hogy minden lehető eszközzel, berendezéssel elő kell segíteni a hátrányos helyzetűek kiegyenlítését, hogy normális életvitelük lehessen. Gyermekek esetében sincs kihordási ideje a gyógyászati segédeszköznek, szemüvegnek, hallókészüléknek stb.

Fogyatékos gyermekek, de felnőttek esetében is az intézményi elhelyezéssel csak végszükség esetén élnek; lehetőség szerint otthon kell tartani a gyermekeket. Az intézményi ellátás családias panziókban valósul meg, főleg a halmozottan fogyatékos gyermekek esetében. A folyamatos intézményi ellátásra szorulóknak intézményeinek fenntartásáért a megyei önkormányzatok, illetve kormányzati testületek felelősek.

A bentlakásos intézményi elhelyezés gyermekek esetében könnyen elkerülhető, mert minden gyermek-felügyelet ellátó intézményben a felvételnél a fogyatékos gyermekek abszolút előnyben részesülnek (minden intézmény speciálisan képzett szakemberekkel rendelkezik).

A szülő az oktatás terén sem kényszerül fogyatékos gyermekét speciális intézménybe járatni. Minden oktatási intézmény akadálymentes, és minden szülő a hozzá legközelebb eső iskolába, óvodába járatja gyermekét. Minden intézmény rendelkezik speciális eszközökkel, szakemberekkel, speciális élelmiszer-ellátással, és mindezt a kormány biztosítja.

A súlyos értelmi fogyatékos gyermekek számára speciális iskola-előkészítőket, általános és szakképző iskolákat működtetnek.

A svéd ellátórendszer kapcsán fontos megemlíteni, hogy Svédország kiemelt fontossággal kezeli a ritka betegségeket. Nagyon hamar felismerték, hogy a jelenleg 6000–8000 ritka betegség rendkívül sokféle lehet, és komplex betegségcsoportot alkot, ebből következően a betegek szükségleteinek megfelelő ellátás is nagyon komplex, továbbá a **betegek 50–75%-a gyermek**. E betegségek gyakran járnak életveszélyes állapotokkal vagy krónikus rosszabbodással. Gyakori, hogy a test több szervét, több területet is érintik, ezért a felismerésük rendkívül nehéz, és az esetek többségében e betegségeknek nincs gyógymódja. Ezek a kórképek ritka voltak miatt kevésbé ismertek, általános az információhiány, a gyermekek pedig sokszor diagnózis és/vagy kezelés nélkül küzdenek a betegségükkel. Az ilyen a gyermekek a többi beteg gyermekkel összehasonlítva is hátrányos helyzetben vannak (GARAM 1983; NOSOSCO 2015).

Éppen ezért a svéd állam létrehozott egy Országos Kompetenciaközpontot²⁵ a ritka betegségekért, ami egy komplex egészségügyi, oktatási és szociális támogató intézmény a gyermekek és családjaik számára. Az Ågrenska a diagnózis felállításától az egészségügyi és ápolási teendőkön át biztosítja a gyermekek legmagasabb szintű ellátását. Külön specialitása, hogy a bentlakásos rendszert úgy próbálja elkerülni, hogy hétfővégre fogadja be a gyermekeket – hiszen azok hét közben valamilyen oktatási rendszerbe járnak –, így a hétfővégen tehermentesíti a családokat. Az Ågrenska rendkívül sok nyári tábort szervez, ezért tulajdonképpen nem kerül sor arra, hogy a szülők véglegesen bentlakásos intézménybe helyezték el gyermeküket.

A központ külön specialitása a komplex családi bentlakásos program. A cél a családtagok kompetenciájának növelése a betegséggel és annak következményeivel kapcsolatban. A programot kifejezetten minden egyes betegségre tervezték, és a családok hétfőtől péntekig az intézményben laknak. A szülőknek a tartózkodás ideje alatt olyan programot kínálnak, amely tartalmazza a legújabb orvosi és pszichoszociális információkat, ismereteket az adott rendellenesség következményeiről és az állam által nyújtott támogatásról. Az előadások és a megbeszélések a szülők saját kérdéseire összpontosítanak, és a szülői programra a gyermek otthon környezetében dolgozó szakembereket (pedagógus, ápoló) is meghívják. A program megteremtése érdekében az intézmény együttműködik a különböző szakterületekre szakosodott nemzeti és nemzetközi szakemberekkel, valamint a szülői szervezetekkel.

Érdekesség, hogy Észtország teljesen nyitott volt erre a programra, és csatlakozva a svéd példához – civil kezdeményezésként, de a kormányzattal együttműködve – 2003-ban Észtországban is létrejött egy ilyen központ.²⁶

²⁵ Ågrenska – National Centre of Competence for Rare Diseases. <https://www.agrenska.se/>
(Letöltve: 2017. jún. 20.)

²⁶ Eesti Agrenska Fond. <https://www.agrenska.ee/>
(Letöltve: 2017. jún. 20.)

Norvégia

Norvégia esetében a szociális ellátások magas színvonala a svédországihoz hasonló.

Norvégia elég speciális, mert hatalmas olajbevételeit észszerűen igyekszik a társadalmi jólét rendszerébe fektetni, ezáltal az állampolgárok megelégedettségét növelni.

Lakossága folyamatosan nő – a norvégoké az egyik legmagasabb termékenységi ráta Európában (az össznépeség növekedését nagymértékben emeli a bevándorlók száma is). Bár a munkanélküliségi rátája Európa-szerte az egyik legalacsonyabb – 2010-ben 3,2%, míg az európai átlag 8%, az amerikai pedig 10% körül volt) –, egyes tanulmányok szerint ezt mesterségesen tartják ilyen alacsony szinten. Összemosódik ugyanis a munkanélküliek és a fogyatékkal élők csoportja: bár a hivatalos statisztikák 100 ezer munkanélkülről számolnak be, a szociális jóléti rendszer további sok ezer munkanélkülit rejt. Hasonlóan a magyar rendszerhez, Norvégiában is sokan választják a leszázalékoltatást, illetve használják ki a nyugat-európai mértékkel is jelentős méretű jóléti szociális hálót. Sok esetben egy alacsonyabb bérezésből és egy jól kihasznált segélyrendszerből származó bevétel között mindössze 1-2 ezer korona (35-70 ezer forint) a különbség, így különösen érthető, hogy sokan választják a rendszertől való függést a munkahelykeresés helyett. Kutatók szerint tíz leszázalékolási ügyből három munkahelyvesztésből ered. Bár Norvégia foglalkoztatja a legtöbb fogyatékkal élő Európában, sokan nem százalékolatták volna le magukat, ha nem veszítik el a munkájukat.

A norvég társadalombiztosítási rendszer két főbb részre tagozódik: a *nemzeti biztosítási rendszerre* és a *családi pótlék rendszerre*, amely a kisgyermek és a családok pénzbeli ellátásaival egészül ki. A nemzeti biztosítási rendszer az ellátások széles spektrumát fedezi, beleértve az öregségi nyugdíjat, a rokkantsági nyugdíjat, az özvegyi nyugdíjat, a rehabilitációs ellátásokat, a munkahelyi baleseti ellátást, az egyedülálló szülők juttatásait és a pénzbeli ellátásokat betegség vagy munkanélküliség esetére.

Az egészségügyi ellátások kivételével az egyes biztosítási ágak ellátásait (ideértve a családi támogatásokat és a kisgyermekes családok számára nyújtott pénzbeli ellátásokat is) a Munkaügyi és Jóléti Igazgatóság (*Arbeids- og velferdsetaten*, NAV) kezeli, ami a Munkaügyi és Jóléti Főigazgatóság (*Arbeids- og velferdsdirektoratet*) irányítása alatt álló állami intézmény. A gyermekek után járó támogatások területén is a Munkaügyi és Jóléti Igazgatóság az illetékes.

Regionális szinten 19 megyei NAV-iroda (*NAV fylkeskontorer*) működik, köztük a munkaközvetítő központok (*NAV Arbeidslivssentre*), amelyek a munkahelyről való betegség miatti távollétek csökkentését, valamint az idős munkavállalók és a fogyatékkal élők keresőtevékenységbe történő bevonását hivatottak elősegíteni.

A fogyatékos gyermekek számára gyakorlatilag ebben az országban is minden ellátás és segédeszköz ingyen, alanyi jogon jár, valamint a lakhatás is, ha fogyatékos személyről van szó. E tekintetben nincs különbség gyermek és felnőtt között. Ennek intézése, fedezése az önkormányzatok dolga. Az intézményi elhelyezés szintén a leginkább elkerülendő forma. Fontos azonban, hogy az ellátások létrehozását kezdeményezheti egy szülőcsoport is, ha megvesz pár lakást, melyeket utána az önkormányzat tart fenn, és biztosítja a szükséges szolgáltatásokat, továbbá fizeti az ezeket biztosító szakembereket. Így nincs szükség nagy bentlakásos intézményekre.

Tartós ápolás és gondozás is igénybe vehető mind gyermekre, mind felnőttre. Tartós ápolásra-gondozásra minden olyan norvégiai lakóhellyel rendelkező személy jogosult, akinek az esetében megállapították, hogy tartós ápolásra vagy gondozásra szorul. Az ellátás igénybevételéhez nem írnak elő sem a jövedelemmel, sem az életkorral vagy a biztosítási idővel kapcsolatos követelményeket.

Tartós ápolási-gondozási egészségügyi ellátásban az részesülhet, akinek „nélkülözhetetlen egészségügyi ellátásra” van szüksége. A tartós ápolási-gondozási szociális ellátásokat olyan személy veheti igénybe, aki betegsége, fogyatékosága vagy életkora miatt különleges szükségletekkel rendelkezik, és a mindennapi élet szokásos tevékenységeinek elvégzéséhez teljes körű gyakorlati és személyes segítségnyújtásra szorul. A gondozásra szoruló fogyatékkal élő személyek, illetve egyes informálisan ápolással foglalkozó személyek pénzbeli ellátásban részesülhetnek (alapellátás és segítségnyújtási ellátás, illetve eseti alapon meghatározott pénzbeli ellátások).

A svédországi példához hasonlóan Norvégiában is létrejött egy kompetenciaközpont. Ez a Frambu,²⁷ a Nemzeti Ritka Beteg Centrum, ahol közel 400 ritka betegséggel érintet – többségében gyermek – diagnózi-

²⁷ Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser. <https://frambu.no/>
(Letöltve: 2017. jún. 27.)

sát és ellátását biztosítják. Az intézmény működését az állami központi költségvetés biztosítja (éves működési költsége 7.600.000 EUR). Az intézmény hasonló módon működik a svédországihoz: itt is nagyon nagy figyelmet fordítanak a szülők képzésére és alkalmassá tételére a gyermekek ellátásához, hogy a gyermek a családban maradhasson. A központot akár szállodajelleggel is igénybe lehet venni a különböző képzések és terápiák alkalmával. A Frambuban is rengeteg nyári tábor van a szülők tehermentesítésére, és majdnem kimondható, hogy az esetek többségében nincs is szükség állandó bentlakásos intézményre. A diagnózis felállítása után a gyermek kísérése élete végéig tart (SZENTKERESZTY 2011; EURÓPAI BIZOTTSÁG 2012b).

Franciaország

Franciaországban a szociális biztonsági rendszer öt nagy egységből áll:

- Az általános rendszer, amely kiterjed a munkavállalók többségére, valamint más kategóriákra is, akik az évek során e rendszerhez csatlakoztak (egyetemisták, egyes ellátások kedvezményezettjei, az ország területén állandó lakóhellyel rendelkezők).
- A munkavállalók különleges rendszerei, melyek közül egyesek valamennyi kockázatra, mások kizárólag az öregségi biztosításra terjednek ki (e rendszer tagjai tehát a többi kockázat tekintetében az általános rendszerbe tartoznak).
- A mezőgazdasági rendszer, amely valamennyi kockázatra kiterjed, de a gazdálkodók és a mezőgazdasági munkavállalók két különböző igazgatás alá tartoznak.
- A nem mezőgazdasági önálló vállalkozók rendszerei: három autonóm öregségi biztosítási rendszer (kézművesek, kereskedők és iparosok, valamint szabadfoglalkozásúak) és egy betegbiztosítási rendszer.
- A munkanélküliségi rendszerek és a kötelező kiegészítő nyugdíjrendszerek.

Az általános rendszer négy ágra oszlik:

- betegség, anyaság, rokkantság és halálozás;
- munkahelyi balesetek és foglalkozási megbetegedések;
- öregségi biztosítás;
- családi támogatások.

Ezeket kívül léteznek kollektív, önkéntes vagy kötelező jellegű kiegészítő rendszerek is. Ezek szakmai (vállalati vagy ágazati) keretben jöttek létre, elsődlegesen az öregségi, az egészség- vagy a rokkantsági biztosítás területén. E különböző rendszereket bárki kiegészítheti egyéni biztosítással. A fenti rendszerek a szociális biztonságért, a mezőgazdaságért, a munkaügyért és a költségvetésért felelős, illetékes minisztériumok felügyelete alatt állnak. A Munkavállalók Országos Betegbiztosítási Pénztára (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS*) az első két ágat egymástól elkülönítve kezeli, az alábbiak szerint:

Helyi szinten, a CNAMTS felügyelete alatt kétféle intézmény található, melyek között nincs hierarchikus kapcsolat: a regionális nyugdíjbiztosítási és munkahelyi egészségbiztosítási pénztárak (*caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – CARSAT*) és az elsődleges betegbiztosítási pénztárak.

Az öregségi biztosítási ágat az Országos Öregségi Biztosítási Pénztár (*Caisse nationale d'assurance vieillesse – CNAV*) igazgatja, amely hatáskörének egy részét a regionális nyugdíjbiztosítási és munkahelyi egészségbiztosítási pénztárakra ruházta.

A családi ágat az Országos Családtámogatási Pénztár (*Caisse nationale des allocations familiales – CNAF*) igazgatja, amely felügyeletet gyakorol a családtámogatási pénztárak felett.

A járulékok beszedését helyi szinten a szociális biztonsági és a családtámogatási járulékokat beszedő hivatalok (URSSAF) végzik, amelyek a Szociális Biztonsági Szervek Központi Hivatalának (*Agence centrale des organismes de sécurité sociale – ACOSS*) felügyelete alatt állnak. Ez utóbbi feladata az egyes ágak pénzforgalmának ellenőrzése az előirányzatok és a könyvelés szempontjából.

A francia szociális biztonsági rendszerben nem létezik az önellátásra és a mindennapi élet szokásos tevékenységeinek végzésére való alkalmatlanság átfogó, egységes megközelítése. A tartós ápolásról-gondozásról több különböző jogszabály rendelkezik.

A harmadik személy általi segítségnyújtásért járó pótlék:

A jogszabály a harmadik személy általi segítségnyújtásért járó pótlékról (*majoration pour aide d'une tierce personne*) a következő esetekben rendelkezik:

- rokkantsági nyugdíj (*pension d'invalidité*);
- öregségi nyugdíj (*pension de vieillesse*; bizonyos feltételek mellett), vagy
- munkahelyi baleset miatti nyugdíj (*rente d'accident de travail*).

A kedvezményezettek a jogosultság vizsgálatának időpontjában a biztosítás hosszától függetlenül nem érhetik el a teljes nyugdíjra jogosító korhatárt, és a mindennapi élet legtöbb alapvető tevékenységének elvégzéséhez harmadik személy segítségére kell szorulniuk.

A fogyatékkal élő gyermek után járó rendkívüli oktatási pótlék (*complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé*) 20 év alatti, Franciaországban lakóhellyel rendelkező gyermek után folyósítható, aki legalább 80%-os, illetve egyes esetekben 50% és 80% közötti fogyatékossgal rendelkezik.

Meg kell még említeni két további tartós ápolási-gondozási támogatást:

Az első a fogyatékossgért járó kompenzációs támogatás (*prestation de compensation du handicap*), amely olyan 60 évnél fiatalabb, Franciaországban lakóhellyel rendelkező személyek részére adható, akiknek fogyatékossga megfelel bizonyos meghatározott feltételeknek.

A második az önellátásra való alkalmatlanságért járó támogatás (*allocation personnalisée d'autonomie*) a 60 évnél idősebb, Franciaországban lakóhellyel rendelkező és önellátásra képtelen idősök számára. Az ellátás folyósításához nincs szükség az anyagi helyzet vizsgálatára, noha az összege az anyagi források vagy a jövedelem szintjétől függően változik.

Franciaországban a fogyatékos gyermekek intézményei sérülésspecifikusak, és az alábbi kategóriák szerint jöttek létre: mozgás-, érzékszervi és viselkedészavaros gyermekek. Ezek azonban elsősorban ezek oktatási intézmények.

Jelentős a speciális nevelőszülői hálózat, ahová fogyatékos gyermekek kerülnek. Minden nevelőszülői családhoz rendelnek egy asszisztentst, aki kíséri a családot a nevelési és egészségügyi nehézségek megoldásában.

Átmeneti intézmények is nagy számban találhatók a fogyatékos gyermekek számára, hogy a családból ne szakadjanak ki teljesen. A szülők ezekbe időközönként is beadhatják a gyermekeket, amíg regenerálódnak, de vannak tartós bentlakást nyújtó intézmények is.

Franciaországban létezik az ún. speciális oktatási szolgáltatás és otthoni ápolás, amely 0–20 éves között igényelhető, főleg az érzékszervi és a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek számára. (ASSANTE 2000; BELMONT–VÉRILLON 1997; PLAISANCE 2005).²⁸

Ausztia

Ausztriában a családi ellátások igazgatásában a Szövetségi Gazdasági, Családügyi és Ifjúsági Minisztérium (*Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend*) az illetékes hatóság. A családi támogatások kezelését az e minisztérium közvetlen felügyelete alatt álló adóhivatalok (*Finanzämter*) végzik.

Az e minisztérium közvetlen felügyelete alatt álló betegbiztosítási intézmények a gyermeknevelési támogatások (*Kinderbetreuungsgeld*) igazgatásáért felelős illetékes hatóságok.

A védelmi kiadások rendszerét vizsgálva megállapítható, hogy nemzetközi összehasonlításban Ausztia viszonylag sokat költ nyugdíjra és családi ellátásokra, és viszonylag keveset lakásügyre, munkanélküli-ellátásra és szociális segélyezésre. A finanszírozási források közel fele öregségi nyugdíjra és a hátramaradottak nyugellátására megy el. A második legnagyobb tétel a kiadások körülbelül negyedével a táppénz- és az egészségügyi kiadások. **A családi ellátások, a fogyatékossgal élők, a munkanélküliek ellátásai, a kirekesztés-ellenes programok finanszírozása és a lakásügyre fordított kiadások csak a kisebb tételeket jelentik.** Mivel az egészségügyi kiadások nagy része is az idősök ellátásának fedezésére szolgál, az összes jóléti kiadás körülbelül kétharmada e korcsoport szükséglet-kielégítését finanszírozza.

²⁸ Lásd még a Szociális és Egészségügyi Minisztérium és a Szociális Főfelügyelőség (IGAS) honlapját: www.social-sante.gouv.fr/; www.igas.gouv.fr/
(Letöltve: 2017. jún. 14.)

1. tábla. A szociális védelmi kiadások százalékos megoszlása* (2015)

	AUSZTRIA	EU27	EU15
Összes kiadás	100,0	100,0	100,0
Szociális védelmi juttatások	96,9	96,2	96,2
Család/gyermek	10,2	8,0	7,9
Munkanélküliség	5,3	5,1	5,2
Lakásügy	0,4	2,3	2,3
Társadalmi kirekesztés	1,1	1,3	1,3
Betegség	26,0	29,1	29,3
Fogyatékosság	8,0	8,1	8,0
Idősek és túlélők	48,9	46,2	46,*0

* Az összes szociális védelmi kiadás százalékában. Forrás: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat>
(Letöltve: 2017. jún. 5.)

A tartós ápolási-gondozási ellátást a segítségre és a gondozásra szorultság mértéke szerint, 7 kategóriában nyújtják, és az ápolásból eredő többletköltségeikért járó ellentételezés formájában folyósítják. Ezen túlmenően a szövetségi állam és a tartományok megállapodtak egy pénzbeli és természetbeni ellátások formájában megvalósuló átfogó ápolási-gondozási rendszer létrehozásáról is. A társadalombiztosításon és az ápolási-gondozási támogatáson felül a kerületi közigazgatási hatóság és az önkormányzat szociálissegély-rendszert is működtet.

A tartós ápolás-gondozás igénybevétele: a természetbeni ellátásokat köz- és magánszolgáltatók nyújtják (szerződéses megállapodás keretében).

A gondozásra szorultság, illetve a gondozásra szorultság mértékének orvosi értékelését az illetékes szövetségi minisztérium által előírt szabályok szerint végzik. A mutatók a mindennapi életvitel során végzett tevékenységekre vonatkoznak (pl. öltözés és vetkőzés, a személyes higiéniához tartozó tevékenységek, ételkészítés, az illemhely használata, a gyógyszerek bevétele). A gondozásra szorultságot a kedvezményezett kérésére vagy más egyedi körülmény esetén újraértékelhetik.

A tartós ápolási-gondozási ellátást közvetlenül a kedvezményezettnek folyósítják, és azt szabadon felhasználhatja a tartós ápolás-gondozás finanszírozására. A pénzbeli és a természetbeni ellátások között általában nem választhat szabadon. Nem megfelelő felhasználás esetén az ellátás természetbeni ellátásokkal helyettesíthető.

A kedvezményezett csak a tartomány által nyújtott tartós ápolási-gondozási ellátások esetén választhat a pénzbeli helyett természetbeni ellátást. Ennek feltételeként bizonyítani kell, hogy a cél hatékonyabban elérhető természetbeni, mint pénzbeli ellátásokkal.

A Szociális törvény értelmében minden fogyatékkal élő születésétől fogva jogosult ehhez hasonló ellátásra, az intézményi vagy az otthoni felügyelet költségeit pedig az úgynevezett ápolási pénzből fizetik. Ennek mértékét az határozza meg, hogy ki mennyi ápolásra szorul. A legkisebb összeget, vagyis 37.500 forintnak megfelelő eurót az kapja, aki havonta csak ötven óra felügyeletet igényel. A legsúlyosabb eset, amikor az ápolási idő meghaladja a 180 órát. Ilyenkor a rászorultnak 390 ezer forintnak megfelelő eurót folyósítanak (az osztrák szociális védelmi rendszerrel kapcsolatban lásd NYILAS 2010; BADELT–ÖSTERLE 1998; HÖRNDLER–WÖRISTER 1998; TALOS–BADELT 1999).

A kapott juttatásból eldönthető, hogy intézményi helyet vagy otthoni ápolást biztosítanak a gyermeknek. Sok intézményt maguk a szülők hoztak létre; ezek kis létszámú lakóotthonok (ilyen például a riedlingsdorfi Gabriel Ház²⁹).

²⁹ Haus Gabriel. <https://www.hausgabriel.at/>
(Letöltve: 2017. jún. 30.)

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyság szociális biztonsági rendszereihez a következők tartoznak:

- A nemzeti biztosítási rendszer (NIS), amely betegség, munkanélküliség, a társ halála esetén pénzbeli ellátást, nyugdíjat stb. folyósít. Ezen ellátásokra a nemzeti biztosításba történő járulékfizetéssel szereshető jogosultság.
- A nemzeti egészségügyi szolgáltatás (NHS), amely orvosi, fogászati és látszerészeti ellátást nyújt, és amelyet általában minden Nagy-Britanniában és Észak-Írországbán lakóhellyel rendelkező személy igénybe vehet.
- A gyermekek után járó családi támogatások és adójóváírási lehetőségek, amelyek pénzbeli ellátást nyújtanak a gyermekeket nevelők számára.
- Nem járulékalapú ellátások bizonyos fogyatékkal élő személyek vagy szociális gondozók számára;
- Gyermeek születése vagy örökbefogadása esetén a munkavállalóknak fizetett, a munkáltatót terhelő egyéb juttatások.

A szociális biztonsági ellátások többségének nyújtásáért a Munka- és Nyugdíjúgyi Minisztérium (*Department of Work and Pensions – DWP*) felel.

A szociális biztonsági rendszert a munkavállalók és a munkáltatók által befizetett társadalombiztosítási járulékokból és az általános adóbevételekből finanszírozzák. Lényeges különbségek vannak azonban a kategóriákra osztott biztosításlapú és a jövedelemhez kapcsolódó juttatások között.

Tartós ápolást-gondozást a szociális gondozási rendszer (természetbeni ellátások) és a szociális biztonsági rendszer (nem járulékalapú pénzbeli rokkantsági ellátások) keretében nyújtanak olyan bizonyos fizikai, szellemi vagy idős korukból eredő problémákkal küzdő személyeknek, akik önmaguk vagy a mindennapi tevékenységeik ellátásához segítségre szorúlnak. A támogatást az állam finanszírozza

A gondozói támogatás egy olyan személynek fizetett heti ellátás, aki hetente legalább 35 órát foglalkozik egy másik személlyel, aki ápolás miatt a fogyatékkal élőknek járó közepes mértékű vagy a legmagasabb mértékű megélhetési támogatásban, vagy ennek megfelelő mértékű ápolási támogatásban vagy ápolási díjban részesül. A gondozói támogatás érintheti az egyéb ellátások kifizetését. Jövedelemkorláthoz kötött és nappali tanulmányokat folytató diákoknak nem nyújtható. Járulékfizetési feltétele nincs, de csak az kaphatja meg, aki az Egyesült Királyságban lakóhellyel rendelkezik, és ott is tartózkodik.

A sajátos nevelési igény (fogyatékoság) megállapítása az Egyesült Királyságban más rendszer szerint történik, mint hazánkban.

Nagy-Britannia angol területéről van szó, ahol 2007-ben 7 millió tanulóól közel 600.000 főt tartották sajátos nevelési igényű diákként számon (GEE 2007; Csányi 2013). Ez az arány igen magas, jóval meghaladja a hazai értelemben vett SNI-tanulóét. Ott mindazok, akik valamiféle segítséget igényelnek, akár szakvéleményezés nélkül is SNI-besorolást kapnak.

A segítségnyújtásnak három fokozata létezik. A gyermekek több mint fele az 1. szintű segítségben részesül, vagyis az intézmény kizárólag a saját erejéből gondoskodik a lemaradások kiegyenlítéséről (fokozott odafigyelés a tanórákon, hatékonyabb differenciálás, felzárkóztató oktatás, egyéni fejlesztési terv, a szülőkkel folytatott megbeszélés).

A 2. szinten már nem elegendő a belső forrás, bár ez is kitágul (családlátogatás, kapcsolattartás a szülőkkel, újraírt és határidős egyéni fejlesztési terv), de mód van az iskolán kívüli szakemberek (pl. gyógytornász, gyógypedagógus) bevonására is. Mindkét szint anyagi fedezetét az iskolába érkező globális, nem adott SNI-kategóriákhoz igazodó összegből fedezik. A hátrányos helyzetű gyermekek nem tartoznak az SNI-csoportba, de szükség esetén ebből a globális keretből ők is részesülhetnek.

Csak a 3. szintbe tartozók rendelkeznek szakvéleménnyel, amelyhez meglehetősen nehéz hozzájutni, hiszen a kijelölt bizottságok sok esetben elutasítják a hozzájuk fordulókat akár már eleve magának a vizsgálatnak a megtagadásával, akár a vizsgálat eredményei alapján. Azok azonban, akik megkapják a szakvéleményt, nagyon komoly összeghez jutnak, melyről pontosan meg van határozva, hogy mire fordítható. A szülők a bizottságtól a vélemény alapján kapnak javaslatot a szóba jöhető intézmények választékáról, ezt az ajánlást azonban nem kötelesek elfogadni. A szakvéleményeket évről évre alaposan, konferenciajelleggel összehívott bizottsággal – a szülőket (törvényes képviselőket) is bevonva – vizsgálják felül, így azok semmiképpen sem

tartós „bérletek”. Előfordulhat például, hogy a gyermek a későbbi oktatás során kikerül a 3. szintű támogatásból, mivel arra már nincs szüksége. E rendszer érdekessége tehát, hogy nem maga a nemzeti kategória, hanem az igény a meghatározó. Egy tipikus organikus eredetű fogyatékoság, mint pl. a hallássérülés sem jelenti feltétlenül azt, hogy a tanuló automatikusan a 3. szintű támogatásban részesül, a segítségnyújtás fokát mindig az aktuális igény határozza meg (Csányi 2013).

Példaként említhetjük az autista otthonokat. Angliában korcsoportonként háromféle otthon van: 18 éves korig a gyerekotthon, 18-tól 25 évesig a fiataloké, 26-tól 65 éves korig a felnőttek lakóotthona. A lakóotthonba bejutás itt sem egyszerű: várólisták vannak, és végül a lakóotthont fenntartók döntenek arról, hogy fölveszik-e a gyermeket, vagy sem, azaz megéri-e nekik anyagilag, vagy sem. Ezeket az otthonokat a civil szféra működteti. Nem a szülők fizetnek, hanem állami támogatást (fejkvótát) kapnak a gyerek állapotának súlyosságától függően. Egy agresszív, nehezen kezelhető autista után több pénz jár, mint a szelédért, érdemes tehát felvenni. Ha pedig egy-két emberrel kevesebbet alkalmaznak az otthonban, mint amennyi kellene – ami jellemző –, akkor anyagilag sem járnak rosszul a fenntartók. Ha valaki kiskorban kerül lakóotthonba, akkor jó esélye van, arra – főleg, ha a lakótársai vele egykorúak –, hogy ugyanabban a házban élje le az életét. Legfeljebb a neve változik: átnevezik ifjúsági otthonnak.

Rosszabb esetben legalább egyszer költöznie kell egy másik otthonba, ha „kinőtte” a házat. Hogy ez ne okozzon gondot, az átmenetet fokozatosan, beszoktatással érik el. Az otthonlakónak van egy dossziéja, amit visz magával. Ebben minden lényeges benne van a gyermekről/felnőről a napirendjétől kezdve a szokásaival bezárólag. Tehát az otthont váltó „nyitott könyv”. De van más is, ami az átmenet zökkenőmentességét biztosítja. Ha egy gyermek házat változtat, az lassan történik. Ezt *transfernek* hívják, és alkalmi látogatásokkal, közös programokkal alaposan előkészítik. A gyermekkel mindig megy egy-két ember, olyanok, akik az előző házban is vele dolgoztak. Őket *keyworkereknek*, kulcsembereknek nevezik (talán az esetvivő fedí legpontosabban a munkájukat). Az új ellátási forma ott folytatja, ahol az előző abbahagyta, a különböző struktúrák alapján minden ugyanúgy történik. Angliában nem új lakóotthont építenek, hanem lakásokat, pontosabban házakat bérelnak hatalmas kerttel, és ott rendezik be a lakóotthonokat.

Az angliai intézmények működése kapcsán sok esetben került napvilágra olyan nem megfelelő bánásmód alkalmazása a fogyatékosok ellátása kapcsán, melynek bírósági ügy lett a vége. Például a vielstone-i, Devon tartománybeli speciális otthonban rutinszerűen egy „csendes szobába” zárták az ápoltakat. A fűtetlen, bútorozatlan szobában töltött idő alatt a fogyatékkal élők nem kaptak enni, és mosdóba sem mehettek. A bíróság már döntést hozott: 13 főt ítélték el. A vielstone-i speciális otthonban tanulási nehézséggel küszködőket ápoltak. 2010–11-ben az otthon irányelvei szerint a rosszul viselkedő, „korrigálandó” lakókat „csendes szobába” zárták, sokszor napokra vagy egész éjszakára. A fűtetlen szobában bútorok sem voltak, nemhogy foglalkozásra alkalmas eszközök. Az igazgatóra jogtalan fogva tartás és az igazságszolgáltatás megtagadása miatt 28 hónap börtönbüntetést szabtak ki, 12 másik munkatársát, köztük az igazgató feleségét pedig szervezett, rendszerszintű erőszak vádjára ítélték el.³⁰

Európán kívüli országok – példák

Ausztrália

Ausztráliában a fogyatékos gyermekek az NDA-n (*National Disability Agreement*) keresztül jutnak hozzá a különböző szociális szolgáltatásokhoz. Az országban elérhető szociális szolgáltatások legnagyobb „felhasználói” a fogyatékos gyermekek, ugyanakkor a legtöbb gyermek, aki bentlakásos intézménybe kerül elhelyezésre, magánintézményben van.

A Disability Services National Minimum Dataset szerint a 2009–2010-es adatokat nézve 57.676 0–14 éves korú fogyatékos gyermek számára vettek igénybe valamilyen szolgáltatást, ez az összes felhasználó 20%-a.

A gyermekek 0,5 %-a támogatott lakhatásban él, 0,4%-a pedig otthoni ápolásban részesül a saját családjában. A gyermekek közel 98%-a magán-, bentlakásos intézményekben kerül elhelyezésre.

A magasabb életkorú gyermekek, azaz a 10–14 éves korúak 67%-a támogatott lakhatásban él.

³⁰ BBC (2017): *Thirteen convicted over Devon care home abuse*. http://www.bbc.com/news/uk-england-devon-40188948?ns_mchannel=social&ns_campaign=bbc_breaking&ns_source=twitter&ns_linkname=news_central
(Letöltve: 2017. jún. 30.)

Az alábbi táblázat részletesebb bontásban foglalja össze az intézményi felhasználást.

2. tábla. Intézményi felhasználás

ÉLETKOR	OTTHON VAN, OTTHONI ÁPOLÁSBAN RÉSZESÜL	TÁMOGATOTT LAKHATÁS	MAGÁNINTÉZMÉNY	EGYÉB, NEM AZ NDA-N KERESZTÜL IGÉNYELT SZOLGÁLTATÁS	ÖSSZES
0–4	36	8	19,086	1113	20,243
5–9	41	12	19,318	2441	21,812
1014	155	39	12,960	2467	15,621
Összes	232	59	51,364	6201	57,676

Forrás: AIHW 2012.

Ausztráliában a 0–25 éves kor közötti fogyatékos gyermekek képviselőjét nagyon jelentős civil szervezet is ellátja, a CYDA (*Children and Young People With Disability Australia*). A szervezet állami támogatást is kap.

A CYDA elképzelése az, hogy az Ausztráliában fogyatékkal élő gyermekek és fiatalok minden lehetőséget megkapjanak a fejlődésre, valamint hogy jogaik és érdekeik, mind az egyéneknek, mind pedig a családjuknak, érvényesüljenek. Jelentős hatással van az állami döntéshozókra, s mintegy kapcsolatot képez a gyermekek és az állami irányítás között. A CYDA a Szociális Szolgáltatások Minisztériuma (DSS) nemzeti titkársági programjának keretében kapja meg alapfinanszírozását. A CYDA projektfinanszírozást is kapott a Szociális Szolgáltatások Tanszékétől, hogy információkat szolgáltatasson, tájékoztassa és rendszerezze a fogyatékossgal élő gyermekek tapasztalatait.

Kína

Kínában az alábbi törvények és jogszabályok védik a fogyatékossgal élők jogait:

- A Kínai Népköztársaság Alkotmánya (1982)
- Kötelező Oktatási Törvény (1986)
- A fogyatékkal élő személyek védelméről szóló törvény (1994)
- WHO Mental Health Szeminárium (1999)
- Országos Mentális Egészségügyi Terv (2002–2010)
- Javaslat a mentálhigiénés munka további erősítésére (2004)
- Ötödik országos 5 éves program a fogyatékkal élők számára (2005–2010)
- ENSZ-egyezmény a fogyatékkal élő személyek jogainak elfogadásáról (2007)

A fogyatékos gyermekek sokáig diszkriminatív helyzetben voltak az oktatás területén, de még a mai napig is tapasztalható a nem megfelelő ellátás. 2003-ban a fogyatékos gyermekek 67%-a integráltan tanult az iskolákban, de csak azok, akik a hagyományos oktatási rendszerben nem jelentettek nehézséget. A többiek oktatás és fejlesztés nélkül maradtak.

Kínában a fogyatékos gyermekek nagy százaléka kerül a gyermekvédelmi rendszerbe, és ott kap ellátást, de a specifikus ellátások nem túl széles körűek: az ellátások száma főleg az értelmi fogyatékossg, valamint az autizmus esetében jelentősebb (ZHANG–CHENG-YE 2005).

3. ESETTANULMÁNY

A tanulmány harmadik részében egy esettanulmányt mutatok be, ami egy gyermekeket ellátó ápoló-gondozó otthonban került rögzítésre. Az eset nem feltétlenül tipikus, de mint jó gyakorlat, mindenképpen tanulságos. Felveti annak az örök problémának a visszatérését, mely szerint az ápoló-gondozó otthonokban legfőképp a forrás- és a szakemberhiány a meghatározó, miközben az intézményi működés színvonalát nagyon nagy százalékban a szakmaiság is meghatározza.

Az eset alanya

Az esettanulmány alanya egy 5 éves szakellátásban nevelkedő lánygyermek, aki ápoló-gondozó otthonban került elhelyezésre.

A gyermek a vér szerinti család második gyermekeként született, és veleszületett, genetikailag öröklődő betegsége miatt a szülők azonnal lemondtak róla.

(A betegség: *cisztás fibrózis*, más néven *mucoviscidosis*. A kórkép a 7. kromoszóma adott génjének meghibásodása miatt jön létre. Hazánkban négyezer emberből 1-2-nek van ilyen betegsége, míg 4-5 százalékuk csak hordozza cisztás fibrózist. A betegség kimenetelét a légúti tünetek, illetve a légutak és a tüdők állapota határozza meg, így ezek „karbantartása” kulcsfontosságú. A gyakori felső légúti fertőzések a tüdő állományát roncsolják, ezzel csökkentik a valódi légzőfelületet, és a légzést egyre nehezebbé teszik. Ez a betegség az élettartamot jelentősen megrövidíti.)

A család első gyermeke fiú volt, aki szintén ezzel a rendellenességgel született, és 10 éves koráig élt. A szülők pontosan tudták, mivel jár ez a betegség, ezért nem vállalták a kislány nevelését. Abban a családban, ahol ez a betegség már előfordult, lehetőség van prenatális vizsgálatra, azaz újabb gyermekvállalás esetén a terhesség korai szakaszában lehetőség van annak megállapítására, hogy a magzat szenved-e ebben a betegségben, illetve a szülők genetikai kivizsgálása is megtörténik. A család nem élt ezzel a lehetőséggel.

A gyermekkel való találkozás, kapcsolatfelvétel

A gyermekkel egy fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában történt meg a találkozás.

Az esettel kapcsolatos előzetes tájékozódás

A gyermek iratanyagaiból és a szakemberek elmondásából tájékozódva megtudtam, hogy a kislány életének majdnem első teljes évét a Heim Pál Kórházban töltötte, mert állapota állandó egészségügyi beavatkozást igényelt. Ennek következményeként mind a kognitív, mind a testi fejlődése lelassult, és a beszéde nem indult meg. Állapotának viszonylagos stabilizálása után a gyermek nevelőszülőhöz került, aki tisztában volt a gyermek veleszületett genetikai betegségével és annak következményeivel. A gyermek 4 éves koráig nevelkedett a nevelőszülőnél, de beszélni ott sem tanult meg, és egyre gyakoribbá vált, hogy állapotát – a felső légúti tünetek súlyossága miatt – csak kórházi körülmények között, orvosi segítséggel lehetett stabilizálni.

A nevelőszülő a rá nehezedő nehéz feladat és a kislány nehezen kezelhetősége miatt úgy döntött, hogy nem tudja tovább vállalni a gyermek nevelését. Ekkor került a gyermek az ápoló-gondozó otthonba.

A gyermek bemutatása

A kislány küllemét tekintve rendkívül bájos, szőke, kékszemű, de a korához képest alulfejlett és rendkívül vékony. A mozgása stabil, megfelelő; beszédképessége nincs, csak egy- két szót tud kimondani, ugyanakkor a beszédértése tökéletes – minden hozzá intézett közlésre adekvátnan reagál. Érzelmileg labilis, autoagresszióval járó dühkitörések, érzelmi kirohanások jellemzik (fejét a földre vagy bárhová veri). Kivárára képtelen, a szükségleteit még rövid időre sem képes késleltetni. Figyelme könnyen felkelthető, irányítható és rövid ideig fixálható, de hamar elfárad. Kognitív képességeit tekintve mindenképpen elmaradást mutat a korosztályához képest, de ez nem veleszületett értelmi deficit, hanem a hospitalizáció, az ingerszegény környezet és a gyógypedagógiai segítségnyújtás hiányából következik. Mimikája nagyon kifejező. A nevelőszülőtől való elkerülése valószínűleg a kialakuló biztonságos kötődésének felbomlását jelentette, ezért vált ennyire labilissá. Pszichés védekező mechanizmusai nagyon éretlenek, a szorongásaival szemben védtelen. Érdeklődési köre beszűkült, és főleg az étkezésekhez kapcsolódik (állandóan éhes), de a képzetáramlása zsúfolt. Valóságérzéke megtartott. A helyzeteket viszonylag gyorsan átlátja, így az ok-okozati összefüggéseket is felismeri. A kötődését tekintve a pszichés működése során elérhető kötődési személy jelenik meg, ugyanakkor a kötődési törekvések gátoltsága is jelen van. Ennek hátterében a megélt szeparációk és a nevelőszülőtől való elkerülés is valószínűsíthető. Állandó egyszemélyes gondozást igényelne, és nehezen viseli, hogy az őt nevelők a többi gyermekről is gondoskodnak. Vannak kifejezett kedvencei is: feltétlenül próbál kötődni személyekhez, az egyik gondozóját „kisajátította”, ugyanakkor van, akiket elutasít. Lehengerlő, bájos megjelenése és mély érzelmi kifejezőképessége (mimika, gesztusok, testtartás) ellensúlyozzák időnkénti érzelmi labilitását. Nagyon szerethető, és a szeretetét aktívan kifejező gyermek.

A gyermek beilleszkedése az intézménybe, nehézségek, problémák

A kislány érkezése az ápoló-gondozó otthonba jelentősen felkavarta az otthon addigi életét. A telephelyen élő gyermekek és fiatal felnőttek mindegyike súlyosan-halmazottan fogyatékos, fokozott ápolást igényel, és mindannyian mozgásképtelenek. Ebben az esetben egy örökmozgó, állandóan „kommunikáló” (halandzsa nyelven és mutogatva), szükségleteit szünet nélkül jelző gyermek, aki bármelyik pillanatban eltűnik, és „intézkedik”, nem megszokott egy ilyen otthonban. A dolgozóknak át kellett állniuk egy sokkal fokozottabb figyelem-koncentrációval járó munkavégzésre, hiszen hozzászoktak, hogy a gyermekek nem tudnak helyet változtatni, ezért ha minden rendben van velük, nem fenyegeti őket veszély.

A kislánynak el kellett sajátítania új gondozási hely szabályait, meg kellett szoknia, hogy nem egy ember gondoskodik róla, s hogy mindenkinek más a személyisége, a nevelői attitűdje. Kezdetben nagyon gyakoriak voltak az érzelmi kitörései: ha valami nem úgy történt, ahogy szeretne volna, dührohamokat kapott. Ha a dolgozók foglalkoztak egy gyermekkel (etetés stb.), nehéz volt megszervezni, hogy addig ne csináljon semmi veszélyeset, vagy ne szökjön meg. A betegségéből kifolyólag az ő állapota is állandó törődést igényel, a felső légúti tünetek enyhítésére inhalálni kell, és rendszeresen gyógyszert szed. A legnehezebb feladat az állandóan jelentkező éhségérzetét kordában tartani: hiába táplálják megfelelően, a felszívódási nehézségek miatt szinte állandóan éhes, és folyamatosan követeli az ennivalót.

Mindezek a nehézségek egy merőben új helyzet elé állították a dolgozókat. Ugyanakkor a gyermeknek sem túlságosan optimális egy olyan környezetben lenni, ahol a körülötte lévő gyermekekkel nem tud kapcsolatot létesíteni, ha nem kap tőlük visszajelzést. Kiváló lehetne például, ha bölcsődébe járhatna akár fél napra, mert így gyermekközösségben lenne, és a bölcsődében is kaphatna fejlesztést. Sajnos a pedagógiai szakszolgálat szakvéleménye szerint oktatási kötelezettségét az állapota miatt közösségben nem tudja teljesíteni. Természetesen minden közösségben ki van téve a fokozott vírus- és baktériumfertőzésnek, amitől minden lehetséges módon óvni kell, azonban nem gondolom, hogy egy ápoló-gondozó otthonban kevesebb vírus és baktérium lenne, mint egy bölcsődében. Sőt, az otthonból a gyermekek sokszor kórházba kerülnek, és onnan is magukkal hozhatják a speciális kórházi baktériumokat.

Az intézmény hozzáállása, a problémakezelés és a megoldások

Az intézményben dolgozók hozzáállása az új és nem megszokott helyzethez nagyon pozitív volt. A kislány a nehézségeivel, érzelmi labilitásaival együtt szinte az összes dolgozót „levette a lábáról”. Mindenki nagyon szereti, és sajátos, egyedi kapcsolata van minden dolgozóval. Bizonyára a dolgozók számára is egy új helyzet, hogy az általuk végzett gondoskodásra azonnali reakciót és visszajelzést kapnak, ami pozitív töltetet ad a motivációhoz. Az elmúlt egy év leforgása alatt a gyermek szavakat tanult, szabályokat sajátított el, az egészségi állapota stabilizálódott, és a dühkitörései minimálisra csökkentek. Egy gondozóval, akit ő választott ki magának, nagyon szoros lett a kapcsolata, és nagyon ragaszkodik hozzá. Azóta sokkal kiegyensúlyozottabb, jobb kedélyű lett. Az intézmény is jól alkalmazkodott a helyzethez: a korának megfelelő játékokat és bútorokat kapott, melyek eddig hiányoztak ebben az intézményben, hiszen eddig nem volt szükség rájuk. A pedagógiai szakszolgálattól kijáró szakember az intézményben fejleszti a gyermeket. A kislány orvosai (Heim Pál Kórház) rendkívül pozitívan nyilatkoznak; szerintük óriási különbség van a gyermek jelenlegi állapota és a nevelőszülőnél töltött idő alatt tapasztalt állapota között. A gyermek orvosai és az intézmény között is állandó a kapcsolat, hiszen sokszor szükséges a kórházi elhelyezése. Ilyenkor a dolgozók is rendszeresen látogatják, míg ez a nevelőszülő esetében nem fordult elő.

Konklúzió

Az eset kapcsán az a legfontosabb konklúzió, hogy az ápoló-gondozó otthonban is lehetséges differenciált bánásmódot alkalmazni, és adott esetben lehet olyan vagy magasabb színvonalú gondoskodást nyújtani, mint egy nevelőszülő. Nem vitás, hogy a gyermek számára a leoptimálisabb megoldás egy egyszemélyes kötődés kialakítása, vagyis nevelőszülőhöz kerülése. Ugyanakkor a gyermek állapotából adódóan nem biztos, hogy ezt a fajta terhelést, állandó kórházba járást, fokozott készenlétet el lehet várni egy nevelőszülőtől. Másképpen fogalmazva: nagyon nehéz olyan nevelőszülőt találni, aki mindezt vállalni tudja, akinek elérhető közelségben van a gyermek egészségügyi ellátási intézménye, s aki rendszeresen fejlesztésre tudja hordani.

4. ÖSSZEGZÉS

A tanulmány egyik alapvető célja az volt, hogy kitekintést és eligazodást nyújtson az európai, illetve az Európán kívüli országok szociális ellátórendszerének azon szegmensével kapcsolatban, mely a gyermekek bentlakásos, ápoló-gondozó otthonokban történő elhelyezését biztosítja.

Ez meglehetősen nehéz feladat, hiszen minden ország ellátórendszere más és más, ezenkívül jelentős különbségek vannak a kelet-európai vagy például az észak-európai államok között mind szemléletben, mind az ellátás típusában. Ami leginkább jellemző, hogy azokban az országokban, ahol az ellátás nem igazán magas színvonalú vagy jól szervezett, ott nagyon kevés az elérhető információ, illetve adat, beleértve még akár a kormányzati elektronikus felületeket is. Abban az esetben, ha a bentlakásos intézmények az oktatásba ágyazottan látják el a feladatot, még nehezebb a szociális oldalról információt nyerni.

De ez ugyanilyen nehéz a fejlettebb országok esetében is, hiszen itt rengeteg forrás és tanulmány áll rendelkezésre a prevenció és megelőzés oldaláról, ugyanakkor nagyon kevés publikáció született a bentlakásos intézményekről. A cél ezekben az országokban a család olyan szintű megsegítése, hogy csak felnőttkorban kerüljön sor az intézményes elhelyezésre, akkor, amikor a szülők már tényleg nem képesek a sérült családtag ellátására. A fejlettebb országokban kiemelendő az olyan típusú ellátás, ami a hétvégére nyújt tartós (bentlakásos) ápolást a beteg gyermek számára, így a gyermek nem kerül ki a családból (hét közben jár a fejlesztő intézménybe), és a szülők is tudnak regenerálódni. Szintén fontos, hogy a gyermekek ellátásához szükséges rehabilitációs és gyógyászati eszközök ingyen állnak a szülők és a nevelőszülők rendelkezésére, így ezeknek nincs is feketepiac, mint mondjuk hazánkban, ahol az internetes oldalakon pénzért olcsóbban beszerezhetők a pelenkák és a jobb minőségű kerekesszékek, babakocsik és egyéb ápolást könnyítő eszközök.

Hosszú távon az anyagi források és a szakértelem beruházása ezekbe az ellátásokba mindenképpen olcsóbbá teheti az ellátórendszert.

IRODALOM

- AIHW (2012): *A Picture of Australia's children 2012*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/31c0a364-dbac-4e88-8761-d9c87bc2dc29/14116.pdf.aspx?inline=true> (Letöltve: 2017. jún. 20.)
- ASSANTE, V. (2000): *Situations de handicap et cadre de vie* (A fogyatékkal élők helyzete és életkörülményei). Rapport du conseil économique et social. Paris, Editions des Journaux officiels.
- BADELT, C.– ÖSTERLE, A. (1998): *Grundzüge der Sozialpolitik: Sozialpolitik in Österreich*. Spezieller Teil. Wien, Manz Verlag, 5–20. p.
- BELMONT, B. – VÉRILLON, A. (1997): Intégration scolaire d'enfants handicapés à l'école maternelle: partenariat entre enseignants de l'école ordinaire et professionnels spécialisés (A fogyatékkal élő gyermekek óvodai integrációja: az óvopedagógusok és a speciális intézmények munkatársai közötti partnerkapcsolatok). *Revue Française de Pédagogie*, 119, 15–26. p.
- CSÁNYI Y. (2013): Integráció/inklúzió és a szakvéleményezés összefüggései. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(3), 165–173. p.
- EURÓPAI BIZOTTSÁG (2012a): *Az Ön szociális biztonsági jogai a Cseh Köztársaságban*. Európai Unió. https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Czech%20Republic_hu.pdf (Letöltve: 2017. máj. 20.)
- EURÓPAI BIZOTTSÁG (2012b): *Az Ön szociális biztonsági jogai Norvégiában*. Európai Unió. http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Norway_hu.pdf (Letöltve: 2017. máj. 29.)
- GARAM K. (1983): A szociálpolitika szervezeti rendszere Svédországban- *Szociálpolitikai értesítő*, 1, 70–110. p.
- GEE, N. (2007): *The attainment of children with SENDDD in England*. Department for Children, Schools and Families. (Előadás-kézirat, OECD-munkaértekezlet.)

- HÖRNDLER, M.– WÖRISTER, K. (1998): *The Austrian welfare state: a survey of social security systems*. Vienna, Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs.
- NOSOSCO (2015): *Social Protection in the Nordic Countries*. Copenhagen, Nordic Social Statistical Committee. 166–190. p.
- NYILAS M. (2010): Ausztria szociális védelmi rendszere. *Kapocs*, 3, 14–24. p.
- PLAISANCE, E. (2005): *Petite enfance et handicap – La prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance* (Kisgyermekkor és fogyatékoság – A fogyatékkal élő gyermekek helyzete a kisgyermekeket fogadó intézményeiben). Paris, Université René Descartes – Paris V CERLIS – Centre de recherche sur les liens sociaux. /Dossiers d'études, no. 66./
- SZENTKERESZTY T. (2011): Gazdag szegények Északon – pillanatfelvétel a norvég ellátórendszerről. *Esély*, 3, 4–7. p.
- TALOS, E. – BADELT, C. (1999): Austrian Social Policy and the EU. *Journal of European Social Policy*, 4, 351–361. p.
- ZHANG, X. – CHENG-YE, J. (2005): Autism and Mental Retardation of Young Children in China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 18, 334–340. p.

BEVEZETÉS

Jelen tanulmány kettős célkitűzéssel született. Egyrészt országos mintavétel alapján igyekszik bemutatni a fogyatékos gyermekek ellátásával kapcsolatban készült szakirodalmi művek megállapításait. Másrészt a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság fenntartásában működő Szegedi Dr. Waltner Károly Otthon Gyermekotthona többéves gyakorlatából ismertet adatokat és megvalósult szakmai programokat. A tanulmány utolsó részei pedig a gyermekotthoni gyakorlatból vett konkrét eseteken keresztül írják le, miként lehet, lehetne segíteni a fejlődési rizikójú és/vagy fogyatékkal élő gyermekeknek és családjainak abban, hogy a kapott támogatással képesek legyenek véglegesen kikerülni a szakellátásból.

Az adott gyermekotthon szakmai gyakorlatának leírását mi sem indokolja jobban, minthogy a szerző több mint két évtizede az intézmény szakmai vezetője.

1. A FOGYATÉKOS GYERMEKEK HELYZETE A GYERMEKVÉDELMI SZAKELLÁTÁSBAN, FELADATOK

A tanulmány első része a megjelent kutatások, szakirodalmi adatok alapján mutatja be a fogyatékos gyermekek és családjaik helyzetét hazánkban.

A fogyatékos gyermekek hátrányos helyzetben vannak egészséges társaikhoz viszonyítva akkor is, amikor bekerülnek a gyermekvédelmi szakellátásba vagy a szociális ellátásba. Sőt, azok a hátrányok és nehézségek, amelyekkel fogyatékoságukból fakadóan meg kell küzdeniük, csak tovább fokozódnak.

A fogyatékos gyermekek nem kiemelt célcsoportja egyik nevelőszülői hálózatnak sem, és nem állnak rendelkezésre velük foglalkozó specializálódott szakemberek vagy megfelelő protokollok.

A nevelőszülői hálózatok kevés szolgáltatással tudják segíteni a családokat, és nem látják át az elérhető intézményeket, szolgáltatásokat. Nehézséget okoz, hogy a fogyatékos gyermeket fogadják-e a helyi intézményben, ott megfelelő szolgáltatást kap-e, vagy csak a településektől 25–75 km-re tudja igénybe venni a fejlesztéseket.

A fogyatékos gyermekek életkorával együtt a problémák is változnak, vagy esetenként súlyosbodnak; a kamaszkori nevelésben, illetve a fogyatékos felnőttek önállóságában különösen eszköztelenek a nevelőszülők.

A felnőttkort elérve a fogyatékos fiatalok és családjaik szembesülnek a foglalkoztatási és lakhatási lehetőségek hiányával.

A fogyatékos gyermekeknek ugyanakkor több okból is nagyon kevés esélyük van arra, hogy az intézményi létből családba kerüljenek. A jogszabályi közeg nem ösztönzi ezt az utat, hiszen a fogyatékos gyermekekhez továbbra is ápolási és egészségügyi szükségleteik alapján közelít, és különleges szükségleteik miatt elkülöníti őket a társadalom többi tagjától.

A közösségben pedig csak elvétve találhatók meg azok a befogadó szervezetek, amelyek szolgáltatásaikkal tehermentesíteni és támogatni tudnak olyan családokat – legyen szó nevelőszülőről, örökbefogadó vagy vér szerinti családokról –, akik fogyatékos gyerekekről gondoskodnak.

A hazagondozásnak, az örökbefogadásnak az esetükben minimális az esélye.

Egy fogyatékos gyermeket nevelő családnál sokkal több olyan segítségre van szükség, ami nem terápiás jellegű. A pszichológiai segítségnek azonban szorosabban össze kell kapcsolódnia a jogi segítségnyújtással, a munkaerő-piaci tanácsadással, illetve a mediációval és a gyermekekkel való munkára történő felkészítéssel (KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY 2016).

A gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő gyermekek esetében az előforduló traumatizáló hatások, melyek jelen tanulmány szempontjából relevánsak lehetnek:

- *A nevelésbe vételt megelőző időszak* traumái a családban átélt elhanyagolás, bántalmazás, a gyermekre irányuló agresszió következményeiből fakadnak.
- *A nevelésbe vétel* traumája az otthonról, a megszokott környezetből való elszakadás eredménye, ami önértékvesztéssel, bizonytalanság-érzettel, kilátástalansággal és tehetetlenséggel jár együtt.
- *A nevelőszülői elhelyezés* nehézségei közé pedig az átmenetiséget, a feltételelenséget, a kettős hovatartozás élményét, az én-azonossági problémákat és a másodrendűség érzését sorolhatjuk (KÁLMÁNCHÉY 2001).

2013-ban a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek 16,94%-a volt fogyatékos.

Ahhoz, hogy minél több fogyatékos gyermek kerülhessen nevelőcsaládokhoz, érzékenyítő kommunikációra, célirányos toborzásra, külső és belső erőforrások bevonására, szemléletformálásra, képzésekre, újszerű támogató, tanácsadó szolgáltatásokra van szükség. Ugyanakkor mindig lesznek olyan gyermekek, akik speciális gondozási körülményekre szorulnak, ezért szükséges az intézményi ellátás humán erőforrásának karbantartása, megerősítése, a tárgyi, környezeti feltételek karbantartása és fejlesztése.

Míg az intézményes ellátási forma intézményjellege, elidegenítő mivolta kevésbé családias nevelkedési környezetet biztosít, addig igaz, és legalább ennyire fontos, hogy ebben az ellátási formában a szakmai segítség rendelkezésre állása lényegesen magasabb színvonalú. Fontos az is, hogy a nevelőszülői ellátás sikere befogadó, valós családi kontextusba beengedő alaphelyzete miatt sokkal inkább függ a résztvevők, azaz a nevelőszülő, a gyermek és a nevelőszülői család többi tagjának személyes vonatkozásaitól, ami nemcsak egy sokkal inkább családias nevelkedési környezet kialakulásának lehetőségét hordozza magában, de az elhelyezés, az illeszkedés vonatkozásában is sokkal több kritérium figyelembevételét kívánja meg (RÁCZ 2016).

Az értelmi és a halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok nagy tömegben élnek a társadalom peremén.

Az óvodás- és az iskoláskorban előtérbe kerülnek a fejlesztés minőségi kérdései.

Ahogy feljebb haladunk az életkorral, úgy erősödik a mennyiségi probléma, azaz csökken a szolgáltatások száma.

Nagyon alacsony az aktív korú értelmi fogyatékosok foglalkoztatási szintje. *„Az alárendelődés és kiszolgáltatottság mindennapos helyzeteiben pedig tájékozódni és élni kell, ehhez pedig el kell sajátítani és rendre működtetni szükséges a válaszadás, a viselkedés és a személyes megnyilvánulások összetett és koherens játékát. A beletörődés és az engedelmeskedés azonban nem az értelmi fogyatékosok immanens mozzanata, hanem a kirekesztettek eszközkészlete, amelyet a túlélés érdekében újra és újra mozgósítaniuk kell.”* (BASS 2008)

A tapasztalatok szerint az esetek nagy részében az enyhe fokú mentális retardáció oka sokszor a gyermek környezete. Többnyire az ingerszegény környezetben élő, szociokulturálisan hátrányban lévő családok gyermekeit érinti, ahol az iskolázatlanság és/vagy szegénység miatt kevés tárgyi és személyi környezeti hatás éri a gyermeket, aki ennek következtében akkor sem fejlődik optimálisan, ha erre megvan a biológiai és a genetikai lehetősége. Azoknál a gyermekeknél is megfigyelhető enyhe fokú mentális retardáció, akiknek a családi háttérükkel van probléma.

A gyermekvédelemben elhelyezett különleges szükségletű gyermekek legnagyobb százaléka tanulásban akadályozott (enyhe fokban értelmi fogyatékos). A leggyakoribb rizikótényezők és védő faktorok áttekintése után megállapítható, hogy a szakellátásba került gyermekek esetében a tartós disztális faktorok, a családszerkezet, a szülői pszichopatológia közül a rizikótényezők jelenléte rendkívül magas (DANIS–KALMÁR 2011).

Mindezek tudatában könnyen megjósolható, hogy az alacsony társadalmi státuszú, szegénységben élő, a szolgáltatásokat el nem érő családok sérült gyermekeinek egyenes út vezet a szakellátásba. Ezt a tényt, a családok magára maradását, a szolgáltatások, a segítségnyújtás hiányát semmiképpen sem szabad figyelmen kívül hagyni, hiszen a nevelőszülőnél nevelkedő gyermek esetében a nevelőszülő ugyanilyen krízishelyzetbe kerülhet (BELSKY 2006).

A szakellátásba kerülő gyermek esetében – továbbra is – szem előtt kell tartani a vér szerinti család egy-

ségének helyreállítását, illetve annak kialakítását. Így a szervezeti és működési alapelvek kiválasztása során a vér szerinti szülő jogainak (nem egyszer kötelezettségeinek) gyakorlása ugyanolyan mértékben kell, hogy latba essék, mint a gyermek legjobb érdeke (BÜKI 2015).

Fogyatékos gyermekek esetén az önálló élet sokszor nem elképzelhető, de az önállóság foka, amelyre eljutottak, nagyban befolyásolni fogja további életminőségüket, sőt azt is, hogy egy másik ellátórendszerben, vagy segítséggel a volt családjukban vagy párkapcsolatban, de aktív életet élhessenek, és ne kriminalizálódjanak, vagy váljanak áldozattá (DEMCSIK 2015).

Ehhez azonban professzionális segítségnyújtásra van szükség, melyet az ellátórendszer jelen állapotban nem tud kellő hatékonysággal nyújtani (DEMCSIK 2010).

2. GYERMEKOTTHONUNK MŰKÖDÉSI MUTATÓI ÉS A KORAI FEJLESZTÉS GYAKORLATA

Gyermekeotthonunk az 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban: Gyvt.) alapján elsősorban 0–10 éves korú gyermekek teljes körű otthont nyújtó ellátását, de testvérsorok együttes elhelyezését is biztosítja. A gyermekeotthon működését tekintve Csongrád megye egész területéről vehet fel gyermeket.

Az intézmény engedélyezett létszáma 34 fő. Alapvető célunk, hogy a családjukból kiemelt és a gyermekeotthonunkban élő kisgyermekek számára színesebbé, boldogabbá tegyük gyermekkorukat.

Segítjük eddigi életük problémáinak feldolgozását és a hátránnyal indulók felzárkóztatását (korai fejlesztés, gyógypedagógiai és pszichés segítségnyújtás). A korcsoportnak, az egyéni igényeknek, szükségleteknek, valamint a gyermekek személyiségének megfelelő gondozási, nevelési feltételeket nyújtunk.

1. tábla. Az elmúlt 10 év felvételi mutatói

	VÉR SZERINTI CSALÁDBÓL	ÖRÖKBEOFAGADÓ CSALÁDBÓL	NEVELŐ- CSALÁDBÓL	MÁS GYERMEK- OTTHONBÓL	ÖSSZESEN
2007	26	-	-	-	26
2008	21	-	-	-	21
2009	23	1	-	-	24
2010	20	-	-	-	20
2011	15	-	-	-	15
2012	20	2	-	-	22
2013	7	-	-	-	7
2014	12	1	1	-	14
2015	9	-	1	-	10
2016	15	-	1	1	17
2017*	6		1	1	8

* 1. félév

2. tábla. Gondozás-megszűnés

	VÉR SZERINTI CSALÁD	ÖRÖKBE- FOGADÓ CSALÁD	NEVELŐ- SZÜLŐ	MÁS GYERMEK- OTTHON	REPATRI- ÁLÁS	EGYÉB, PL. CSALÁDBA FOGADÁS	ELHUNYT	ÖSSZE- SEN
2007	10	5	6	1	-	-	1	23
2008	12	6	3	1	-	3	-	25
2009	8	7	6	-	-	-	-	21

	VÉR SZERINTI CSALÁD	ÖRÖKBE- FOGADÓ CSALÁD	NEVELŐ- SZÜLŐ	MÁS GYERMEK- OTTHON	REPATRI- ÁLÁS	EGYÉB, PL. CSALÁDBA FOGADÁS	ELHUNYT	ÖSSZE- SEN
2010	6	3	7	1	1	-	-	18
2011	5	3	11	1	1	-	-	21
2012	5	8	3	-	-	2	-	18
2013	6	4	2	1	-	2	-	15
2014	8	4	-	-	-	2	-	14
2015	2	2	1	-	-	1	-	6
2016	4	3	4	-	1	1	-	13
2017*	1	2	4	-	-	-	-	7

* 1. félév

2007–2017. 1. félévig összesen 181 gyermek távozott otthonunkból:

67-en a vér szerinti családjukba kerültek vissza – ez 37%.

47-en örökbefogadó családba kerültek – ez 26%.

47-en nevelő családba kerültek – ez 26%.

19-en más gyermekotthonba, repatriálásra, illetve egyéb helyre kerültek (főként családba fogadás történt) – ez 10,5%.

1 fő elhunyt – ez 0,5%.

Az elmúlt öt évben a fogyatékos gyermekek a gyermekotthoni gondoskodás után az alábbi helyekre kerültek:

2012. 1 fő vér szerinti szülő.

2013. 1 fő vér szerinti szülő, 2 fő örökbefogadás.

2014. 3 fő vér szerinti szülő, 1 fő örökbefogadás.

2015. 1 fő vér szerinti szülő, 1 fő örökbefogadás.

2016. 1 fő örökbefogadás, 1 fő családba fogadás, 1 fő nevelőszülő.

2017. 1. félév: 1 fő örökbefogadás.

Gyakorlatunkból öröndetesen megállapítható, hogy a fentebb említett országos hely jobbak a fogyatékos gyermekek hazagondozásának és örökbefogadó családba kerülésének mutatói.

Ez annak is köszönhető, hogy már a bekerülést követően az alkalmazásunkban álló gyógypedagógusunk segítségével várakozás nélkül elkezdjük a fejlődési rizikójú, koraszülött vagy bármely más szempontból érintett gyermekek megfigyelését és szükség esetén korai fejlesztését.

A haladéktalanul elinduló megsegítő folyamat eredményeként a sérült kisgyermekekben lakozó készségek, képességek kibontakozása a „nyitott kapu” elvben foglaltaknak megfelelően sokkal hamarabb és teljesebben valósulhat meg.

Ennek eredményeként a hendikeppel induló csecsemők egy része a korai fejlesztés hosszú hónapjai után már sokkal kisebb eltérést mutat egészséges kortársaihoz képest, így korrigálható károsodás mellett haza- vagy örökbe fogadó családba kerülhet.

Az elmúlt 5 évben a gyermekotthonunkban elhelyezett különleges ellátást igénylők száma 53–88% között mozgott, emelkedő tendenciát mutatva.

Gyermekotthonunkban több év tapasztalatai alapján főként az alábbi okok miatt részesülnek korai fejlesztésben a gondozottak: pszichomotoros fejlődésbeli elmaradás (70–80%), érzékszervi sérülés (10–15%), genetikai eltérés, fejlődési rendellenességek (10–15%).

A Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői Bizottság előírásai alapján egyéni fejlesztési terv készül.

Intézményünkben a foglalkozásokat túlnyomórészt az Odú Fejlesztő Központ munkatársai biztosítják –

az egyéni igényeknek megfelelően, és a fejlődésmenetet figyelembe véve, de szükség esetén felmerülhet a speciális gyógytorna igénye is, ami a gyermekklinikán érhető el (pl. DSGM, Katona-módszer).

Alkalmazott módszerek a fogyatékos vagy fejlődésükben veszélyeztetett kisgyermek és családjuk támogatása terén

A napirend jelentősége

A gyermek alapbiztonságát az őt ellátó stabil személynek tulajdonítjuk, a rend pedig lényeges kiegészítője a biztonságérzetnek.

Fontos, hogy az intézményben élő kisgyermek előre láthassa a lehetőségeket, és egyértelmű legyen számára, hogy miben dönthet, és miben nem, továbbá hogy saját indíttatásból tevékenykedhessen, mozoghasson és játszasson.

A rend az, amiben bízni lehet, ami eligazít térben és időben, ami áttekinthetővé teszi a világot, így sohasem esetleges, hogy például ki mikor és hol étkezik, alszik vagy játszik. A rend megszabja a személyek stabilitását, az események időbeni egymásutánját, és kiismerhetőségével szabaddá, nyugodttá teszi a gyermeket.

Külső rend nélkül eluralkodik a rendtelenség, a zűrzavar, az elveszettség, a „nem tudom, mihez tartsam magam” érzése. A gyermekek nyugtalanok lesznek, egyikük sem tudja, hogy mikor mire számíthat.

Az esetlegességek elkerülésével, az események szabályosan ismétlődő egymásutánjával éppen az a cél, hogy a gyermekek számára áttekinthetővé tegyük az életüket és az idő múlását.

Ha tudják, mire számíthatnak, akkor megkíméljük őket a kiismerhetetlen várakozástól, a felesleges feszültségektől, az ingerültségtől és a nyugtalanságtól.

A gyermekeket ellátó kisgyermeknevelők a legapróbb részletekig egyeztetik a munkájukat, hogy egyöntetűvé tegyék a gondozást, és tovább segítik a gyermekeket abban, hogy kiismerjék magukat az események egymásutánjában.

Minden napirend csak egy meghatározott kisközösség gyermekeire vonatkozik, meghatározott évszakban, meghatározott tárgyi feltételek között, a gyermekek egyéni szükségleteinek megfelelően kialakítva (CSECSEMŐTTHONOK PIKLER EMMI ORSZÁGOS MÓDSZERTANI INTÉZETE 1988).

Tapasztalataink szerint az eltérő fejlődésmenetű gyermekek számára ez különösen fontos kapaszkodót jelent, hiszen a gondozási műveletek azonos módon való folyamatos megtapasztalása még akkor is eligazodáshoz és kiegyensúlyozottsághoz segíti őket, ha érzékszervi vagy értelmi képességeik csökkent volta miatt akadályoztatva vannak az információgyűjtésben és a tájékozódásban. Így például az étkezési rendben előtűnik lévő gyermek az ő számukra is felhívó erejű, mert mutatja, hogy hamarosan ők következnek, ők fognak enni kapni.

A fenti gyakorlat egy hallássérült kisfiú kapcsán igazolódott be a legeklatánsabban. Esetében sajnos csak a megfelelő vizsgálóberendezés megérkezésekor, aránylag későn kaptuk meg a diagnózist. Igazán nem is akarták elhinni nekünk, hogy baj lehet vele, mert a korábbi eredményei mind jók voltak, és az őt kísérő kisgyermeknevelő minden „megszokott” kérését késedelem nélkül teljesítette, követte. Az egészségügyi személynél hiteltelensége, rácsodálkozása igazolta a módszer segítséget adó alapját, ugyanis olyan mértékben tudott együttműködni, jól kiigazodva a kis világában, hogy nem lehetett észrevenni rajta az érzékszervi fogyatékoskosságot.

Más gondozási helyről, örökbefogadó családból érkező fogyatékos gyermekek előgondozása és ellátása

Amint a felvételi táblázatból is látható, az utóbbi 5 év tapasztalata szerint egyre nagyobb az igény fogyatékos kisgyermekes intézményes felvételére nevelő- és örökbefogadó családokból is.

Az okok között több esetben szerepelt az egészségügyi problémák nehezített ellátottsága is. Ez különösen a több kiskorú gyermeket nevelő családok esetében jelent szinte megoldhatatlan problémát.

Emellett ugyanebben az időszakban területről kívülről, így Budapestről, Bács-Kiskun megyéből és Hajdú-Bihar megyéből került sor külön engedéllyel befogadásra, mert az adott térségben nem volt a gyermekek számára megfelelő gondozási hely.

A gyermekvédelmi szakellátó intézményrendszer a gyermek oldaláról akkor kerül előtérbe, ha súlyos veszélyeztetettség áll fenn, vagy a veszélyeztetettség családi környezetben nem szüntethető meg. Mind a két

körülmény nagy felelősséget ró a döntéshozókra és a javaslattevőkre, a gyermeknek megfelelő gondozási hely kiválasztásában. A Gyvt. számos szakasza rendelkezik a gondozási hely kijelöléséről.

A törvény maga is több helyen nevesíti, hogy a gyermek életkora és egészségi állapota (akár a fogyatékosága) is szempont a számára megfelelő ellátási forma kiválasztásánál.

Természetesen irányadó szempont a nevelőszülői ellátás prioritása, ugyanakkor vannak olyan gyermekek, akik ellátásánál a gyermekotthoni ellátási forma favorizálható. Különösen igaz ez például a fogyatékos vagy az egészségügyi indikációval bíró gyermekek esetében.

Tiszteletben tartva a nevelőszülői ellátás elsődlegességét, de már többször utaltunk arra, hogy a gyermekotthonban több adekvát szakember dolgozik, míg a nevelőszülői ellátásnál – hangsúlyozva a nevelőszülő szakmai hozzáértését is – egyedül van. Egyedül kell megoldania a nála elhelyezett gyermekek összes pedagógiai, pszichológiai és szociális szükségleteit. Egyedül kell elvinnie az összes nála elhelyezett gyermekeket a különböző orvosi, pedagógiai, pszichológiai vizsgálatokra és terápiákra. Ezt egy nevelőszülőtől nem biztos, hogy el lehet várni.

Ezzel ellentétben a gyermekotthoni ellátásnál már helyben rendelkezésre állhatnak ezek a szakemberek és terápiák.

A felvételt megelőzően minden esetben nagy hangsúlyt fektetünk a minél teljesebb körű tájékozódásra a gyermekek kórelőzményével, fejlődésmenetével, egyéni igényeivel kapcsolatban, hogy érkezésének idejére már fel tudjunk készülni a személyre szabott ellátásra.

A gondozott gyermek élettörténetében, szokásaiban a családot szakértőnek tekintjük, ezért mindezekről és a gyermekről részletes információcserét folytatunk a szülővel.

Az a célunk, hogy gyermeknek lehetősége legyen fokozatosan beszokni új az otthonába, megismerve az őt ellátó felnőtteket, majdani társait és a körülményeket.

Megszervezzük, hogy a referenciaszemély és a gyám ismertesse meg velünk a gyermek napirendjét és kedvenc tevékenységeit.

A teljes ruhatár és a saját játékok mellett minden esetben fényképalbum és dokumentáció kíséri őket, így folyamatosságot tudunk biztosítani számukra, és életük korábbi állomásai is megismerhetővé válnak.

A szükséges egészségügyi vizsgálatok, beavatkozások és az esetleges műtétek elvégzése miatt az ország szinte mindegyik speciális gyógyászati centrumával kapcsolatban vagyunk, és szükség esetén elkísérjük oda gondozottainkat (pl. ha urológiai, szív- és koponyaműtétekre vagy csontvelő-transzplantációra kerül sor).

A szakemberek a jelen fejezetben említett mindegyik példánál a gyermekotthoni ellátás mellett döntöttek.

Az „előgondozásnak” nemcsak a fogyatékos gyermekek esetében van jelentősége, hanem a „normál” szükségletűeknél is kiemelt szerepe van. A gyors döntési helyzetek miatt azonban sokszor szinte lehetetlen előgondozni. Ennek ellenére nemcsak a mi, hanem más szolgáltatók szakmai programjai is már évek óta tartalmazzák az előgondozással kapcsolatos teendőket, bár erre a gyermekvédelmi rendszerben semmilyen jogszabályi kötelezettség nincs.

Az utóbbi időben megjelent a nevelőszülőitől való átgondozás is (lásd a korábbi táblázatot). A már részletezett nehézségek miatt, például egy enyhe fokban értelmi fogyatékos, sztómás kisfiú került felvételre a gyermekotthonunkba, aki akkor egyéves volt. Több gyermek is nevelkedett a nevelőszülőnél, aki lelkiismeretesen helyt állt a különleges szükségletű gyermek ellátásánál is, de „elfogyott” az energiája. Szinte minden idejét a kisfiú ellátása kötötte le, így a többi nála elhelyezett gyermek ellátása került veszélybe, ezért kérte a gondozási hely megváltoztatását. Új gondozási helyként gyermekotthonunk lett megjelölve.

A döntést megelőzően a szakszolgálat, a gyám és a gyámhatóság is érdeklődött, hogy tudjuk-e vállalni ezt a feladatot. Tájékoztattuk őket a pozitív válaszukról, és kértük, hogy az előgondozás érdekében a nevelőszülő vegye fel velünk a kapcsolatot. Mivel a nevelőszülő ismerte legjobban a gyermeket, többször is elhívtuk, hogy a gyermekkel együtt látogasson meg bennünket, hogy a gondozásihely-váltás a gyermek számára minél zökkenőmentesebb legyen. A nevelőszülő maximálisan segítette az előgondozási folyamatot, így a gyermeknek lehetősége volt leendő otthona és a jövőben őt körülvevő személyek megismerésére.

Egy kisfiú otthonra talál

Számunkra talán az egyik legmeghatóbb, szakmailag leginspirálóbb élmény egy súlyos fejlődési rendelle-

nességgel és genetikai eredetű betegséggel küzdő, szívbeteg (súlyos kamrai, illetve pitvari, sövényhiányos) kisfiú esete volt.

A gondozási hely kijelölésénél szempont volt, hogy a gyermek gyógypedagógiai fejlesztése és egyben egészségügyi nyomon követése is megvalósuljon, így esett az intézményünkre a választás.

A kisfiúról lemondtak a szülei, mert nem tudták felvállalni a betegségéből, fogyatékoságából adódó megterhelő feladatokat. A kisfiút 3 hónaposan ismertük meg egy budapesti kórházban, ahonnan addig nem szertették volna elengedni, amíg a szívműtete meg nem történik.

Itt kezdte el látogatni a gyámja és a gyermekotthon munkatársa. A kisfiút folyamatosan szondázták – állítólag nem akart enni. Ahogy elkezdtek látogatni, még az ápolószemélyzet is megjegyezte, hogy az étvágya és a hangulata is megváltozott: elkezdett a korának megfelelően, cumisüvegből enni. Távolságot, időt, energiát nem kímélve látogattuk, és folytattuk előgondozását.

A szívműtétet végző intézménybe már két ismerős személy társaságában ment. Az egészségügyi szakemberek meg is jegyezték, hogy erre még nem láttak példát. Mi hangsúlyoztuk, hogy ez a mi gyakorlatunk.

A szívműtetei napjain – komplikáció miatt egy héten belül kétszer is operálták – úgy vártuk a sebész és az aneszteziológus tájékoztatását a beavatkozások eredményeiről, mint kvázi hozzátartozók.

A műtétek után mindennap meglátogatta valamelyikünk, és fogta a „kis kezét”, mellyel ő is visszafogott. Talán ez volt az egyik legmegérintőbb élmény: egy alig fél éves, altatásban lévő, fogyatékos gyermek megérezte, hogy azok a biztonságot adó személyek, akiket az utóbbi időben megismert, ott vannak vele.

A gyermeket fél éves korában engedték ki az egészségügyi intézményből a gyermekotthonunkba, ahol még soha nem járt, de egy számára ismert személy társaságában úgy érkezett meg, mintha hazaért volna a számára ismerős személyekhez. Már a gyermekotthoni munkatársak is úgy fogadták, mintha régóta ismernék, a beilleszkedést pedig azok a „referenciaszemélyek” segítették, akikkel már a kórházi bennfekvés alatt szoros kapcsolatba került.

A kisfiú jelen tanulmány megírásakor már elmúlt 2 éves; még nem tud járni, nem tud beszélni, de vidám és kiegyensúlyozott. A fogyatékosága miatt korai fejlesztésben részesül, speciális gyógytornára, gyógyúszásra jár, számos gyógyszert szed, és vár még rá egy további szívműtét, de jelenleg konzervatív kezeléssel sz állapota stabil. A kisközösségének aktív, meghatározó tagja; minden gyermekre és felnőttre, aki mindennapjaiban körülveszi, bizalommal, kedves mosollyal tekint.

Jó gyakorlat: egy csecsemő hazagondozása enyhén értelmi sérült anyja készségfejlesztése után

Jó gyakorlatként a számunkra legfontosabb célkitűzésnek tartott vér szerinti családba való visszagondozásnak egy rendhagyó esetét ismertetjük.

Ebben az esetben a szakirodalom által is alátámasztottan követendő különleges családterápiás módszer kerül bemutatásra.

A „jó gyakorlat” a definíció szerint egy „*olyan bevált, jól működő, példaértékű eszköz, módszer, program együttese, amely az intézményi gyakorlatban és működésben előremutató problémamegoldásra, ellátási módszerre, innovatív megközelítésre tesz kísérletet. Mivel évek kísérleti tapasztalata áll mögötte, hatékonysága kipróbált, ezért eredményesen adaptálható, fenntartható, fejleszthető, dokumentálható. Az átvett fejlesztés a továbbiakban a felhasználók által is elismert szolgáltatásként képes működni. Az intézmények, de lehet egy folyamatosan működtetett integrált módszere, programja is az intézményeknek, szervezeteknek, amelyet saját belső szakmai humán erőforrásból vagy külső szakemberekkel karöltve, saját költségvetésből és/vagy pályázati finanszírozással működtetnek.*” (HATVANI–HEGEDŰS é. n.)

Jelen jó gyakorlat célja gyermek és a családja közti kapcsolat, kötődés kialakítása, fenntartása és erősítése; a gyermek számára az anyatejes táplálás, az anyai szeretet biztosítása, továbbá a szülő alkalmassá tétele gyermeke ellátására, és ezen keresztül önálló családi életvitelre.

Célcsoportja azok a szülők, akik nehezen vagy egyáltalán nem tudják (normál vagy különleges igényű) gyermeküket ellátni, mert nincsenek vagy hiányosak a készségeik, képességeik, vagy nem készültek fel erre a feladatra. Ezek az esetek pedagógiai, gyógypedagógiai, pszichológiai, kisgyermeknevelői és szociális munkási szakmai tudást igényelnek, melynek segítségével a gyermekek magasabb fejlettségi szintre kerülnek, a szülők pedig kompetensebbé válhatnak.

A szükséglet bemutatása: jelenleg is sokakban él az igény, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásba került, újszülött korú csecsemőjüket naponta többször szoptassák, és a gondozásában aktívan részt vegyenek.

A szülést követően természetes folyamat eredményeként jelenik meg az anyákban a gyermek ellátásának igénye. Ha ebben a korai stádiumban adott a szociális környezet támogatása, az anya személyiségének megfelelő érettsége és a szükséges fizikai feltételek együttese, akkor magától értetődően alakul az anya-gyermek kapcsolat, és optimális fejlődési pályán haladhat tovább, azonban bármely szükséges tényező hiányában ez a motiváció sérülhet. A szakemberek tapasztalatai szerint ez sodorhatja az anyákat abba az irányba, hogy a gyermekkel való kapcsolattartásuk megritkul, rendszertelenebbé válik, sőt akár teljesen el is maradhat.

Szintén fennáll annak a veszélye, hogy az esetleg nem megfelelően érett személyiségű szülő, mivel nem tapasztalhatja meg a gyermekneveléssel járó mindennapos örömeit és nehézségeket, idővel megelégszik a kapcsolattartás korlátozott idejében megélt mesterséges élményekkel, így nem fejlődhet ki benne a felelősségvállalást is implicálói szülői identitás. Ez a kezdeti időszak tehát meghatározó az anya-gyermek kapcsolat hosszú távú sorsát illetően, hogy az biztos alapokon, szilárdan álló lesz-e, vagy az étellel járó számos kihívás esetén könnyen megingatható.

Anya és gyermeke között a kötődés egy láthatatlan, rugalmas kötelék, egy olyan komplex viselkedési rendszer, melyben mind az anyának, mind a gyermeknek aktív, kezdeményező szerepe van. Optimális esetben az édesanya rendelkezésre áll, bármikor elérhető, ami azért nagyon fontos, mert a kötődéelmélet egyik alaptézise szerint a biztonság élményének korai megtapasztalása – illetve ennek elmaradása – mentén épül ki a gyermekben egy modell, amely későbbi kapcsolatainak is alapjául szolgálhat.

Így válik érthetővé, miért felbecsülhetetlen fontosságú az édesanya jelenléte az első hetek, hónapok során az intézményen elhelyezett csecsemője mellett.

A korábbi években a csecsemőknek szeretünk volna segíteni abban, hogy anyatejes táplálást kaphassanak, hogy az édesanyjuk szoptathassa őket, így biztosítva a kisgyermek életében elengedhetetlen fontosságú korai kötődés kialakulását is. Ezért módot adtunk az anyáknak arra, hogy a lehetőségükhöz és a lakótávolsághoz mérten napi egy vagy többszöri alkalommal jöjjenek kapcsolattartásra, és a gyermekotthonunkban szoptathassák gyermeküket.

Ezen az úton továbblépve – felismerve a szülők igényeit, hogy minél többet, és minél hosszabban szeretnének részt venni gyermekük életében, ellátásában – terveztük meg, hogy a táplálás mellett a gondozás, a gyógyszerelés, és szükség esetén a gyógytorna, a fejlesztőfoglalkozások rendjébe is bevonjuk az anyukákat.

Fontos feladatunk a gyermekek családjaikkal való kapcsolatának elősegítése, facilitálása. Változatos eszközökkel és módszerekkel támogatjuk a szülőket szülői szerepeik megerősödésében és korrekációjában, valamint gyermeknevelési kompetenciájuk (ismereteik és készségeik) fejlődésében. A vér szerinti családokat abban segítjük, hogy alkalmassá váljanak gyermekeik visszafogadására.

A gyermekek jövőjének és társadalmi reintegrációjuk szempontjából ez a tényező alapvető fontosságú.

„Egy csecsemő hazagondozása enyhén értelmi sérült anyja eredményes készségfejlesztését követően

A fejlődési rizikóval született egyhetes kisfiút a gyámhivatal azért utalta be gyermekotthonunkba, mert a szülői környezet nem volt biztonságos az újszülött számára: alapvetően az anya szülői készségével, gondozási képességével volt gond.

A határozat indoklásából kiemeljük az alábbiakat: „A gyermek nevelőszülőnél történő ideiglenes elhelyezése, jelen esetben indokolatlanul csökkentené a gyermek esélyét arra, hogy anyatejes táplálást kapjon, és a szüleiben kialakuló és megerősödő szülői érzésnek, felelősségnek és kompetenciának köszönhetően mielőbb vér szerinti családja gondozásába kerüljön.”

Az első pillanattól az volt a közös célunk, hogy a Gyvt. szellemének megfelelően segítséget nyújtva a család alkalmassá válásában, érvényre juthasson a gyermek legfőbb joga, a saját családi környezetében történő nevelkedés.

Az első találkozás: a felvételt követően a szülők rövid időn belül felvették a kapcsolatot a gyermekotthonnal, és szeretettel, nagy odaadással fordultak a kisfiuk felé.

Első lépésként a bizalmas, jó kapcsolat kiépítésére törekedtünk, ami a későbbiekben a sikeres együttműködés alapja lett. Ehhez elengedhetetlen volt, hogy kellő érzékenységgel megértést, elfogadást és biztonságot adva feltérképezzük, hogy a szülők milyen készségekkel rendelkeznek, és hol tartanak a szülővé válás folyamatában.

Az első pillanattól kezdve nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy az anya szoptassa a gyermekét, ami azért is fontos, mert erősíti az anya-gyermek kapcsolatát és a kötődést.

Ennek eredményeként a kisfiú 3,5 hónapos koráig anya- és női tejjel táplálkozott.

Az édesanya kezdetől fogva érdeklődött a gyermeke ellátásáról és az azzal kapcsolatos teendőkről. Az intézmény munkatársai által elmondott, gyermeke gondozásával kapcsolatos információkat érdeklődve fogadta, és erről jegyzeteket készített.

Az anya képességeire és aktuális tudására építkezve terveztük az ellátási feladatokba való fokozatos bevezetését és azok átadását.

A gyermekotthonba érkező anyáknak ugyanúgy szüksége van segítségre, tanácsra, mint a szülést követően minden anyának. Az anya támogatásáért felelős szakemberek erre a természetes igényre építve segíthetik az anyát, hogy megismerje gyermeke egyéni szükségleteit, és úgy etesse, fürdesse, hogy együttlétük mindkettőjük számára öröm legyen. A jól ellátott gyermek anyja joggal érezheti, hogy gyermeke jó közérzete, elégedettsége neki köszönhető, és egyúttal azt is, hogy jó anyja a gyermekének.

Ha az anya megérzi, hogy az embert látjuk benne – elfogadjuk hibáival, sebzettségével együtt –, és nem felette, hanem mellette állunk, akkor új ismereteket el tudja fogadni, és be tudja építeni a mindennapjaiba.

Fontos, hogy a mindkettőjük számára biztosított gyermekotthoni védőhálóban az anya lássa el gyermekét és az eredmény az ő sikere legyen.

A pozitív megerősítés elengedhetetlen. Az újszülött ellátásába a szülőket fokozatosan vontuk be: szakmai irányításunk mellett a szülők átvették gyermekük gondozását, mi pedig dicséretekkel erősítettük őket szülői szerepükben.

Alapvetően fontos, hogy az ellátás részfolyamatainak egymásutánja rögzüljön, és készségszinten bármilyen helyzetben előhívható legyen.

Az esetben szereplő anyának azért is nagy szüksége volt a rendszerességre és a kitartásra, mert mint tudjuk, a legtöbbjüknél több generációra visszavezethetők a rossz családi minták, a meglazult kötelékek, a szocializációs hiányosságok és végtelenül kiszolgáltatottak az élet minden területén.

A szülők fellebbezésére a másodfokú gyámhivatal határozatában a következő véleményt adta: *„Indokoltnak látszik esélyt adni az anyának arra, hogy felügyelet mellett szakemberek kitartó és mindennapos segítségével elsajátítsa a csecsemőgondozás alapvető ismereteit, s megtanulja a gyermek korához igazodó napirend és étrend kialakítását. Ebben leghatékonyabban intézményi keretek között a gyermekotthon munkatársai tudnak segíteni az anyának. Továbbá a gyermek alapvető érdeke az, hogy a lehető leghosszabb ideig anyatejes táplálást kapjon. A szoptatás nemcsak a gyermek egészséges testi fejlődését szolgálja, hanem elmélyíti a gyermek és az édesanya kapcsolatát, erősíti a gyermek érzelmi biztonságát.”*

A szülőpár szinte napi rendszerességgel utazott a közeli kistélepülésről gyermekéhez, s ez meghozta a várható eredményeket: a szeretetteljes kötődés még tovább erősödött közöttük. Másrészt elfogadva, megtanulva és a gyakorlatba is átültetve a gondozási alapismeretek kiteljesedett szülői kompetenciává értek beléjük, így alkalmassá váltak arra, hogy otthonukban önállóan is gondoskodni tudjanak gyermekükről.

A tárgyi feltételek és a megfelelő lakáskörülmények kezdetől rendelkezésre álltak a kisgyermek fogadására, hiszen az édesapa hosszú távú munkaviszonnyal rendelkezett.

Az együttműködés az alapellátás szakembereivel végig alapvető fontosságú volt.

A családsegítő szolgálatnál gondozásban volt már a család, ahol életvezetési tanácsadásokat kaptak. A védőnő kezdeti véleménye szerint egész napos felügyelet kellene az anya és gyermeke mellé.

A szakemberekkel főként telefonon tartottuk a kapcsolatot, de néhányszor ellátogattak az intézményünkbe is. A folyamat kezdeti szakaszában szkeptikusnak tűntek; nem igazán bíztak abban, hogy az átadott tudás beépül a család mindennapi életébe, és készségszintűvé válik.

Végezetül személyesen meggyőződve az új készségek kiépüléséről, bizalmat szavaztak a teljes családdá váláshoz. A védelemben vételt követően heti kétszer jártak ki a családhoz.

A várva várt „papír”, a gyámhivatal megszüntető határozata három és fél hónapos gondozási időszak után érkezett meg.

Távozásakor a gyermek fejlődése mindenben a korának megfelelő volt:

Az alapon fekszik, fürdetéskor elengedett, együttműködik. Kanál érintésére a száját nyitja, a szemkontaktust megtartja, a szemével követ, a kezét nézi. A beszédre figyel, egyre többet van ébren, a beszédre formázza a száját, mosolyog, hangot ad, gőgicsél. Adagjait ritmusos, erőteljes szívással fogyasztja.

A búcsúzáskor kölcsönösen elhangzó ígérek mára már több formában is megvalósultak: a büszke család a telefonhívások mellett több alkalommal visszalátogatott, és örömmel számolt be az otthoni életükről és a sikereikről.

A bizalmi kapcsolat kialakítása tette lehetővé számukra, hogy a gyermek ellátásával kapcsolatban a további fejlődési szakaszokhoz igazodóan merjenek kérdezni, és el tudjanak fogadni újabb tanácsokat is.

Ez az a szolgálat, ami alázatot követel meg tőlünk akkor, amikor nem dönthetünk, és nem cselekedhetünk a szülő helyett.

Minden anyában ott van az anyai érzés, a szeretet, de hogy ez kibontakozzon, és a védtelen védelmet tudjon adni a még védtelenebbnek, ahhoz az anyának tápláló erőre van szüksége.

A jó gyakorlat közvetett hatásként beszámolhatunk arról, hogy a család nemrégiben új kisgyermekkel bővült. A hazavitele és a szülők képessége az újszülött megfelelő ellátására meg sem kérdőjeleződött.

A fenti gyakorlat azért tekinthető továbbvihetőnek, innovatívnak, mert felismerve az egyre több családban jelentkező szükségletet, hazagondozhatóvá vált egy olyan csecsemő, aki ugyanezt a lehetőséget sem az alapellátási, sem a nevelőszülős ellátási formában sem kaphatta volna meg.

Ehhez az anya eredményes gondozási, gyermekellátási ismereteinek és készségeinek fejlesztését követően egy újszerű módszerrel vezetett az út.

Ebben az esetben így tudott érvényesülni az a minden kisgyermeket megillető jog, hogy saját családjában nevelkedhessen fel.

Ezzel a módszerrel hiánypótló szolgáltatást vagyunk képesek nyújtani akkor is, ha a gyermek egészségügyi, gyógypedagógiai igényei rónak a családra fokozott megterhelést, és azért válik indokolttá a gyermek kiemelése, mert a vér szerinti család egyedül nem tud megbirkózni a felmerülő, az átlagostól eltérő többletfeladatokkal. Az anyáknak lehetőséget adunk arra, hogy a gyermekotthon védőhálójában sajátítsák el gyermekük egyéni, különleges igényeinek megfelelő gondozási, nevelési készségeket, ismereteket és módszereket, hiszen mindehhez adekvát szakembergárda áll a rendelkezésükre.

A családból való kiemelés így nem jelentené a családtól való elszakítást a csecsemők számára, hanem a szakellátásban egyedülálló módon olyan családi hangulatú, otthont nyújtó ellátást lehetne biztosítani, ami a legjobban alapozhatná meg anya és gyermeke közös jövőjét.

3. ESETTANULMÁNY

Az esetbemutatás alanyaként azért esett a választás erre a kisfiúra, mert az élete a korai megszületés, a róla való szülői lemondás, majd ezt követően nem sokkal egy meghíúsult örökbefogadás miatt sorozatos hendikeppel indult. Ennek ellenére sem adtuk fel, bíztunk egymásban, és ahogyan azt reméltük is, a története végleges családba kerüléssel zárulhatott, amiért közösen mindent megtettünk.

Az eset alanya

Az esettanulmány alanya egy 3,5 éves szakellátásban nevelkedő kisfiú, akit örökbefogadó családba helyeztünk.

A vér szerinti család 5. gyermekeként, gondozatlan terhességéből, a 27. héten, 750 gramm-mal született. A tüdő éretlensége, légzésvizavar és fertőzés miatt 4 hónapos koráig kórházi kezelést igényelt. A szülei a gyermek egészségi állapota és családi problémáik miatt lemondtak róla.

A gyermekkel való találkozás, kapcsolatfelvétel

4 hónapos, 3 hetes életkorban érkezett az otthonunkba; a volt örökbefogadó házaspár és a gyámhivatal munkatársai hozták.

Az esettel kapcsolatos előzetes tájékoztató

A rendelkezésre álló dokumentációból az alábbiakat tudtuk meg:

Koraszülöttsége okán gépi lélegeztetést, antibiotikumot, csontanyagcserét támogató kezelést kapott. Szívfejlődési rendellenessége a gyógyszeres kezeléstől nem javult, a tüdőverőér-nyomáseltérés miatt gondozásra szorult. A hasi UH-vizsgálat refluxot igazolt.

Az egészségügyi kezelés után örökbefogadásra jelentkező házaspárhoz került előzetes 1 hónapos gondozási időre.

A neurológiai szakambulancián látás-hallás figyelemeltéréseket és minor anomáliákat írtak le: nagy kurtacs, elődomborodó homlok, rövid szemrés, harcsaszáj, benyomott orrgyök, fejletlen állkapocs, rövid felkar.

Mindezek miatt a koraszülöttség és a hosszú kórházi kezelés mellett a házaspárban felmerült az egészségtől eltérő fejlődésmenet és az esetleges genetikai betegség gyanúja is.

A 21. napon, értesülve az egészségügyi eltérésekről, visszaléptek az örökbefogadástól, és így gyermekotthonunkban helyezték el a csecsemőt. Indokként azt hozták fel, hogy nem tudnának megbékülni az esetleges fogyatékossgával. Ezután a házaspár töröltette magát az örökbefogadásra várakozók közül.

Az elvégzett kromoszóma-vizsgálat számbeli eltérést nem észlelt, de szerkezeti eltérés igazolódott az 1. kromoszóma egy részletének duplikációja miatt. A gyermeket a szemészeten rendben találták.

A gyermek bemutatása távozáskor

Nyugodt, kiegyensúlyozott, barátságos kisfiú, rendkívül fejletlen, vékony testalkatú.

Kissé hullámos, barna hajú és szemű, a feje szélesebb, az arca keskeny, az álla befelé ugró, a szája kissé nyitott, szemüveges.

Az életkorához képest minden paramétere elmaradt: 21–24 hónapos korra jellemzőek értékei. Hiába kapott tejmentes étrendet és energiadús tápszert, a fejlődésmenetén ezek sem változtattak.

Sokat szaladgál, szívesen kerékpározik, a lépcsőn váltott lábbal jár.

Önállóan étkezik, vetkőzik, kezet mos, és kis segítséggel öltözködik.

A szobatisztasága kialakulatlan.

Sajátos kiejtéssel és hanglejtéssel, bővített mondatokban beszél, és sokat kérdez.

Nagyon nyitott, érdeklődő, sokszor énekel, dúdolgat.

A kommunikációja a hangadáshoz szükséges szervek deformitása miatt nehezen érthető. Az utolsó vizsgálatok egyikén merült fel egy új diagnózis, egy fejlődési rendellenesség, melynek megoldása kapcsán még sok műtét várhat rá.

A társait szereti, játékot kezdeményez velük.

A saját gondozónője felé, akivel érkezése óta együtt vannak, kifejezett kötődést mutat, bújik hozzá, és szinte kivirul, ha vele lehet, de a többiek közeledését is elfogadja, és mindenben együttműködik.

Mostanra oldódott kifejezett szorongása az idegen helyzetektől, és szívesen megy sétálni a nevelőjével is.

A „szundibarijával” könnyen vigasztalható; azzal is alszik magához ölelve, az arcához húzva.

Bizalommal tekint a világra, és pozitív énképe van önmagáról, magabiztos.

Tele van szeretettel és ragaszkodással, és mint minden kisgyermeknek, neki is az a legnagyobb vágya, hogy valaki csak az övé legyen, csak rá figyeljen, s aki számára ő legyen a legfontosabb.

A gyermek által hozott problémák és az intézmény ezekre adott válaszai

Amikor közel 5 hónaposan megérkezett hozzánk, már várta a saját gondozónője, aki stabil, meleg, barátságos és biztonságot adó légkört nyújtott számára. Általa megtalálta „kapaszkodóit”, amelyek segítették, hogy kiismerje magát, bízson a világban, fejlődjön, és egyre egészségesebben alakítsa személyiségét.

Koraszülött csecsemőként érkezve az alapvető szükségleteihez igazodó étkezési és gondozási ellátás megszervezése mellett legfontosabb feladatunk volt az egészségügyi problémák kezelése és a korai fejlesztés minél hamarabbi elindítása.

Az előzetes felmérését követően a gyógypedagógusunk már a 2. héten megkezdte a fejlesztését.

Kialakítottuk az egyéni igényeinek megfelelő napirendjét, ezáltal állandóságot, biztonságot teremtettünk neki.

Koraszülött utógondozóba, sebészetre, kardiológiára, audiológiára, fül-orr-gégészetre, szemészetre, vérvételre, kromoszóma- és anyagcsere-vizsgálatra vittük.

Mindez igen komoly szervezőmunkát igényelt: a beosztás és a szakemberek csatarendbe állítása nem volt egyszerű, mivel korábban egy gyermekkel sem kellett ennyi szakambulanciára és vizsgálatra járnunk.

A pszichés helyzete igen negatív volt. Ebben szerepet játszott a 15 héttel az optimális idő előtti megszületése, a vér szerinti szülők lemondása, a hosszadalmas kórházi kezelés, és legfőképpen az, hogy a reménybeli szülei 3 hét együttlét után nem kívánták további jelenlétét családjukban.

A sorozatos tárgyvesztés feldolgozásában igyekeztünk terápiás környezetet biztosítani számára azzal, hogy érzelmi támaszt nyújtva, feltétel nélküli elfogadással, empátiával fordultunk felé.

A folyamatos, meghitt, bensőséges viszony tette lehetővé az egyre szorosabb érzelmi kötődés kialakulását közte és a gondozónője között.

A gyermek egyéni fejlődési ütemének tiszteletben tartása mellett, fejlesztésének alapjai beépültek a mindennapok gondozási műveleteibe is.

Érkezése után nem sokkal a többi gondozottunkhoz hasonlóan elkezdtük tervezni a jövőjét, hogy milyen lépések szükségesek ahhoz, hogy a hátrányait ledolgozhassuk, és a szocializációja megfelelő mederben és ütemben folyjon.

Nem adtuk fel a reményt, hogy a kisfiúban rejlő minden adottság, lehetőség felszínre kerülésével majd képessé váljon beilleszkedni egy család életébe.

Gyógypedagógusunk napi rendszerességgel tornáztatta a Katona-módszer szerint, és komplex eszköztárral korai fejlesztést nyújtott számára.

Nemcsak a mozgásfejlődés állt céljaink középpontjában, hanem ennek révén – a logopédia mellett – a mentális képességek kibontakoztatása is.

Az agy fejlődéséhez és a későbbi tanuláshoz szükséges idegpálya-elágazások már az újszülöttek szervezetében is megtalálhatók. Az agy bizonyos tekintetben az izmokhoz hasonlítható: hatalmas lehetőségek rejlenek benne, amelyeket csak a rendszeres edzés, mozgás tud kibontakoztatni. A mozgás főként az első három életévben jelöli ki a gondolkodás útjait, és a pszichés funkciójavulásban is szerepet játszik. Azok a gyermekek, akik sokat mozognak, természetes módon felvérteződnek a tanulási zavarok ellen.

Mindehhez rendelkezésre állt a szakemberteam, a fejlesztőeszközök sokfélesége, a gyermek stabil kapcsolat rendszere, az állandóság, az optimális helyszín és a meghatározott időpont a napirendjében.

A megértés és a türelem lassan kezdték meghozni gyümölcsüket: a fejlődése szép fokozatosan beindult, egyre kiegyensúlyozottabbá vált, és örömmel fedezte fel a világot maga körül. A szakértői vélemény normál óvodába integrálható statust írt le.

A neurológiai eredményei egyre javultak, és egyszer csak a 2,5 év komplex gondozásnak-fejlesztésnek-szeretetének köszönhetően leírásra került a titkos vágy: nincs idegrendszeri eltérés, így ismét szóba jöhet örökbefogadó családba kerülése.

Lélektanilag jól elkülöníthető, ha valaki a fogyatékkal élő gyermeket választja, vagy ilyen gyermeke születik. Mivel az előbbi egy tudatos döntés, a szülőkben nincs elutasítás a gyermek iránt, csak elfogadás.

A gyermekotthonunkban rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek, az itt folyó szakmai munka és egészségügyi ellátás eredményeként ez a kisfiú kaphatott egy második esélyt a sorsa végleges rendezéséhez.

A megfelelő házaspár kiválasztása, majd a fokozatos barátkozás után a gyermek ma már örökbefogadó családjában nevelkedik. Feltétel nélkül elfogadták egészségügyi, mentális és pszichés állapotát.

Ez a kisfiú „hazatalált”.

4. ÖSSZEGZÉS

Az alábbiak nélkülözhetetlenek a vér szerinti családba történő visszagondozás megvalósításához:

- A gyermekotthon szakembergárdájának tapasztalata a hányatott sorsú családokkal való foglalkozásban csakúgy, mint a gyermekellátásban.
- A család előítéletmentes elfogadása.
- A család összetartozásának erősítése és többirányú támogatása.
- A család és az otthont nyújtó ellátás biztonságot adó kapcsolata.
- Egyénre szabott, sajátos szükségletekhez igazodó ellátások kialakítása a szakellátásban.
- Eltérő feladatvégzés a hagyományos gyermekgondozási munkától.
- Annak felismerése, hogy ebben az esetben a gyermekvédelmi szakellátás igénybe vevője nemcsak a gyermek, hanem a gyermek és a családja együttesen.
- Több türelem, empátia, tolerancia, jó kommunikációs készség és konfliktuskezelési technika.
- A kapcsolattartás napi, több órás rendszerességgel történő biztosítása.
- Megfelelő infrastrukturális feltételek.
- Konstruktív együttműködés az alap- és a szakellátás, valamint a hatóság szakemberei között.
- Hatósági döntés arról, hogy esélyt ad a szülőnek az alapvető ismeretek elsajátítására.
- Hatósági döntés arról, hogy esélyt ad a gyermeknek arra, hogy anyatejes táplálást kapjon, és a szüleiben kialakuló és megerősödő szülői érzésnek, felelősségnek és kompetenciának köszönhetően mielőbb a vér szerinti családja gondozásába kerüljön.

Az esettanulmány kapcsán felmerülő tapasztalatok

A megfelelő felkészítés és a kiválasztás az örökbefogadás legfontosabb kérdése. Felkészült, tapasztalt és nagyon érzékeny szakemberek megfelelő kooperációja szükséges ahhoz, hogy az örökbe fogadhatóvá vált gyermek olyan családba kerülhessen, amely őt a sajátjaként tudja szeretni és elfogadni. Ez a legfontosabb, sarkalatos pont, amelyen az örökbefogadás későbbi sikeressége múlik. A tanulmányunkban szereplő kisfiú esetében mindezek csak a második alkalommal történtek ilyen körülmények között.

A fogyatékkal és/vagy fejlődési rizikóval élők sikeres felzárkóztatásának zálogai lehetnek:

- az elkötelezett, felkészült szakemberteam;
- a gyermek stabil kapcsolatrendszere;
- folyamatos, meghitt, bensőséges viszony;
- az elfogadás;
- a gondozás, nevelés minősége;
- a gyermek egyéni fejlődési ütemének tiszteletben tartása;
- a kezdeti hátrányok behozása;
- a fejlődési elmaradások korrekciója;
- fokozott türelem, idő és gondoskodás;
- a fejlesztőeszközök sokfélesége;
- optimális helyszín;
- állandóság;
- a gyermek napirendjében meghatározott időpont a fejlesztésre.

Mindezek által találhatja meg a kisgyermek a „kapaszkodóit”, amelyek segítik, hogy kiismerje magát, bízzon a világban, fejlődjön, és egyre egészségesebben alakítva a személyiségét, egyenlő esélyt kapjon a családban nevelkedéshez.

IRODALOM

- BASS L. (szerk.) (2008): *Amit tudunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány, 153–192. p.
- BELSKY, J. (2006): Early child care and early child development: Major findings from the NICHD Study of Early Child Care. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(1), 95–110. p.
- BÜKI P. (2015): A gyermekvédelmi szakellátás differenciálása egyéni igények kielégítése. In RÁCZ A. (szerk.) (2015): *Gyermek- és ifjúságvédelmi Tanulmányok – A gyermekvédelem megújulási alternatívái*. Budapest, Rubeus Egyesület, 155–166. p. http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/gyermek_es_ifjusagvedelmi_tanulmanyok_otodik_kotet.pdf
(Letöltve: 2017. szept.12.)
- DANIS I. – KALMÁR M. (2011): A fejlődés természete és modelljei. In DANIS I. et al. (szerk.) (2011): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 76–125. p. /Biztos Kezdet Kötetek 1./
- DEMCSIK M. (2010): *A különleges ellátás országos helyzetképe*. Kézirat.
- DEMCSIK M. (2015): Különleges szükségletű gyermekek és fiatalok ellátása. In RÁCZ A. (szerk.) (2015): *Gyermek- és ifjúságvédelmi Tanulmányok – A gyermekvédelem megújulási alternatívái*. Budapest, Rubeus Egyesület, 167–176. p. http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/gyermek_es_ifjusagvedelmi_tanulmanyok_otodik_kotet.pdf
(Letöltve: 2017. szept.12.)
- HATVANI E. – HEGEDŰS, J. (é. n.): *Standardizálás dokumentumai*. <http://www.nkji.hu/2016-03-04-08-58-09/standardizalas-dokumentumai.html>
(Letöltve: 2017. március 5.)
- KÁLMÁNCHEY M. (2001): Nevelőszülőnél élő gyerekeknél előforduló pszichés problémák. *Család, gyermek, ifjúság*, 2, 45–51. p.
- KÉZENFOGVA ALAPÍTVÁNY (2016): *Otthont Mindenkinek!* Zárótanulmány. Budapest, Kézenfogva Alapítvány.
- PIKLER EMMI ORSZÁGOS MÓDSZERTANI INTÉZETE (1988): *Rend, Napirend*. Módszertani Útmutató. Budapest, Csecsemőotthonok Pikler Emmi Országos Módszertani Intézete.
- RÁCZ A. (2016): Gyermekvédelem a változás-elmélet tükrében. *Metszetek*, 4, 154–165. p. http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202016_4_10_racz.pdf
(Letöltve: 2017. szept.12.)
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.

MELLÉKLETEK

1. KÉRDŐÍV: NEVELŐSZÜLŐI HÁLÓZATOK

1. A kitöltő szervezet neve:
2. A kitöltő szervezet pontos címe:
3. A kitöltő személy neve:
4. A kitöltő pozíciója:
5. A kitöltő személy e-mail címe:
6. A kitöltő személy telefonos elérhetősége:

A kutatásról

A kutatás helyzetképet vázol fel a gyermekvédelmi, valamint a szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekek szükségleteihez igazodó ellátásáról. A továbbiakban, **ahol a kérdőív 6 éven aluli fogyatékos gyermeket vagy célcsoportot említ, ez alatt a fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekeket értjük.**

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermkekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciós ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

Az információk kezelése

Az információkat bizalmasan kezeljük, és az Ön szervezete által szolgáltatott adatokat kizárólag tudományos kutatási céllal használjuk fel. A kapott információkat biztonságos helyen tároljuk. A kérdőívet kitöltő személy nevét sehol nem fogjuk említeni.

Kitöltési útmutató

A kérdőív elektronikus formában kerül rögzítésre. A kérdések többségénél előre megadott válaszlehetőségek közül kell kiválasztania azt, amelyik a leginkább jellemző az Önök szervezetére. A kérdőívben előfordulnak olyan kérdések, ahol Önnek kell leírnia a választ. A válasz lehet szöveg, ilyenkor a saját szavaival írja le a választ. Az adatok 2017. április 30-ai állapotot mutatnak, ahol pedig teljes évet kérünk, ott a 2016-os évre vonatkoznak. *A rövid válaszokhoz csak számokat kérünk megadni.* Kérjük, hogy ahol nem rendelkezik pontos adattal, ott ne adjon meg becsült adatot, hanem jelezze, hogy nincs adat (NA).

7. Kérjük, jelölje meg, hogy Ön milyen fenntartású hálózatot képvisel!
 - a) állami fenntartású
 - b) egyházi fenntartású
 - c) civil fenntartású

NEVELŐSZÜLŐK

8. A nevelőszülői hálózatban 2017. április 30-án foglalkoztatási jogviszonyban álló nevelőszülők száma:
9. A célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülők száma:
10. Azok száma, akiknél több, a célcsoportba tartozó nevelt gyermek van:
11. Azok száma, akiknél több, a célcsoportba nem tartozó nevelt gyermek is van:
12. Azok száma, akiknél a célcsoportba tartozókon kívül nincs más nevelt gyermek:

13. A nevelőszülői hálózatnak melyik megyében/megyékben van a célcsoportot ellátó nevelőszülője?
14. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él a fővárosban?
15. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él megyeszékhelyen?
16. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él megyei jogú városban?
17. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él városban?
18. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él községben?
19. Az Önök hálózatában hány, a célcsoportba tartozó gyermeket nevelő nevelőszülő család él 500 fő lakosság szám alatti községben?

ELLÁTOTTAK (2017. 04. 30-án)

20. Engedélyezett férőhelyek száma:
21. Teljes ellátotti létszám:
22. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónapos gyermekek száma összesen:
23. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónapos lányok száma:
24. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 7 hónap és 1 év közötti gyerekek száma összesen:
25. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 7 hónap és 1 év közötti lányok száma:
26. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves gyermekek száma összesen:
27. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves lányok száma:
28. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves gyermekek száma összesen:
29. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves lányok száma:
30. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves gyermekek száma összesen:
31. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves lányok száma:
32. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves gyermekek száma összesen:
33. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves lányok száma:
34. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves gyermekek száma összesen:
35. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves lányok száma:
36. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves gyermekek száma összesen:
37. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves lányok száma:
38. A hálózatban a célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely az első gondozási helye:
39. A hálózatban a célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely a második gondozási helye:
40. A hálózatban a célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermeknek az adott gondozási hely a harmadik gondozási helye?
41. A hálózatban a célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely több mint a 3. gondozási helye:
42. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő mozgásszervi fogyatékos?
43. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő érzékszervi fogyatékos?
44. Az érzékszervi fogyatékosok közül a gyengénlátók száma:
45. A nagyothallók száma:
46. A vakok száma:
47. A siketek száma:
48. A siketvakok száma:
49. Az értelmi fogyatékosok száma:
50. A beszéd fogyatékosok száma:
51. A halmozottan fogyatékosok száma:
52. A súlyos és halmozottan fogyatékosok száma:
53. Az autizmus spektrum-zavarral küzdők száma:
54. A mentálisan, pszichésen sérültek száma:

55. Az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat:
56. Tartós betegsége van:
57. Fogyatékos és tartós beteg:
58. Egyéb:
59. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő fogyatékoságát diagnosztizálták a nevelőszülőhöz kerülés előtt?
60. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő fogyatékoságát diagnosztizálták a nevelőszülőhöz kerülés után?
61. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a vér szerinti szülő?
62. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a házi gyermekorvos?
63. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a kórházi orvos?
64. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a védőnő?
65. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a bölcsőde?
66. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát az óvoda?
67. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a nevelőszülő?
68. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő esetében észlelte először a gyermek fogyatékoságát a gyermekotthoni munkatárs?

FOGLALKOZTATOTTAK (2017. április 30-án)

69. Szakmai vezető – betöltött létszám:
70. Szakmai vezető – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
71. Nevelőszülői tanácsadó – betöltött létszám:
72. Nevelőszülői tanácsadó – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
73. Növekedésküldgyi előadó / gyermekvédelmi ügyintéző – betöltött létszám:
74. Növekedésküldgyi előadó / gyermekvédelmi ügyintéző – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
75. Gyermekgondozó – betöltött létszám:
76. Gyermekgondozó – hiányzó létszám:
77. Pszichológus – betöltött létszám:
78. Pszichológus – hiányzó létszám:
79. Gyógypedagógus – betöltött létszám:
80. Gyógypedagógus – hiányzó létszám:
81. Fejlesztőpedagógus – betöltött létszám:
82. Fejlesztőpedagógus – hiányzó létszám:
83. Zárolt szakmai álláshelyek száma:

INFRASTRUKTÚRA

84. Mennyire lenne szükséges az alábbiak javítása, cseréje a célcsoportba tartozó gyermekeket nevelő nevelőszülők esetén? (1 = a legkevesebb nevelőszülőt érintő probléma; 2 = kevés nevelőszülőt érintő probléma; 3 = sok nevelőszülőt érintő probléma; 4 = a legtöbb nevelőszülőt érintő probléma.)

		1	2	3	4
1.	személygépjárművel való ellátottság javítása (személyautó, kisbusz)				
2.	a gyermekek számára játék- és sporteszközök				
3.	a gyermekek számára fejlesztőeszközök biztosítása				
5.	a gyermekek számára lakótér, a bútorzat cseréje				
6.	a gyermekek számára udvar, udvari játékok				
7.	a gyermekek ellátásához szükséges eszközök, pl. orrszívó, inhalátor, párasítók, levegőtisztító				
8.	a gyermekek ellátásához szükséges megfelelő gyógyszerkészlet				

FEJLESZTÉS

85. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében kezdeményezte a nevelőszülő/gyám a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát?
86. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
87. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
88. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
89. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében állapított meg a Pedagógiai Szakszolgálat sajátos nevelési igényt (SNI)?
90. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében tett a szakértői bizottság javaslatot korai fejlesztésre?
91. Jellemzően hol zajlik a korai fejlesztés és tanácsadás?
- a nevelőszülő otthonában
 - az adott településen lévő intézményben (a nevelőszülő lakóhelyén)
 - másik településen lévő intézményben (utazni szükséges)
92. Amennyiben szükséges az utazás, jellemzően mennyi időt vesz igénybe (egy út)?
- kevesebb mint 30 perc
 - 30–60 perc
 - több mint 60 perc
93. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg csak egyéni formában?
94. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg csak csoportos formában?
95. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg egyéni és csoportos formában egyaránt?
96. A célcsoportba tartozó gyermekek közül 2017. április 30-án hányan részesülnek fejlesztő nevelésben?
97. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban?
98. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?

99. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg részben azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
100. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek nem kapja meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
101. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámában a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya?
102. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámában a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gondozási hely kapacitáshiánya?
103. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámában a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gyermek állapotromlása?
104. Hány esetben nem kapja meg a gyermek az előírt óraszámában a javasolt fejlesztést egyéb okból? Mi az egyéb ok?
105. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámában a javasolt fejlesztést, hány esetben jelezték ezt a szakszolgálatnak?
106. A korai fejlesztésben részesülő gyermek egyéni fejlesztési tervét ismertetik-e a gyámmal?
- a) igen, minden esetben
 - b) nagyrészt igen
 - c) nem jellemző
 - d) nem
107. Hány esetben vásárolnak a gyermek számára előírt terápiát, melyet a szakszolgálat nem tud biztosítani?
108. Az adott nevelőszülői hálózat szakembere milyen terápiát tud biztosítani a célcsoportba tartozó gyermekeknek a pedagógiai szakszolgálat által biztosított terápián túl?
109. Kérjük, nevezze meg, hogy mely terápiákra, fejlesztésekre lenne nagy szükség a célcsoportba tartozó gyermekek számára, amelyek nem érhetőek el!
110. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő kevesebb mint 1 éve ellátott:
111. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő 1 éve ellátott:
112. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 2 éve ellátott:
113. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 3 éve ellátott:
114. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 4 éve ellátott:
115. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 6 éve ellátott:
116. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre közvetlenül a vér szerinti családból?
117. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre közvetlenül kórházból?
118. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre másik nevelőszülőtől?
119. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre örökbefogadó családból?
120. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre normál gyermekotthonból?
121. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre különleges gyermekotthonból?
122. A hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre ápolást-gondozást nyújtó intézményből?
123. Amennyiben a hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül van

olyan, aki másik nevelőszülőtől került az adott gondozási helyre, kérjük, jelölje meg, hogy ennek mi a legjellemzőbb oka! (Csak egy választ jelöljön meg!)

- a) a gyermek állapotának romlása
 - b) az ellátási körülmények nehézsége
 - c) a biztosítandó fejlesztések, terápiák hiánya
 - d) a nevelőszülő magára maradt a gyermek gondozásának, fejlesztésének feladatával
 - e) több és/vagy súlyosabb állapotú gyermeket nevelt a nevelőszülő
 - f) egyéb ok, éspedig:
124. A hálózathoz tartozó nevelőszülők esetében mennyire igaz az Ön véleménye szerint, hogy a nevelőszülők jellemzően elérik azokat a szolgáltatásokat, amelyek a gyermekek fejlesztéséhez szükségesek? (4 fokú skálán, ahol 1 = jellemzően nem; 4 = jellemzően igen.)
125. A hálózathoz tartozó nevelőszülők esetében mennyire igaz az Ön véleménye szerint, hogy kórházi tartózkodás esetén meg tudja oldani a nevelőszülő, hogy bent legyen a gyermekkel? (4 fokú skálán, ahol 1 = jellemzően nem; 4 = jellemzően igen.)
126. Kérjük, jelölje meg, hogy a hálózatban lévő célcsoportba tartozó gyermekek esetében mely 3 bekerülési ok volt a leginkább jellemző (a gyermekvédelmi szakellátásba történő bekerüléskor).
- a) anyagi ok
 - b) a szülő halála
 - c) gyermekét egyedül nevelő szülő
 - d) a szülők életvitele, szülői elhanyagolás
 - e) a szülők vándorló, állandóságot-biztonságot nem nyújtó életvitele
 - f) a szülők bünelkövető magatartása
 - g) lakhatási problémák, hajléktalanság
 - h) családon belüli erőszak
 - i) a gyermek fogyatékosága/betegsége, ami miatt a szülő nem tudja vállalni az ápolást-gondozást (felszerelés, szaktudás stb.)
 - j) a szülő fogyatékosága
 - k) a szülő pszichiátriai betegsége
 - l) a szülő szenvedélybetegsége
 - m) az elérhető segítő szolgáltatások hiánya

KAPCSOLATTARTÁS

127. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább heti rendszerességgel?
128. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább havi rendszerességgel?
129. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon alkalmasszerűen?
130. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább heti rendszerességgel látogatva?
131. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább havi rendszerességgel látogatva?
132. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, alkalmasszerűen látogatva?
133. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza legalább havonta?
134. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza alkalmasszerűen?
135. Hány gyermek esetén nincs semmilyen kapcsolattartás a 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül?
136. Ennek jellemzően mi az oka az Ön megítélése szerint? (Több válasz lehetséges.)
- a) távolság, utazási idő

- b) anyagiak
 - c) érdektelenség
 - d) egyéb ok, éspedig:
137. A célcsoportba tartozó, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekek gyermekvédelmi gyámjainak száma 2017. április 30-án:
138. A gyermekvédelmi gyámok látogatásának gyakorisága általában:
- a) jellemzően kéthetente vagy gyakrabban
 - b) jellemzően inkább havonta
 - c) jellemzően havinál ritkábban
 - d) változó

KIKERÜLÉS

139. A 2016. év során a célcsoportba tartozó, örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt kiejánlás? (Minden gyermekeket egyszer kell feltüntetni, az örökbefogadási folyamat azon pontján, ahol a folyamat véget ért.)
140. A 2016. év során a célcsoportba tartozó, örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt barátkozás?
141. 2016-ban a célcsoportba tartozó, örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt gondozásba kihelyezés?
142. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül az örökbe adott gyermekek száma:
143. A célcsoportba tartozó gyermekek közül 2016-ban hány esetben született javaslat hazagondozásra?
144. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül a vér szerinti családba távozott gyermekek száma:
145. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül a családba fogadással távozott gyermekek száma:
146. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül a különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma:
147. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül másik nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma:
148. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportba tartozó gyermekek közül az ápolást-gondozást nyújtó intézménybe távozott gyermekek száma:
149. Véleménye szerint a célcsoportba tartozó gyermekek nagykorúságuk után hosszú távon hol fognak élni? (1 = többségük; 2 kevesebb mint a fele; 3 = néhányan.)
- a) nagy valószínűséggel önálló életet élnek
 - b) a vér szerinti / örökbefogadó családtagja gondozásában fognak élni
 - c) fogyatékos személyeket ellátó intézményes ellátásban élnek majd

Köszönjük, hogy segítette kutatásunkat!

2. KÉRDŐÍV: 3 ÉVEN ALULI GYERMEKET ELLÁTÓ KÜLÖNLEGES GYERMEKOTTHON / GYERMEKOTTHONI CSOPORT, ILLETVE INTEGRÁLT INTÉZMÉNY 3 ÉVEN ALULI GYERMEKET ELLÁTÓ KÜLÖNLEGES GYERMEKOTTHONI EGYSÉGE

(Megjegyzés: integrált intézmény alatt olyan intézményt értünk, amelynek az Szt. és a Gyvt. hatálya alá tartozó intézményegysége is van.)

1. A kitöltő szervezet neve:
2. A kitöltő szervezet pontos címe:
3. A kitöltő személy neve:
4. A kitöltő pozíciója:
5. A kitöltő személy e-mail címe:
6. A kitöltő személy telefonos elérhetősége:

A kutatásról

A kutatás helyzetképet vázol fel a gyermekvédelmi, valamint a szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekek szükségleteihez igazodó ellátásáról. A továbbiakban, **ahol a kérdőív 6 éven aluli fogyatékos gyermeket vagy célcsoportot említ, ez alatt a fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekeket értjük.**

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciók ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

Az információk kezelése

Az információkat bizalmasan kezeljük, és az Ön szervezete által szolgáltatott adatokat kizárólag tudományos kutatási céllal használjuk fel. A kapott információkat biztonságos helyen tároljuk. A kérdőívet kitöltő személy nevét sehol nem fogjuk említeni.

Kitöltési útmutató

A kérdőív elektronikus formában kerül rögzítésre. A kérdések többségénél előre megadott válaszlehetőségek közül kell kiválasztania azt, amelyik a leginkább jellemző az Önök szervezetére. A kérdőívben előfordulnak olyan kérdések, ahol Önnek kell leírnia a választ. A válasz lehet szöveg, ilyenkor a saját szavaival írja le a választ. **Az adatok 2017. április 30-ai állapotot mutatnak, ahol pedig teljes évet kérünk, ott a 2016-os évre vonatkoznak.** A rövid válaszokhoz csak számokat kérünk megadni. Kérjük, hogy ahol nem rendelkezik pontos adattal, ott ne adjon meg becsült adatot, hanem jelezze, hogy nincs adat (NA).

INTÉZMÉNYI ADATOK

7. Kérjük, jelölje meg, hogy Ön milyen típusú ellátást képvisel!
 - a) 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport
 - b) integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége
8. Kérjük, jelölje meg, hogy Ön milyen fenntartású intézményt képvisel!
 - a) állami fenntartású
 - b) egyházi fenntartású
 - c) civil fenntartású
9. Területileg hol helyezkedik el az adatot szolgáltató intézményegység?
 - a) főváros
 - b) megyeszékhely
 - c) megyei jogú város
 - d) város
 - e) község
10. Hol helyezkedik el az adatot szolgáltató intézményegység a településen belül?
 - a) a település frekvenciált, jól megközelíthető részén
 - b) a település szélén, a központtól távolabb

ELLÁTOTTAK (2017. 04. 30-án)

11. Engedélyezett férőhelyek száma (a 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthonban / gyermekotthoni csoportban, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egységében)
12. Teljes ellátotti létszám az egységre vonatkozóan:
13. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónapos gyermekek száma:
14. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónapos lányok száma:
15. A célcsoportba tartozó 7 hónap és 1 év közötti gyermekek száma összesen:
16. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 7 hónap és 1 év közötti lányok száma:
17. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves gyermekek száma összesen:
18. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves lányok száma:
19. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves gyermekek száma összesen:
20. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves lányok száma:
21. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves gyerekek száma összesen:
22. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves lányok száma:
23. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves gyermekek száma összesen:
24. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves lányok száma:
25. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves gyermekek száma összesen:
26. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves lányok száma:
27. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves gyermekek száma összesen:
28. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves lányok száma:
29. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő kevesebb mint 1 éve ellátott?
30. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 1 éve ellátott?
31. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 2 éve ellátott?
32. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 3 éve ellátott?
33. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 4 éve ellátott?
34. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 5 éve ellátott?

35. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 6 éve ellátott?
36. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely az első gondozási helye:
37. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely a második gondozási helye:
38. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermeknek az adott gondozási hely a harmadik gondozási helye?
39. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási hely több mint a 3. gondozási helye:
40. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre vér szerinti családból?
41. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre kórházból?
42. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre nevelőszülőtől?
43. Amennyiben az intézményben 2017. április 30-án bent lévő célcsoportba tartozó gyermekek közül van olyan, aki nevelőszülőtől került az adott gondozási helyre, kérjük, jelölje meg, hogy ennek mi a legjellemzőbb oka! (Egy választ jelöljön meg!)
 - a) a gyermek állapotának romlása
 - b) az ellátási körülmények nehézsége
 - c) a biztosítandó fejlesztések, terápiák hiánya
 - d) a nevelőszülő magára marad a gyermek gondozásának, fejlesztésének feladatával
 - e) több, és/vagy súlyosabb állapotú gyermeket nevelt a nevelőszülő
 - f) egyéb ok, és pedigr:
44. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre örökbefogadó családból?
45. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre normál gyermekotthonból?
46. Az intézményben/hálózatban 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási helyre ápolást-gondozást nyújtó intézményből?
47. Kérjük, jelölje meg, hogy a 2017. április 30-án az intézményben lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében mely 3 bekerülési ok volt a leginkább jellemző (a gyermekvédelmi szakellátásba történő bekerüléskor).
 - a) anyagi ok
 - b) a szülő halála
 - c) gyermekét egyedül nevelő szülő
 - d) a szülők életvitele, szülői elhanyagolás
 - e) a szülők vándorló, állandóságot-biztonságot nem nyújtó életvitele
 - f) a szülők bűnelkövető magatartása
 - g) lakhatási problémák, hajléktalanság
 - h) családon belüli erőszak
 - i) a gyermek fogyatékosága/betegsége, ami miatt a szülő nem tudja vállalni az ápolást-gondozást (felszerelés, szaktudás stb.)
 - j) a szülő fogyatékosága
 - k) a szülő pszichiátriai betegsége
 - l) a szülő szenvedélybetegsége
 - m) az elérhető segítő szolgáltatások hiánya
48. 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon / gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége esetén a csoportok száma összesen:
49. Ebből 6 férőhelyes:

50. Ebből 8 férőhelyes:
51. Ebből 10 férőhelyes:
52. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő mozgásszervi fogyatékos?
53. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő érzékszervi fogyatékos?
54. Az érzékszervi fogyatékosok közül a gyengénlátók száma:
55. A nagyothallók száma:
56. A vakok száma:
57. A siketek száma:
58. A siketvakok száma:
59. Az értelmi fogyatékosok száma:
60. A beszéd fogyatékosok száma:
61. A halmozottan fogyatékosok száma:
62. A súlyos és halmozottan fogyatékosok száma:
63. Az autizmus spektrum-zavarral küzdők száma:
64. A mentálisan, pszichésen sérültek száma:
65. Az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat:
66. Tartós betegsége van:
67. Fogyatékos és tartós beteg:
68. Egyéb:
69. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő fogyatékoságát diagnosztizálták az intézménybe kerülés előtt?
70. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő fogyatékoságát diagnosztizálták az intézménybe kerülés után?
71. A célcsoportba tartozó, ellátott gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a szülő?
72. A célcsoportba tartozó, ellátott gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a házi gyermekorvos?
73. A célcsoportba tartozó, ellátott gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a kórházi orvos?
74. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a védőnő?
75. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a bölcsőde?
76. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először az óvoda?
77. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a nevelőszülő (ha korábban nevelőszülőnél volt elhelyezve)?
78. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a gyermekotthoni munkatárs?

FOGLALKOZTATOTTAK (2017. április 30-án a 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthonban / gyermekotthoni csoportban, illetve integrált intézmény 3 éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egységében)

79. Betöltött gyermekotthon-vezetői létszám:
80. A jogszabályhoz képest hiányzó gyermekotthon-vezetői létszám:
81. Kisgyermeknevelő – betöltött létszám:
82. A jogszabályhoz képest hiányzó kisgyermeknevelői létszám:
83. Nevelő – betöltött létszám:
84. A jogszabályhoz képest hiányzó nevelői létszám:
85. Gyermekvédelmi asszisztens – betöltött létszám:
86. Gyermekvédelmi asszisztens – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
87. Gyermekfelügyelő – betöltött létszám:

88. Gyermekfelügyelő – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
89. Pszichológus – betöltött létszám (akár megbízási szerződéssel is):
90. Pszichológus – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
91. Gyógypedagógus – betöltött létszám (akár megbízási szerződéssel is):
92. Gyógypedagógus – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
93. Fejlesztőpedagógus – betöltött létszám:
94. Fejlesztőpedagógus – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
95. Tejkonyhavezető – betöltött létszám:
96. Tejkonyhavezető – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
97. Gazdasági nővér – betöltött létszám:
98. Gazdasági nővér – a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
99. Gyermekorvos – betöltött létszám (akár megbízási szerződéssel is):
100. Gyermekorvos a jogszabályhoz képest hiányzó létszám:
101. Szakirányú szakképesítés nélkül szakmai munkakörben foglalkoztatottak száma:
102. Zárolt szakmai álláshelyek száma:
103. Hogyan biztosítják az intézményegységben a védőnői ellátást (szűrések, tanácsadás)?

INFRASTRUKTÚRA

104. Mennyire lenne fontos a célcsoport jobb ellátása érdekében az alábbiak fejlesztése, cseréje? (1-től 4-ig: 1 = egyáltalán nem fontos; 2 = lehetne javítani; 3 = fontos; 4 = nagyon szükséges lenne.)

		1	2	3	4
1.	a munkatársak rendelkezésére álló helyiségek számának növelése				
2.	a munkatársak rendelkezésére álló helyiségek bútorzatának cseréje				
3.	a kapcsolattartó helyiségek állapotának javítása				
4.	a kapcsolattartó helyiségek bútorzatának cseréje				
5.	a szervezet honlapjának fejlesztése				
6.	a munkatársak számítógéppel/nyom-tatóval/szkennerrel való ellátottságának javítása				
7.	személygépjárművel való ellátottság (személyautó, kisbusz)				
8.	a gyermekek számára biztosított játék- és sporteszközök számának növelése				
9.	a gyermekek számára biztosított fejlesztőeszközök				
10.	a gyermekek számára biztosított lakótér nagysága				
11.	a gyermekek számára biztosított lakótér bútorzatának javítása				
12.	a gyermekek számára biztosított közösségi tér kialakítása				
13.	a gyermekek számára biztosított udvar/kert				
14.	a gyermekek számára biztosított tornaterem kialakítása, felszerelése				

		1	2	3	4
15.	a gyermekek ellátásához szükséges eszközök beszerzése, pl. orrszívó, inhalátor, párástító, levegőtisztító				
16.	a gyermekek ellátásához szükséges megfelelő gyógyszeralkészlet beszerzése				

FEJLESZTÉS

105. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány esetben kezdeményezte az intézmény / a gyermekvédelmi gyám a gyermekek szakértői bizottsági vizsgálatát?
106. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
107. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
108. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
109. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében állapított meg a Pedagógiai Szakszolgálat sajátos nevelési igényt (SNI)?
110. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében tett a szakértői bizottság javaslatot korai fejlesztésre?
111. Jellemzően hol zajlik a korai fejlesztés és tanácsadás?
 - a) az intézményben
 - b) szerződéses intézményben
112. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg egyéni formában?
113. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg csoportos formában?
114. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg egyéni és csoportos formában egyaránt?
115. A célcsoportba tartozó gyermekek közül 2017. április 30-án hányan részesülnek fejlesztő nevelésben?
116. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban?
117. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
118. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg részben azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
119. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek nem kapja meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
120. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya?
121. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gondozási hely kapacitáshiánya?
122. Amennyiben a gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gyermek állapotromlása?
123. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány esetben nem kapja meg a gyermek az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést egyéb okból?
124. Egyéb ok:
125. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben jelezték ezt a szakszolgálatnak?
126. A korai fejlesztésben részesülő gyermek egyéni fejlesztési tervét ismertetik-e a gyámmal, illetve a szakdolgozókkal?
 - a) igen, minden esetben
 - b) nagyrészt igen

- c) jellemzően inkább nem
 - d) nem
127. Hány esetben vásárolnak a gyermek számára előírt terápiát, melyet a szakszolgálat nem tud biztosítani?
128. Kérjük, sorolja fel, hogy a gondozási hely gyógypedagógusa/fejlesztőpedagógusa mely terápiákat, fejlesztéseket tudja pluszban (szakszolgálat által biztosítottól túl) nyújtani a célcsoportba tartozó gyermekek számára!
129. Kérjük, nevezze meg, hogy mely terápiákra, fejlesztésekre lenne nagy szükség a célcsoportba tartozó gyermekek számára, amelyek nem érhetőek el!

KAPCSOLATTARTÁS

130. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább heti rendszerességgel?
131. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább havi rendszerességgel?
132. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon alkalmanként?
133. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább heti rendszerességgel látogatva?
134. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább havi rendszerességgel látogatva?
135. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, alkalmanként látogatva?
136. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza legalább havonta?
137. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza alkalmanként?
138. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetén nincs semmilyen kapcsolattartás a 2017. április 30-ai állapot szerint?
139. Ennek jellemzően mi az oka az Ön megítélése szerint?
- a) távolság, utazási idő
 - b) anyagiak
 - c) érdektelenség
 - d) egyéb ok, és pedíg:
140. A célcsoportba tartozó, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekek gyermekvédelmi gyámjainak száma 2017. április 30-án:
141. A gyermekvédelmi gyámok látogatásának gyakorisága általában:
- a) jellemzően kéthetente vagy gyakrabban
 - b) jellemzően inkább havonta
 - c) jellemzően havinál ritkábban
 - d) változó

KIKERÜLÉS

142. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az ideiglenes hatállyal elhelyezettek száma:
143. 2017. április 30-án az ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül a nevelésbe vettek száma:
144. A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló célcsoportba tartozó gyermekek közül 2016-ban hány gyermek esetében született javaslat a nevelőszülőhöz történő elhelyezésre?
145. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportba tartozó gyermekek közül nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma:
146. A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportba tartozó örökbefogadható gyermekek közül

2016-ban hány gyermek esetén történt kiejánlás? (Minden gyermeket egyszer kell feltüntetni az örökbefogadási folyamat azon pontján, ahol a folyamat véget ért.)

147. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló célcsoportba tartozó, örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt barátkozás?
148. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló célcsoportba tartozó, örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt gondozásba kihelyezés?
149. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportba tartozó örökbefogadható gyermekek közül, hány gyermek esetén történt engedélyezett örökbefogadás?
150. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány esetben született javaslat hazagondozásra?
151. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül vér a szerinti családba távozott gyermekek száma:
152. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül a családba fogadással távozott gyermekek száma:
153. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül másik különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma:
154. 2016-ban az ellátásból távozott, célcsoportba tartozó gyermekek közül ápolást-gondozást nyújtó intézménybe távozott gyermekek száma:
155. Véleménye szerint a célcsoportba tartozó gyermekek nagykorúságuk után hosszú távon hol fognak élni? (1 = többségük; 2 = kb. a fele, 3 = kevesebb mint a fele.)
 - a) nagy valószínűséggel önálló életet élnek
 - b) a vér szerinti / örökbefogadó családtagja gondozásában fognak élni
 - c) fogyatékos személyeket ellátó intézményes ellátásban élnek majd

Köszönjük, hogy segítette kutatásunkat!

3. KÉRDŐÍV: ÁPOLÁST-GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNY ÉS INTEGRÁLT INTÉZMÉNY ÁPOLÁST GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYI EGYSÉGE

(Megjegyzés: integrált intézmény alatt olyan intézményt értünk, amelynek az Szt. és a Gyvt. hatálya alá tartozó intézményegysége is van.)

1. A kitöltő szervezet neve:
2. A kitöltő szervezet pontos címe:
3. A kitöltő személy neve:
4. A kitöltő pozíciója:
5. A kitöltő személy e-mail címe:
6. A kitöltő személy telefonos elérhetősége:

A kutatásról

A kutatás helyzetképet vázol fel a gyermekvédelmi, valamint a szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekek szükségleteihez igazodó ellátásáról. A továbbiakban, **ahol a kérdőív 6 éven aluli fogyatékos gyermeket vagy célcsoportot említ, ez alatt a fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő 6 év alatti gyermekeket értjük.**

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciók ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

Az információk kezelése

Az információkat bizalmasan kezeljük, és az Ön szervezete által szolgáltatott adatokat kizárólag tudományos kutatási céllal használjuk fel. A kapott információkat biztonságos helyen tároljuk. A kérdőívet kitöltő személy nevét sehol nem fogjuk említeni.

Kitöltési útmutató

A kérdőív elektronikus formában kerül rögzítésre. A kérdések többségénél előre megadott válaszlehetőségek közül kell kiválasztania azt, amelyik a leginkább jellemző az Önök szervezetére. A kérdőívben előfordulnak olyan kérdések, ahol Önnek kell leírnia a választ. A válasz lehet szöveg, ilyenkor a saját szavaival írja le a választát. **Az adatok 2017. április 30-ai állapotot mutatnak, ahol pedig teljes évet kérünk, ott a 2016-os évre vonatkoznak.** A rövid válaszokhoz csak számokat kérünk megadni. Kérjük, hogy ahol nem rendelkezik pontos adattal, ott ne adjon meg becsült adatot, hanem jelezze, hogy nincs adat (NA).

INTÉZMÉNYI ADATOK

7. Kérjük, jelölje meg, hogy Ön milyen típusú ellátást képvisel!
 - a) ápolást-gondozást nyújtó intézmény
 - b) integrált intézmény ápolást gondozást nyújtó intézményi egysége
8. Kérjük, jelölje meg, hogy Ön milyen fenntartású intézményt/hálózatot képvisel!
 - a) állami fenntartású
 - b) egyházi fenntartású

- c) civil fenntartású
- 9. Kérjük, adja meg, hogy területileg hol helyezkedik el az adatot szolgáltató intézményegység!
 - a) főváros
 - b) megyeszékhely
 - c) megyei jogú város
 - d) város
 - e) község
- 10. Hol helyezkedik el az adatot szolgáltató intézményegység a településen belül?
 - a) település frekventált, jól megközelíthető részén
 - b) település szélén, a központtól távolabb

ELLÁTOTTAK (2017. 04. 30-án – a kiskorúakat ellátó intézményegységre vonatkoztatva kell megadni az adatokat az 5–6. pontban)

- 11. Engedélyezett férőhelyek száma:
- 12. Teljes ellátotti létszám:
- 13. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0–6 hónaposak száma összesen:
- 14. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 0-6 hónapos lányok száma:
- 15. A célcsoportba tartozó 0–6 hónapos gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 16. A célcsoportba tartozó 7 hónap és 1 év közötti gyermekek száma összesen:
- 17. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 7 hónap és 1 év közötti lányok száma:
- 18. A célcsoportba tartozó 7 hónap és 1 év közötti gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 19. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves gyermekek száma összesen:
- 20. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 1 éves lányok száma:
- 21. A célcsoportba tartozó 1 éves gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 22. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves gyermekek száma összesen:
- 23. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2 éves lányok száma:
- 24. A célcsoportba tartozó 2 éves gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 25. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves gyermekek száma összesen:
- 26. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 3 éves lányok száma:
- 27. A célcsoportba tartozó 3 éves gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 28. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves gyermekek száma összesen:
- 29. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 4 éves lányok száma:
- 30. A célcsoportba tartozó 4 éves gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 31. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves gyermekek száma összesen:
- 32. A célcsoportba tartozó gyermekek közül az 5 éves lányok száma:
- 33. A célcsoportba tartozó 5 éves fogyatékos gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 34. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves gyermekek száma összesen:
- 35. A célcsoportba tartozó gyermekek közül a 6 éves lányok száma:
- 36. A célcsoportba tartozó 6 éves gyermekek közül a szakellátásban lévők száma:
- 37. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre vér szerinti családból?
- 38. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre kórházból?
- 39. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre nevelőszülőtől?
- 40. Amennyiben az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül van olyan, aki nevelőszülőtől került az adott gondozási helyre, kérjük, jelölje meg, hogy ennek mi a legjellemzőbb oka! (Egy választ jelöljön meg!)
 - a) a gyermek állapotának romlása
 - b) az ellátási körülmények nehézsége
 - c) a biztosítandó fejlesztések, terápiák hiánya
 - d) a nevelőszülő magára marad a gyermek gondozásának, fejlesztésének feladatával

- e) egyéb ok, éspedig:
41. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre örökbefogadó családból?
 42. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre normál gyermekotthonból?
 43. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hányan kerültek be az adott gondozási/ellátási helyre különleges gyermekotthonból?
 44. Kérjük, jelölje meg, hogy a 2017. április 30-án intézményben lévő, célcsoportba tartozó gyermekek esetében mely 3 bekerülési ok volt a leginkább jellemző?
 - a) anyagi ok
 - b) a szülő halála
 - c) gyermekét egyedül nevelő szülő
 - d) a szülők életvitele, szülői elhanyagolás
 - e) a szülők vándorló, állandóságot-biztonságot nem nyújtó életvitele
 - f) a szülők bünelkövető magatartása
 - g) lakhatási problémák, hajléktalanság
 - h) családon belüli erőszak
 - i) a gyermek fogyatékosága/betegsége, ami miatt a szülő nem tudja vállalni az ápolást-gondozást (felszerelés, szaktudás stb.)
 - j) a szülő fogyatékosága
 - k) a szülő pszichiátriai betegsége
 - l) szülő szenvedélybetegsége
 - m) az elérhető segítő szolgáltatások hiánya
 45. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő mozgásszervi fogyatékos?
 46. A célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő érzékszervi fogyatékos?
 47. Az érzékszervi fogyatékosok közül a gyengénlátók száma:
 48. A nagyothallók száma:
 49. A vakok száma:
 50. A siketek száma:
 51. A siketvakok száma:
 52. Az értelmi fogyatékosok száma:
 53. A beszéd fogyatékosok száma:
 54. A halmozottan fogyatékosok száma:
 55. A súlyos, halmozottan fogyatékosok száma:
 56. Az autizmus spektrum-zavarral küzdők száma:
 57. A mentálisan, pszichésen sérültek száma:
 58. Az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat:
 59. Tartós betegsége van:
 60. Fogyatékos és tartós beteg:
 61. Egyéb:
 62. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a szülő?
 63. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a házi gyermekorvos?
 64. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a kórházi orvos?
 65. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a védőnő?
 66. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a bölcsőde?
 67. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először az óvoda?

68. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a nevelőszülő (ha korábban nevelőszülőnél volt elhelyezve)?
69. A célcsoportba tartozó gyermekek esetén a gyermek fogyatékoságát hány esetben észlelte először a gyermekotthoni munkatárs?
70. Hány éves kortól fogadnak gyermekeket?
71. A 2017. április 30-án ellátásban részesülő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő áll gyermekvédelmi gondoskodás alatt?
72. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő kevesebb mint 1 éve ellátott?
73. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 1 éve ellátott?
74. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 2 éve ellátott?
75. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 3 éve ellátott?
76. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 4 éve ellátott?
77. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 5 éve ellátott?
78. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fő legalább 6 éve ellátott?
79. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási/ellátási hely az első gondozási helye:
80. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási/ellátási hely a második gondozási helye:
81. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási/ellátási hely a harmadik gondozási helye:
82. Az intézményben 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az adott gondozási/ellátási hely több mint a 3. gondozási helye:

FOGLALKOZTATOTTAK (2017. április 30-án – a kiskorúakat ellátó intézményegységre vonatkoztatva kell megadni az adatokat.)

83. Intézményvezető – betöltött létszám:
84. Intézményvezető – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
85. Orvos – betöltött létszám:
86. Orvos – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
87. Intézményvezető ápoló – betöltött létszám:
88. Intézményvezető ápoló – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
89. Ápoló-gondozó – betöltött létszám:
90. Ápoló-gondozó – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
91. Fejlesztőpedagógus – betöltött létszám:
92. Fejlesztőpedagógus – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
93. Szociális és mentálhigiénés munkatárs – betöltött létszám:
94. Szociális és mentálhigiénés munkatárs – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
95. Szociális ügyintéző – betöltött létszám:
96. Szociális ügyintéző – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
97. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-osztályvezető – betöltött létszám:
98. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-osztályvezető – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
99. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-gyermekgondozó ápoló vagy ápoló-gondozó – betöltött létszám:

100. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport-gyermekgondozó ápoló vagy ápoló-gondozó – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
101. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoportpedagógus – betöltött létszám:
102. Súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoportpedagógus – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
103. Mozgásterapeuta (ajánlott munkakör) – betöltött létszám:
104. Mozgásterapeuta – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
105. Foglalkoztatás-szervező (ajánlott munkakör) – betöltött létszám:
106. Foglalkoztatás-szervező – a jogszabályi előíráshoz képest hiányzó létszám:
107. Zárolt szakmai álláshelyek száma:

INFRASTRUKTÚRA

108. A célcsoport jobb ellátása érdekében mennyire lenne fontos az alábbiak fejlesztése, cseréje? (1-től 4-ig: 1 = egyáltalán nem fontos; 2 = lehetne javítani; 3 = fontos; 4 = nagyon szükséges lenne.)

		1	2	3	4
1.	a munkatársak rendelkezésére álló helyiségek számának növelése				
2.	a munkatársak rendelkezésére álló helyiségek bútorzatának cseréje				
3.	a kapcsolattartó helyiségek állapotának javítása				
4.	a kapcsolattartó helyiségek bútorzatának cseréje				
5.	a szervezet honlapjának fejlesztése				
6.	a munkatársak számítógéppel/nyom-tatóval/szkennerrel való ellátottságának javítása				
7.	személygépjárművel való ellátottság (személyautó, kisbusz)				
8.	a gyermekek számára biztosított játék- és sporteszközök számának növelése				
9.	a gyermekek számára biztosított fejlesztőeszközök				
10.	a gyermekek számára biztosított lakótér nagysága				
11.	a gyermekek számára biztosított lakótér bútorzatának javítása				
12.	gyermekek számára biztosított közösségi tér kialakítása				
13.	gyermekek számára biztosított udvar/kert				
14.	gyermekek számára biztosított tornaterem kialakítása, felszerelése				
16.	gyermekek ellátásához szükséges eszközök beszerzése pl. orrszívó, inhalátor, párástító, levegőtisztító				

FEJLESZTÉS

109. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány esetben kezdeményezte az intézmény / a törvényes képviselő a gyermek szakértői bizottsági vizsgálatát?
110. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az orvosi diagnózissal rendelkező gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
111. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az orvosi diagnózissal rendelkező gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 3–6 hónapon belül a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
112. A 2017. április 30-án bent lévő, a célcsoportba tartozó gyermekek közül az orvosi diagnózissal rendelkező gyermekek esetében a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata hány esetben történt 6 hónapon túl a vizsgálat kezdeményezéséhez képest?
113. A 2017. április 30-án bent lévő, a célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében állapított meg a Pedagógiai Szakszolgálat sajátos nevelési igényt (SNI)?
114. A 2017. április 30-án bent lévő, a célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetében tett a szakértői bizottság javaslatot korai fejlesztésre?
115. Jellemzően hol zajlik a korai fejlesztés és tanácsadás?
 - a) az intézményben
 - b) szerződéses intézményben
116. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg egyéni formában?
117. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg csoportos formában?
118. A fejlesztéseket a szakszolgálat szakembere hány fő esetében oldja meg egyéni és csoportos formában egyaránt?
119. A célcsoportba tartozó gyermekek közül 2017. április 30-án hányan részesülnek fejlesztő nevelésben?
120. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban?
121. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
122. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek kapja meg részben azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
123. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek nem kapja meg azt a fejlesztést, ami a szakértői véleményben, valamint az egyéni fejlesztési tervben szerepel?
124. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya?
125. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gondozási/ellátási hely kapacitáshiánya?
126. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben oka ennek a gyermek állapotromlása?
127. Hány esetben nem kapja meg a célcsoportba tartozó gyermek az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést egyéb okból?
128. Egyéb ok:
129. Amennyiben egy gyermek nem kapja meg az előírt óraszámban a javasolt fejlesztést, hány esetben jelezték ezt a szakszolgálatnak?
130. A korai fejlesztésben részesülő gyermek egyéni fejlesztési tervét ismertetik-e a gyámmal, illetve a szakdolgozókkal?
 - a) igen, minden esetben
 - b) nagyrészt igen
 - c) inkább nem
 - d) nem
131. Hány esetben vásárolnak a gyermek számára előírt terápiát, melyet a szakszolgálat nem tud biztosítani.

132. Kérjük, nevezze meg, hogy mely terápiákra, fejlesztésekre lenne nagy szükség a célcsoportba tartozó gyermekek számára, amelyek nem érhetőek el!
133. Kérjük, sorolja fel, hogy a gondozási hely / ellátási hely gyógypedagógusa / fejlesztőpedagógusa mely terápiákat, fejlesztéseket tudja pluszban (szakszolgálat által biztosítottn túl) nyújtani a célcsoportba tartozó gyermekek számára!

KAPCSOLATTARTÁS

134. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább heti rendszerességgel?
135. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon legalább havi rendszerességgel?
136. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja telefonon alkalmasszerűen?
137. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább heti rendszerességgel látogatva?
138. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, legalább havi rendszerességgel látogatva?
139. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány fővel tart kapcsolatot a családja személyesen, alkalmasszerűen látogatva?
140. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza legalább havonta?
141. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány főt visznek haza alkalmasszerűen?
142. A 2017. április 30-án bent lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül hány gyermek esetén nincs semmilyen kapcsolattartás?
143. Ennek jellemzően mi az oka az Ön megítélése szerint? (több válasz)
 - a) távolság, utazási idő
 - b) anyagiak
 - c) érdektelenség
 - d) egyéb
144. A célcsoportba tartozó ellátott, gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló gyermekek esetében az intézménnyel együttműködő gyermekvédelmi gyámok száma 2017. április 30-án:
145. A gyermekvédelmi gyámok látogatásának gyakorisága általában:
 - a) jellemzően kéthetente vagy gyakrabban
 - b) jellemzően inkább havonta
 - c) jellemzően havinál ritkábban
 - d) változó

KIKERÜLÉS

146. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az ideiglenes hatállyal elhelyezettek száma:
147. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül a nevelésbe vettek száma:
148. A 2017. április 30-án ellátásban lévő, célcsoportba tartozó gyermekek közül az átmeneti gondozottak száma:
149. A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportba tartozó gyermekek közül a 2016. év során hány gyermek esetében született javaslat nevelőszülőhöz történő elhelyezésre?
150. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportba tartozó gyermekek közül a nevelőszülőhöz távozott gyermekek száma:
151. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportba tartozó örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt kiejánlás? (Minden gyermeket egyszer kell feltüntetni az örökbefogadási folyamat azon pontján, ahol a folyamat véget ért.)

152. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportához tartozó örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt barátkozás?
153. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportához tartozó örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt gondozásba kihelyezés?
154. 2016-ban a gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportához tartozó örökbefogadható gyermekek közül hány gyermek esetén történt engedélyezett örökbefogadás?
155. A gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló, célcsoportához tartozó gyermekek közül 2016-ban hány esetben született javaslat hazagondozásra?
156. A nem gyermekvédelmi gondoskodás alatt álló célcsoportához tartozó gyermekek közül 2016-ban a sikertelenül végződő vér szerinti családba történő visszahelyezési esetek száma:
157. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportához tartozó gyermekek közül a vér szerinti családba távozott gyermekek száma:
158. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportához tartozó gyermekek közül a családba fogadással távozott gyermekek száma:
159. 2016-ban az ellátásból távozott célcsoportához tartozó gyermekek közül a különleges gyermekotthonba távozott gyermekek száma:
160. Véleménye szerint a célcsoportához tartozó gyermekek nagykorúságuk után hosszú távon hol fognak élni? (1 = többségük; 2 = kb. a fele; 3 = kevesebb mint a fele.)
 - a) nagy valószínűséggel önálló életet élnek
 - b) a vér szerinti / örökbefogadó családtagja gondozásában fognak élni
 - c) fogyatékos személyeket ellátó intézményes ellátásban élnek majd

Köszönjük, hogy segítette kutatásunkat!

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciós ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

Az egyéni szakértői interjúk célja: a vizsgálati célcsoporttal foglalkozó nevelőszülői és intézményes ellátásban dolgozók színvonalasabb feladatellátásának biztosításához szükséges infrastrukturális feltételek, HR-kapacitások, hiányzó adekvát szakmai módszerek és fejlesztési igények felmérése döntéshozók, szakemberek véleménye alapján, valamint a hiányterületek azonosítása és javaslatok megfogalmazása. 5 db egyéni szakértői interjú készül.

- Kérem, röviden mutakozzon be!
- Milyen lehetőségek vannak a 0–6 éves különleges ellátási igényű gyermekek ellátásának? Az egyes ellátási típusok hogyan tudják a gyermekek legjobb érdekét és fejlődését szolgálni? (Az egyes ellátások erősségeinek és gyengeségeinek az értékelése!)
 - nevelőszülői ellátás
 - különleges gyermekotthon
 - integrált intézmény
 - ápolást-gondozást nyújtó intézmény
- Hogyan, milyen okok miatt kerül be egy gyermek az intézménybe, illetve nevelőszülői ellátásba? (Napközbeni ellátás hiánya, anyagi nehézségek, egészséges testvér születése, a beteg született gyermek traumájának ilyen formában történő feldolgozása stb.)
- Véleménye szerint milyen területeken szükséges a különleges ellátási igényű 0–6 éves gyermekeket ellátó intézmények kapacitásainak bővítése, és ez milyen infrastrukturális és humán erőforrás-feltételek biztosításával segíthető elő? Van-e szakemberhiány, illetve ezt hogyan lehet az egyes ellátási formák szintjén orvosolni?
- Értékelje, hogy tapasztalatai alapján az állami és a nem állami fenntartású hálózatok/intézmények között vannak-e különbségek a gyermekek ellátása terén!
- Tapasztalatai szerint van-e különbség a 3 éven aluliakat ellátó különleges gyermekotthonban / gyermekotthoni csoportban, illetve az ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményben a célcsoport számára nyújtott ellátás tartalmában, minőségében és színvonalában? Ha igen, ez miben nyilvánul meg?
- Értékelje, hogy tapasztalatai alapján a területi elhelyezkedés mentén (regionális különbségek, település-nagyság) vannak-e különbségek a gyermekek ellátása terén!
- Hogyan kerülhetnek a gyermekek az egyes intézményekbe?
- Milyen terápiákban, fejlesztésekben vehetnek részt, és hol láthatók hiányok?
- Milyen szakmai eszközök biztosítottak a gyermekek családban való nevelkedésének elősegítésére?
 - a szakellátásba/intézménybe való bekerülés megelőzése
 - a hazagondozás támogatása
- A gyermekeknek nagykorúságuk után milyen esélyeik vannak az önálló életre, illetve hova mennek az ellátórendszerből?
- Milyen a kapcsolat az egészségügyi alap- és szakellátással, és mennyiben érhető el a külső segítség?
- Milyen a kapcsolat a köznevelési intézményekkel (óvoda, iskola, pedagógiai szakszolgálat)?
- Tapasztalata szerint milyen változást hozott a gyermekek ellátásában a 2013. január 1-jén hatályba lépett rendelkezés, miszerint korai fejlesztést és fejlesztő felkészítést nem végezhet 3 éven aluliakat ellátó különleges gyermekotthon és ápolást-gondozást nyújtó intézmény?
- Hogyan alakul a gyermekek családdal való kapcsolata az ellátás idején? Mennyiben tapasztalható az, hogy ha nem szűnik meg a szülő kapcsolata a gyermekkel, akkor az intézményes ellátása is megfelelőbb,

illetve azokkal a gyermekekkel, akiknek nincs élő kapcsolata a szülővel, az ellátórendszer sokkal mostohábban bánik, és legtöbbször az egészségügy is? Mennyire segíti elő az intézmény, a hálózat, hogy a kapcsolat ne szakadjon meg, és mennyire korlátozza a gyermek időszakos hazavitelét? Illetve mennyire tájékoztatja az ellátóhely a szülőt az állapotváltozásról, azaz a tapasztalatok szerint mennyiben tesz eleget törvényi kötelezettségének?

- A gyermekvédelmi szakellátott gyermekek esetén a gyermekvédelmi gyámok hogyan segítik a családdal való kapcsolattartást, illetve a hazagondozást?
- A gyermekekkel foglalkozó szakembereknek milyen szakmai segítségekre, továbbképzésekre lenne szükségük?

Köszönjük a válaszokat!

A FÓKUSZCSOPORTOS INTERJÚ VÁZLATA

A kutatás célja, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő kisgyermekek létszámáról az egyes ellátási típusokban, valamint a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a kisgyermekkel kapcsolatban lévő szakemberek kora gyermekkori intervenciós ismereteiről, tudásáról, továbbá az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségéről.

A csoportos interjúk célja: a vizsgálati célcsoporttal foglalkozó nevelőszülői és intézményes ellátásban dolgozók színvonalasabb feladatellátásának biztosításához szükséges infrastrukturális feltételek, HR-kapacitások, hiányzó adekvát szakmai módszerek, fejlesztési igények felmérése a területen dolgozó szakemberek, illetve a nevelőszülők véleménye alapján, valamint a hiányterületek azonosítása, és javaslatok megfogalmazása.

Fókuszcsoportok: 5 db (5–7 fő/fókuszcsoport; a meghívottak köre: 4–7 intézmény és hálózat/fókuszcsoport). Az egyes csoportokba állami és nem állami szereplők is meghívásra kerülnek.

1. csoport: ápolást-gondozást nyújtó intézmények vezetői, szakemberei (helyszín: Budapest, SZGYF).
2. csoport: integrált intézmények (6 képviselő; helyszín: Budapest, SZGYF).
3. csoport: nevelőszülői csoport (HB megye; helyszín: Debrecen).
4. csoport: nevelőszülői ellátás hálózatvezetők, nevelőszülői tanácsadók (keleti országrész, BAZ, SZSZB és HB megye; helyszín: Debrecen).
5. csoport: 3 éven aluli gyermekek ellátását biztosító különleges gyermekotthon vezetői, szakemberei és gyermekvédelmi gyámok (helyszín: Budapest, SZGYF).

Mindegyik csoportban gyermekvédelmi gyám is meghívásra kerül, aki jár az adott típusú intézménybe.

- Kérem, röviden mutakozzanak be! (Melyek hálózatot/intézményt képviselik, milyen munkakörben dolgoznak; a hálózat/intézmény rövid bemutatása az infrastrukturális ellátottság, a HR-kapacitások, a terápiák és az elérhető szolgáltatások mentén, valamint a nevelőszülő saját helyzetének rövid bemutatása.)
- Hogyan, milyen okok miatt kerül be egy gyermek az intézménybe, illetve nevelőszülői ellátásba? (Napközbeni ellátás hiánya, anyagi nehézségek, egészséges testvér születése, a betegen született gyermek traumájának ilyen formában történő feldolgozása stb.)
- Milyen lehetőségek vannak a 0–6 éves különleges ellátási igényű gyermekek ellátásának? Az egyes ellátási típusok hogyan tudják a gyermekek legjobb érdekét és fejlődését szolgálni? (Az egyes ellátások erősségeinek és gyengeségeinek az értékelése! Mindegyik csoport esetében az összes ellátási típus véleményezése!)
 - nevelőszülői ellátás
 - különleges gyermekotthon
 - integrált intézmény
 - ápolást-gondozást nyújtó intézmény
- Tapasztalatai szerint mennyi idő telik el a fogyatékoság észlelése és diagnosztizálása között?
- Véleménye szerint milyen területeken szükséges a különleges ellátási igényű 0–6 éves gyermekeket ellátó intézmények kapacitásainak bővítése, és ez milyen infrastrukturális és humán erőforrás-feltételek biztosításával segíthető elő? Van-e szakemberhiány, illetve ezt hogyan lehet az egyes ellátási formák szintjén orvosolni?
- Értékelje, hogy tapasztalatai alapján az állami és a nem állami fenntartású hálózatok/intézmények között vannak-e különbségek a gyermekek ellátása terén!
- Tapasztalatai szerint van-e különbség a 3 éven aluliakat ellátó különleges gyermekotthonban / gyermekotthoni csoportban, illetve az ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményben a célcsoport számára nyújtott ellátás tartalmában, minőségében és színvonalában? Ha igen, ez miben nyilvánul meg?

- Értékelje, hogy tapasztalatai alapján a területi elhelyezkedés mentén (regionális különbségek, település-nagyság) vannak-e különbségek a gyermekek ellátása terén!
- Hogyan kerülhetnek a gyermekek az egyes intézményekbe?
- Milyen terápiákban, fejlesztésekben vehetnek részt, és hol láthatók hiányok?
- Milyen szakmai eszközök biztosítottak a gyermekek családban való nevelkedésének elősegítésére?
 - a szakellátásba/intézménybe való bekerülés megelőzése
 - a hazagondozás támogatása
- A gyermekeknek nagykorúságuk után milyen esélyeik vannak az önálló életre, illetve hova mennek az ellátórendszerből?
- Milyen a kapcsolat az egészségügyi alap- és szakellátással, és mennyiben érhetők el a külső segítségék?
- Milyen a kapcsolat a köznevelési intézményekkel (óvoda, iskola?)
- Tapasztalata szerint milyen változást hozott a gyermekek ellátásában a 2013. január 1-jén hatályba lépett rendelkezés, miszerint korai fejlesztést és fejlesztő felkészítést nem végezhet 3 éven aluliakat ellátó különleges gyermekotthon és ápolást-gondozást nyújtó intézmény?
- Nevelőszülők esetében kitől kap, és kitől várna segítséget? (Szakemberekkel, intézményekkel való együtt-működések minőségének az értékelése!)
- Hogyan alakul a gyermekek családdal való kapcsolata az ellátás idején? Mennyiben tapasztalható az, hogy ha nem szűnik meg a szülő kapcsolata a gyermekkel, akkor az intézményes ellátása is megfelelőbb, illetve azokkal a gyermekekkel, akiknek nincs élő kapcsolata a szülővel, az ellátórendszer sokkal mos-tohábban bánik, és legtöbbször az egészségügy is? Mennyire segíti elő az intézmény, a hálózat, hogy a kapcsolat ne szakadjon meg, és mennyire korlátozza a gyermek időszakos hazavitelét? Illetve az ellátó-hely mennyire tájékoztatja a szülőt az állapotváltozásról, azaz a tapasztalatok szerint mennyiben tesz eleget törvényi kötelezettségének?
- A gyermekvédelmi szakellátott gyermekek esetén a gyermekvédelmi gyámok hogyan segítik a családdal való kapcsolattartást, illetve a hazagondozást?
- A gyermekekkel foglalkozó szakembereknek milyen szakmai segítségére, továbbképzésekre lenne szükségük?
- Tipikus *gyermekutak* bemutatása az egyes ellátási típusok mentén.

Köszönjük a válaszokat!



**CSALÁDBARÁT
MAGYARORSZÁG
KÖZPONT**

ISBN 978-615-5944-51-2

Családbarát Magyarország Központ
Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.
E-mail: ugyfelszolgalat@csalad.hu
Tel.: +36 70 500 1626
www.csalad.hu

A kiadásért *dr. Szuromi-Kovács Ágnes*, a Családbarát Magyarország Központ ügyvezetője felel.

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001
A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE
CSALÁDBARÁT MAGYARORSZÁG KÖZPONT
SZÉKHELY: 1134 BUDAPEST, TÜZÉR UTCA 33–35.
E-mail: gyermekut@csalad.hu



www.gyermekut.hu