

KÁRPÁT-HAZA

SZEMLE

A KÁRPÁT-MEDENCEI MAGYARSÁGKUTATÁS INTERDISZCIPLINÁRIS SZAKMAI FOLYÓIRATA

2024/ 2. szám

VARGA BENCE

Az államhatár változó szerepének hatása a magyar–szlovák
határregiók társadalmi és gazdasági folyamataira

ACKERMANN TAMÁS

Értékváltozás a rendszerváltás után:

Az 1961–1972-es korosztály politikai és társadalmi nézetei két időmetszetben

SIPOSNÉ NÁNDORI ESZTER – ZSIDÓ KINGA EMESE

Az életszínvonal alakulása Erdélyben a XXI. század válságai idején –
összehasonlítás az anyaországgal

NAGY ZSOLT

Fenntarthatóság, tájökölógiai szemlélet, gyakorlat:

a (paraszt)kertek múzeumi reprezentációjának, hasznosításának lehetőségei
és skanzenbeli rekonstruálásának kihívásai (magyarországi és erdélyi példák)

SZABÓ ESZTER IDA

Művészet és identitás Kárpátalján a kulturális emlékezet tükrében

SIMON MAGDOLNA

Helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig

KÁRPÁT-HAZA SZEMLE

A KÁRPÁT-MEDENCEI MAGYARSÁGKUTATÁS
INTERDISZCIPLINÁRIS SZAKMAI FOLYÓIRATA

2024/ 2. szám

KÁRPÁT-HAZA SZEMLE

A KÁRPÁT-MEDENCEI MAGYARSÁGKUTATÁS
INTERDISZCIPLINÁRIS SZAKMAI FOLYÓIRATA

2024/ 2. szám

Nemzetstratégiai Kutatóintézet
Budapest, 2024

KÁRPÁT-HAZA SZEMLE 2024/ 2. szám

A Kárpát-medencei magyarságkutatás interdiszciplináris szakmai folyóirata

KIADJA A NEMZETSTRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET

1054 Budapest, Nagysándor József utca 8.

Felelős kiadó: Szász Jenő

Szerkesztőbizottság

Bakk Miklós, Bali János, Benedek József, Csata Zsombor, Farkas György,
Hajdú Zoltán, Kovály Katalin, Lampl Zsuzsanna, Magyar Zoltán,
Nagy Benedek, Nagy Imre, Péntek János, Péti Márton, Pozsony Ferenc,
Rácz Szilárd, Salamin Géza, Schwarcz Gyöngyi, Szilágyi Ferenc,
Sztókai Szilvia, Tóth Géza, Török Ibolya, Tózsér Anett

Szerkesztő

Ress Boglárka

A szerkesztő munkatársa

Bern Andrea, Borbándi Erik

Tördelőszerkesztő

Simon Andrea

Tipográfus

Nádas Zsófia

Nemzetstratégiai Kutatóintézet © 2024, Budapest

Minden jog fenntartva

A kötetben szereplő írások tartalma nem feltétlenül tükrözi a kiadó álláspontját.

ISSN 2732-1789

TARTALOM

TANULMÁNYOK	6
Varga Bence Az államhatár változó szerepének hatása a magyar–szlovák határrégiók társadalmi és gazdasági folyamataira	6
Ackermann Tamás Értékváltozás a rendszerváltás után: Az 1961–1972-es korosztály politikai és társadalmi nézetei két időmetszetben	25
Siposné Nándori Eszter – Zsidó Kinga Emese Az életszínvonal alakulása Erdélyben a XXI. század válságai idején – összehasonlítás az anyaországgal	37
Nagy Zsolt Fenntarthatóság, tájökölógiai szemlélet, gyakorlat: a (paraszt)kertek múzeumi reprezentációjának, hasznosításának lehetőségei és skanzenbeli rekonstruálásának kihívásai (magyarországi és erdélyi példák)	57
Szabó Eszter Ida Művészet és identitás Kárpátalján a kulturális emlékezet tükrében	80
Simon Magdolna Helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig	99
ABSZTRAKTOK	109

Simon Magdolna

Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitikai Tanszék

Helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig

Kárpát-haza Szemle, 2024 (2), pp. 99–108, 112–113.

DOI-azonosító: 10.64605/KHSZ.2024.2.06

Helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig

A fogyatékkal élők nagymértékű kiszolgáltatottságot és kirekesztettséget elszenvedő társadalmi csoport. A közösség perifériáján elfoglalt pozíciójukat intézményesített ellátásuk csakmég inkább megerősítette, mindamellett, hogy megfosztotta őket önrendelkezésük gyakorlásától. Ez szerencsére a szociális jogok kiszélesedésével változni látszik. Elkezdtek az egyéni igényeket figyelembe vevő ellátások kiépítését, a gondoskodásban egyre nagyobb szerepe kezd lenni az integrációnak, rehabilitációnak és a döntési szabadság biztosításának. Tanulmányunk során az értelmi fogyatékkal élők autonómiájának megvalósulását vizsgáljuk egy kistérségi kiváltási program keretein belül dolgozók attitűdvizsgálatán keresztül. A kutatás során dolgozói interjúk, terepnaplók és helyi lakosokkal készített informális beszélgetések révén gyűjtöttünk adatokat, hogy átfogó képet kapjunk a program helyi megítéléséről. Feltérképezzük a támogatott döntéshozatal elvének gyakorlatba való beépülését, valamint kísérletet teszünk rámutatni az olyan deficitekre, amelyek sérthetik a program hatékonyságát.

Kulcsszavak: fogyatékkal élők, támogatott lakhatás, támogatott döntéshozatal

From substitute decision-making to self-determination

Individuals with disabilities are a social group experiencing high levels of vulnerability and exclusion. Their position on the periphery of the community was reinforced by institutionalized care, which also deprived them of the opportunity to exercise self-determination. However, with the extension of social rights, this has fortunately changed. Forms of care that take account of individual needs have begun to appear, integration, rehabilitation, and freedom of choice have become increasingly important in caring for people with intellectual disabilities. In our study, we examine the implementation of autonomy for people with intellectual disabilities through an attitude survey of workers in a sub-regional replacement programme. Our data collection relied on employee interviews, field diaries and informal interviews with local residents to get a clear insight into local perceptions of the programme. We explore how the principle of supported decision making is embedded in practice and attempt to highlight deficits that may undermine the effectiveness of the programme.

Keywords: disabled people, supported living, supported decision making

SIMON MAGDOLNA

Helyettes döntéshozataltól az önrendelkezésig

1. Bevezetés

A fogyatékkal élők társadalmunk egyik legkiszolgáltatottabb csoportját alkotják, akik szellemi vagy testi korlátaik mértékétől függően segítségre szorulnak. Megszokott gyakorlat intézményi keretek között zajló ellátásuk, ahol személyre szabott igényeik háttérbe szorulnak, autonómiájuk sérül és társadalmi integrációjuk sem valósul meg. A szociális jogok bővülésével autonóm személyekként való kezelésük előtérbe került. Ezáltal jelentek meg olyan kezdeményezések, amelyek fejlesztésükre, döntéshozataluk támogatására fókuszálnak, mint a támogatott lakhatási formát célzó kiváltási programok.

A támogatott lakhatás és döntéshozatal hosszú távú hatásai még nem mérhetők, viszont úgy gondoljuk, hogy a kezdeti állapotok feltárása kulcsfontosságú a későbbi programok sikeréhez. Tanulmányunk egy észak-magyarországi kistérség szociális intézményének támogatott lakhatási programjában vizsgálta az értelmi fogyatékkal élők önrendelkezésének lehetőségeit. A háromfázisú kutatás 2023 tavaszán zajlott: dolgozói interjúkat készítettem terepnaplót vezettem, és a helyi lakosokat kérdeztem. Az interjúk és a terepen tett megfigyelések együttes elemzése képezte kutatásunk alapját, amely által teljesebb képet kaphattunk a programban dolgozókról, az ellátottakról és az önrendelkezés gyakorlati megvalósulásáról.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Fogyatékoság, rehabilitáció

A fogyatékoság fogalma eltérő jelentéssel bír orvosi, illetve társadalmi szóhasználatban. Ez a kutatás nem az orvosi definíció, hanem a társadalmi értelmezés szerinti fogyatékoság eseteivel foglalkozik. „...akkor tekinthető fogyatéknak a testi vagy mentális sérülés, ha a személy valamely társadalmi szituációban versenyhelyzetbe kényszerül az adott fogyatékkal nem rendelkezőkkel, s fizikai állapota miatt hátrányba kerül” (KISS, 2014). Az ilyen emberek intézményesült ellátása gyakran túlgondozást eredményez, ami meglévő korlátaik mellé újakat emel (TAMÁS, é.n.). A térbeli elkülönítés eredményeképpen pedig kiszorulnak a munkaerőpiacról, anyagi és döntési lehetőségeik beszűkülnek, és gyakorlatilag többé nincs beleszólásuk a saját életükbe. Nem melleleg munkaerőpiaci integráltságuk nélkül közteherviselésük sem valósul meg, ezzel magyarázható, hogy a háborúk után kezdtek el fokozottan foglalkozni a csökkentett munkaképességű emberek integrációjával, akik ekkor nagy tömeget képeztek a társadalomban, hiszen ellátásuk finanszírozása állandó terhet rótt a lakosságra (VERDES, 2009). Ezen okok összességéből kifolyólag az ilyen élethelyzetben élők rehabilitációja és integrációja közös érdekünk.

A rehabilitáció „visszahelyezés előző jogokba” (GORDOSNÉ SZABÓ, 1993, 61. o.), olyan folyamat, melynek

következtében a társadalmon kívül rekedt embereket filozófiai értelemben is visszahelyezzük a közösségbe. Célja az egyén izoláltságát eredményező akadályok feltárása és csökkentése. Ezt úgy érhetjük el, hogy a képességeit fejlesszük olyan módon, hogy az ne egy-fajta függési viszonyt építsen fel, hanem sokkal inkább az önállóságát motiválja (GORDOSNÉ SZABÓ, 1993).

2.2. A szociális jogok kiszélesedése: a támogatott döntéshozatalhoz vezető út

A szociális jogok a 20. század folyamán fokozatos szemléletváltással egyre szélesedtek. Kezdetben a fogyatékkal élőket ellátó intézmények célja az elkülönítés volt (BUGARSZKI, ESZIK, SZENTKATOLNAY ÉS SZIKLAI, 2012). Az ENSZ 1948. évi Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának¹ 25. cikkelye, majd később olyan dokumentumok, mint az 1989-es Gyermekjogi Egyezmény² a jogegyenlőséget és a képességek fejlesztését helyezték előtérbe. Magyarországon a rendszerváltás és az Európai Unióhoz való csatlakozás gyorsította fel a változásokat; a jogharmonizációs törekvések következtében emberi jogok tekintetében céllá vált a magyarországi normákat Uniós szintre emelni – ezzel párhuzamban javítani a szociális intézetek minőségét (GAZSI, 2016).

A 2007-ben ratifikált Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény³ hozta az egyik legnagyobb szemléletváltást, amely a fogyatékos-ságot a társadalmi akadályokkal összefüggésben definiálta, és előírta a támogatott döntéshozatal intézményének bevezetését. Emellett létrehozta a „társadalmi paradigmát”, amely a társadalomtól várja el a fogyatékkal élőkhez való alkalmazkodást.

2.3. Pályázatok és projektek szerepe a fogyatékkal élők rehabilitációjában

A kiváltási stratégia fejlődése szempontjából meghatározó lépés volt a 2011-ben elfogadott, 2011–2041-es

időszakra szóló stratégia, amely elsőként tűzte ki a nagyintézmények felszámolását céljául.⁴ Majd megszületett az 2017-2036-os időszakra vonatkozó hosszú távú koncepció, amely már a korábbi tapasztalatokra építhetett. Az utolsó ezzel kapcsolatos tervezetet⁵ 2019-ben fogadták el.

Az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében 2017-ben több pályázatot hirdettek fogyatékkal élő személyek életminőségének javítására és intézményrendszerük fejlesztésére. Ezek közül a teljesség igénye nélkül kiemelve „A fogyatékkal élők mindennapjait segítő infokommunikációs alapú távszolgáltatás kialakítása”⁶ címet viselő felhívás például célul tűzte ki, olyan infokommunikációs szolgáltatások létrehozását, amelyek segítik a fogyatékkal élők önálló életvitelét azáltal, hogy segítséget nyújtanak kommunikációs nehézségeik leküzdésében, és ezzel elősegítik társadalmi integrációjukat. Kitűnő példa a megvalósult projektek közül az Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége (ÉFOÉSZ) által vezetett projekt,⁷ amely során 1200 fő számára fejlesztettek ki egy olyan mobilalkalmazást, amely mindennapi tevékenységekben, mint a napirend-tervezés, vészhelyzetek kezelése vagy a háztartásvezetés segítette őket.

Egy másik jelentős EFOP projekt a tanulmányunkhoz szorosan kapcsolódó kezdeményezés⁸ is, amely célja a nagy létszámú szociális intézmények kiváltása. A projekt keretében a zsúfolt, egyéni igényeket nem kielégítő nagyintézmények helyett kisebb létszámot lefedő, otthonos bentlakásos ellátási forma kialakítását tervezték, megalapozva az érintettek önálló életvitelét és beilleszkedését a társadalmunkba.

A kiváltás, kitagolás jelenti az intézménytelenítést, a deinstitutionalizációt, a totális intézmények felszámolásának célkitűzését. (RUZSICS, 2013). A kiváltási stratégia, ami projektek szintjén ennek a törekvésnek megvalósítását jelenti, szinte az elvi döntéshozatalokkal egyidőben indult el a hazai szociális szférában. Ugyanakkor az elvi keretrendszereket a valóságnak ebben az esetben sem

¹ Universal Declaration of Human Rights 1948.

² 1991. évi LXIV. törvény

³ 2007. évi XCII. törvény

⁴ 1257/2011 (VII.21) Kormányhatározat

⁵ Megjelent az új kiváltási koncepció: <https://fszk.hu/hir/megjelent-az-uj-kivaltasi-koncepcio/> Letöltés ideje: 2024. 11. 19.

⁶ EFOP-1.1.5-17

⁷ EFOP-1.1.5-17-2017-00003

⁸ EFOP-2.2.2-17

sikerült túlpontossággal lekövetnie. Az irreális elvárások azzal kapcsolatban, hogy a támogatott lakhatás kövezi ki az utat az önálló életvitel felé megdőlni látszanak, tekintve, hogy a bentlakásos intézményekben élők száma stagnál (NYITRAI, 2021a). Nem beszélve arról az ambivalenciáról, hogy az új szolgáltatás kiépítését az esetek nagy többségében a nagyintézmények központjában tervezik, azaz az intézményektől várjuk el, hogy lebontsák saját magukat (NYITRAI, 2021b).

2.4. A támogatott döntéshozatal elve

A bentlakásos nagyintézményekben élő fogyatékos személyek gyakran cselekvőképességükben korlátozottak; részükre a törvény gondnok kinevezését rendeli el, aki képviseli őket hivatalos ügyekben, és esetenként a mindennapok során is. (GAZSI, 2016). Ez az eljárás viszont hosszú távon megfoszthatja a gondnokoltat az önrendelkezés jogától. Ugyanakkor szellemi fogyatékkal élők esetében az sem működőképes, hogy teljesen magára hagyjuk őket, és rábizzuk jogi képviselőtük és általános érdekérvényesítésüket saját pillanatnyi belátási képességeikre. Gazsi Adrienn 2016-os értekezése szerint a támogatott döntéshozatal köztes megoldást kínál, egyaránt biztosítva a döntési szabadságot, egy támogató személy körültekintő eljárását és egyéni igényeik tiszteletben tartását. (u. o.)

A támogatott fél maga választja ki a támogató személyét, aki ezután a támogatott döntéshozatal eszközszerével áll rendelkezésére. Az elv érvényesülése nagyban függ a támogató fél személyiségétől, illetve attól, hogy a mindennapok gyakorlatában mennyire képes adaptálni az elvben meghatározott attitűdöt. A jó támogató elsődleges feladata a támogatott fél igényeinek feltérképezése (HALMOS, 2019). Az itt megállapított szubjektív igényeknek kell meghatározni együttműködésüket, nem pedig a támogató fél saját elképzeléseinek.

Szakemberként az ápolónak felül kell kerekedni a helyzeten és meg kell adni az ellátottnak a hibázáshoz való jogot is (JUHÁSZ, 2021). Kiemelt feladata, hogy fejlessze a támogatott fél kockázatfelismerő képességét, szélesítse perspektíváit, és ügyeljen arra, hogy az apróbb mindennapi döntések meghozatala is az autonómia jegyében történjen (HALMOS, 2019).

Általánosan előforduló jelenség, hogy a támogató felek azért nem tudják/nem hajlandóak alkalmazni a támogatott döntés elvét, mert azt túl kockázatosnak látják. Azonban a „kockázat méltósága” szerint az autonómia tiszteletben tartása elsőrendű fontosságú, még akkor is, ha az ellentmond a támogatott érdekeinek, akár egészségügyi szempontból is (JAKAB, 2010). Ez értelemszerűen számos jogi és etikai problémát vet fel, amely megoldása a jövőben ránk váró feladat.

A program alapelve, hogy a támogatott döntéshozatalnak mindenki, még az intenzív támogatásra szoruló és halmozott fogyatékkal élők számára is elérhetőnek kell lennie. Az autonómia és szabad döntéshozatal nem korlátozható az érintett belátási képességei alapján (GAZSI, 2016).

A támogatott döntéshozatal elve több mint másfél évtizede része a magyar jogrendszernek, de még közel sem vált általános gyakorlattá. Célja a döntés szabadságának biztosítása szerényebb belátási képességekkel rendelkező, gondnokság alatt álló személyek számára (STÁNICZ, 2019). Az elv olyan értékeket hangosít fel, mint az egyenlő bánásmód, a jogegyenlőség, az emberi méltóság vagy az önrendelkezés, miközben partnerségi viszonyt feltételez a támogató fél és a támogatott között (GOMBOS, HOFFMAN, KÖNCZEI, NAGY ÉS SZABÓ, 2009).

3. Módszertan

Kutatásunk során három fő kérdésre kerestük a választ, amelyek meghatározták az elemzés irányát és az adatgyűjtési módszereket is. Elsőként szeretnénk volna a gyakorlatban látni, hogy valósul meg a támogatott döntéshozatal elve a középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékkal élők számára kialakított Támogatott lakhatás (későbbiekben: TL) házakban. Emellett kíváncsiak voltunk arra is, hogy milyen hatással van a program az ellátottak életminőségére, önállóságára és társadalmi beilleszkedésére. Végül vizsgáltuk, hogy milyen nehézségekkel szembesülnek a programban dolgozó esetfelelősök és ápolók és ezek hogyan befolyásolják a program hatékonyságát.

Az intézmény kiválasztásánál egy olyan észak-magyarországi kistérségi szociális szervezettel vettük

fel a kapcsolatot, amely a kutatásunk időpontjában már két éve működtetett TL házakat. Az adatfelvétel 2023 tavaszán zajlott három lépésben. Elsőként a vezetőséggel és adminisztratív munkatársakkal határoztuk meg a fókuszpontokat, illetve gyűjtöttünk információt az intézmény múltját illetően, majd félstrukturált interjúkat készítettünk a házakban dolgozókkal. Az öt házban összesen huszonöt alkalmazott dolgozik. Interjú készült minden épület esetfelelősével, illetve lehetőség szerint otthononként legalább egy gondozónővel. Az első két házban kettő, a továbbiakban pedig egy-egy fővel – így a megkérdezettek száma tizenkettő. A felvett dolgozói interjúk hossza 1–1,5 óra. A folyamat során egy hetet töltöttem a TL házakban, megfigyeléseimet terepnaplóban rögzítettem. Ezen a ponton a szakemberek véleménye egyértelműen visszatükrözte, hogy a kitagolási folyamathoz – az előzetes várakozásokkal ellentétben – nagymértékben elfogadóan viszonyult a település lakossága, ezért az adatgyűjtésbe beemeltünk egy harmadik fázist, amelyben ennek okait vizsgáltuk. Ebben a kutatási szakaszban informális lakossági lekérdezéseket végeztünk, spontán érdeklődtünk helyi lakosok, régi intézményi dolgozók, illetve a település nyilvános tereinek kulcsemberei körében, akik munkájuk folytán napi szinten érintkeznek számos helybelivel.

A kutatásunk gerincét a dolgozókkal készült interjúk adták, amikhez elengedhetetlen fontosságú értelmezési keretet nyújtottak terepen készült feljegyzéseink. A terepnapló az ellátottak napi tevékenységeit, ápoló és ellátott verbális, és nonverbális kommunikációját, valamint a házon belüli dinamikákat rögzítette, segítve abban, hogy megtaláljuk a fókusz olyan vitás kérdéseknél, amelyeknél az interjúk során ellentmondásos vélemények hangoztak el.

Az interjúk elemzéséből négy dimenziót láttunk kiemelésre érdemesnek: Az első *a dolgozók bemutatása*, beleértve képzettségüket, tapasztalataikat és motivációikat. A második *az ellátottak jellemzőit* tárgyalja korcsoport, mentális, fizikális állapot, képességek, mindennapi szokások és szabadidő eltöltése szerint. A harmadik a *munkakörülményeket* vizsgálja. Végül az utolsó dimenzió a szakemberek attitűdjét, *a lakók önrendezkedésének gyakorlati megvalósulását* és döntési szabadságuk korlátait hivatott feltérképezni.

A téma érzékenysége miatt mind az interjúalanyok, mind az intézmény kérte az anonimitás biztosítását,

amelyet maximálisan tiszteletben tartottunk. Tanulmányunk során kizárólag az eredmények értelmezéséhez nélkülözhetetlen adatokat közöljük.

4. Eredményeink

4.1. Helyi kötődések és társadalmi elfogadás

A kutatásunknak teret adó szociális intézmény előzményei az 1950-es évekig nyúlnak vissza, amikor első telephelyükön hadirokkant személyek ellátásával foglalkoztak (MIHÓK, 2024). Napjainkban ugyanazon településen működtetnek egy rehabilitációs intézetet, egy ápoló-gondozó otthont (SOÓS ÉS SERBÁN, 2002), két lakóotthont, valamint a kutatásunk alapjául szolgáló öt TL házat, összesen több mint 200 fogyatékkal élő személynek otthont adva (SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG, BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN VÁRMEGYEI KIRENDELTSÉG, 2023). A település egy észak-magyarországi, határhoz közeli város, szerény infrastruktúrával és korlátozott munkaerőpiaci lehetőségekkel. A szociális intézmény az idők során sok család számára jelentett állandó munkahelyet, erős helyi kötődéseket teremtve. Az intézmény dolgozóinak többsége az adott településről származik, továbbá megközelítőleg a negyede ingázik a járáson belül. Az ellátottak földrajzilag szélesebb területről származnak, de meghatározóan Észak-Magyarország különböző településeiről – sokan az intézmény közvetlen térségéből – kerültek be. Az utóbbi időben az intézmény nem tartott kapcsolatot testvérintézménnyel, nem vett részt közös programon más intézményekkel. Ez alapján kijelenthető, hogy bizonyos térkapcsolati zártság figyelhető meg esetében.

A régi dolgozók beszámolóit derűs képet festettek az korai időszakról, sokan nyugdíj után is tartották a kapcsolatot az általuk kedvelt ellátottakkal. A 2000-es éveket megelőzően az intézmény lakói városzerte különböző munkahelyeken dolgoztak, mint portás, pincér vagy takarítónő, amit a helyiek közül többen hiányolnak napjainkban. A bolti eladók kedves, udvarias emberekként jellemezték az ellátottakat, név szerint ismerte őket és szükségleteiket. Forgalmasabb helyeken érdeklődve megtudtuk, hogy néhány lakó a boltok mellett a templomokat is rendszeresen látogatja. A hívőkkel folytatott beszélgetéseink során

észleltük, hogy a fogyatékkal élők kirekesztése helyett inkább az ellen lép fel a közösség, aki ellenségesen viszonyul az ellátott felé.

Bár tartottak egy lakossági fórumot a program kezdete előtt, annak részleteiről nem sikerült pontos információt szereznünk. A társadalmi befogadást tehát elsősorban a fizikális közelség, az idő és a megszokás magyarázza.

4.2. A dolgozók háttere és motivációi

A dolgozók többsége az intézményi ellátásból érkezett, korábbi *pozícióik és képzettségük* azonban változatos képet mutatott. A megkérdezettek közül heten ápolóként, ketten gyógypedagógiai munkakörben, ketten takarítónőként, egy személy pedig portásként dolgozott a programot megelőzően. A két gyógypedagógiai munkatárs közül csupán az egyik rendelkezett szakirányú képzettséggel. Az öt esetfelelősből – kutatásunk idején – kettőnek nem volt felsőfokú szakirányú képzettsége, egy szociális munkás diplomával rendelkezett, és ketten készültek felvételizni szakirányú alapképzésre, annak ellenére, hogy az intézmény előírta számukra a diploma megszerzését. Az általunk megkérdezett hét gondozónő közül mindössze egy rendelkezett ápolói szakképesítéssel.

Az interjú alanyai közül csak ketten vettek részt támogatott lakhatással kapcsolatos tanfolyamon. A programban eltöltött két év alatt jelentős fluktuáció figyelhető meg: sokan azok közül is lemorzsolódtak, akik korábban részt vettek a tanfolyamon. A dolgozók többsége motivációként a szakma szeretetét és az ellátottak ragaszkodását említette, bár néhányan a megszokást vagy a rugalmas munkavégzést is fontos szempontként jelölték meg – különösen fiatal anyukák esetében, akik számára ideális opció volt a kisgyerek mellett.

4.3. Az ellátottak jellemzői és mindennapjai

Az ellátottak érdeklődőek és barátságosak voltak, szívesen mutatták meg szobájukat és személyes tárgyukat. Az intézményben tett látogatásomhoz képest érezhető különbség volt a TL házakban uralkodó nyugalom és elégedettség. Ezen benyomásom

később az ápolókkal készített interjúk is megerősítették.

A kiváltásban résztvevők középsúlyos vagy súlyos értelmi fogyatékkal élők, de voltak köztük halmozottan fogyatékkal élők is. *Korosztály* tekintetében az átlagéletkor mindenhol ötven év felett volt; a legfiatalabbak a harmincas éveikben jártak, ami néhány ház esetében két-három főt jelentett. ELSZÓRTAN előfordultak hetven évnél idősebb lakók is. Az öt házban szinte teljes egyetértés uralkodott azzal kapcsolatban, hogy az első két házban élnek a „*legerősebbek*” és az azt követő házakban már egyre „*gyengébb a felhozatal*”. Ezt az ottlakók *egészségügyi állapota* részben igazolta.

Az első házban három ember használt hallókészüléket. A második házban négy siketnéma, egy járókerettel közlekedő és egy oxigénpalackot igénylő személy élt. A harmadik ház lakói közt egy mozgáskorlátozott és két siketnéma lakó volt. A negyedik házban négy személy küzdött mozgáskorlátozottsággal, valamint az átlagéletkor egyedül itt haladta meg a 60 évet. Az ötödik házban négy mozgáskorlátozott személy szorult szinte teljes ápolásra, egy, aki testalkatából kifolyólag nehezen mozgott, emellett pedig további négy személyt diagnosztizáltak epilepsziásként, akik közül háromról nyilatkozták a munkatársak, hogy rendszeresen rohamaik vannak.

A napirendet az intézményben felvett ritmus határozta meg; az étkezéseknek meghatározott időpontja volt, azok között pedig szabadfoglalkozás. A lakók az esetfelelősök szóbeli engedélyével hagyhatták el a házat – az első két házban ez a lakók felét érintette, a többi három házban mindössze két-három főt. A házakon végig haladva a fürdetés egyre jelentősebb feladattá vált; az első két házban négy-öt lakó igényelt felügyeletet, míg az utolsó kettőben mindenki minimum felügyeletre, de többnyire állandó segítségre szorult.

Korábban a napirend strukturált részét képezte az interjúkban „*kézmű*”-ként említett foglalkoztatás, amely ősztől anyagi okok miatt már nem fogadta a lakókat – nem tudta biztosítani a munkavégzés helyének fűtését. Emellett a nagyintézmény nappali *foglalkoztatása* is szünetelt. A munkafoglalkozás kieséséről megoszlottak a vélemények: az interjú alanyok fele szerint nagy kiesést jelent a lakók mindennapjaiban, míg mások szerint nem gyakorolt rájuk hatást. A nappali foglalkoztatással kapcsolatos információk gyakran

házon belül is ütköztek. Ottlétünk során nem tapasztaltuk, hogy a lakók csoportosan részt vettek volna fejlesztő tevékenységben.

A foglalkoztatás hiánya mellett az egyéni *hobbik* – például a varrás, hímzés, írás, zenehallgatás és sport – is háttérbe szorultak, ami tovább csökkentette a lakók mindennapi aktivitását. Egy esetfelelős kezdeményezésére egy évig havi rendszerességgel húsz lakó járt gymstick aerobic edzésre, amelyet később anyagi okokra hivatkozva megszüntettek.

4.4. A munkakörülmények mérlege: hiányok és erőfeszítések

A házak kertvárosias környezetben, egyazon utcában helyezkednek el, udvarukon pavilonnal és szalonnasütési lehetőséggel. A közelben kisboltok, buszmegálló, uszoda, szabadtéri kondipark és futballpálya található, a régi intézet pedig 2,5 kilométerre van. Belépve az otthonokba tiszta, rendezett környezet fogadott. Házként tizenketten élnek, a hat szobába kettesével beosztva, figyelembe véve egymással való kapcsolataikat. A központi tér nappaliként és ebédlőként szolgál, illetve egybenyílik a konyhával. Az udvari pavilonok és a kavicsos szalonnasütő azonban nem akadálymentesített, ami nehézséget jelent a mozgáskorlátozottak számára.

Bár a házak és a környezet alapvető tisztaságról tanúskodtak, az egészségügyi és *háztartási eszközök*, illetve tisztítószerek hiánya számos nehézséget okozott az eddigiek során. Az alapvető eszközök pótlása gyakran a lakók havi ötezer hétszáz forintos zsebpénzéből történt meg.

„Csak a legalapvetőbb dolgokért; gumikesztyű, betétek... könyörögni kell. Hipóért könyörögni kell. Hogyha elfogy az a 20 literes koncentrált... negyedévenként egyszer kapunk tisztítószert, ha összejön a dolog, ha nem, akkor magunknak veszünk.”

Az egészségügyi eszközök hiánya különösen kritikus helyzetekhez vezethet, amit egy esetfelelős példája is jól szemléltet. Egy lakó tüdőgyulladásra a gyógyszerigénylés késlekedése miatt súlyosbodott annyira, hogy végül oxigénpalack használatát tette szükségessé. Az eszköz beszerzése az esetfelelős gyors intézkedését és anyagi támogatását igényelte:

„(...) annyira nincsen a TL-ben pénzünk, és annyira nem tudtunk előre tervezni, hogy a kihozatali, illetve az üzembe helyezési költséget, saját pénzből fizetem ki – tizenkétezer forintot –, mert egyébként nem lett volna meg az eszköz, amin egyébként az élete is múlhat.”

Az élelmezés szintén komoly problémát jelentett; az esetfelelősök által bemutatott költségvetési táblázatok egyértelműen jelezték, hogy a házak gyakran túllépték az élelmiszerre szánt keretet. A dolgozók szerint a helyzetet némileg orvosolhatta volna, ha nem kizárólag egy meghatározott beszállítótól rendelhették volna, ám ennek megváltoztatására nincs felhatalmazásuk. Bár minden házban élt cukorbeteg lakó, külön étrendet nem tudtak biztosítani számukra. Az ötből mindössze egy házban nyilatkoztak úgy egyöntetűen, hogy a lakók döntenek az étrendről, illetve hét közben is hajlandók módosítani kérésükre. A többi házban finansiális korlátokra vagy a lakók szerény belátási képességeire hivatkozva az esetfelelősök döntöttek az étrendről.

A *gyógypedagógiai fejlesztés* lehetőségei is korlátozottak voltak. A megkérdezettek többsége kifejezésre juttatta, hogy lehetőségeihez mérten igyekszik ezt biztosítani, közös beszélgetések, séták, filmnézések formájában. Néhányan igényét érezték a nagyintézmény nagyobb szerepvállalásának a kérdésben vagy egy állandó gyógypedagógiai munkatárs alkalmazásának. A gyógypedagógiai képzéssel rendelkező munkatárs elégedetlenségének adott hangot:

„Komoly fejlesztő munkát most így képtelenség végezni. Bár csoportos fejlesztést azért igyekszek; íráskészség ilyesmi. Teljesen máshol vannak! Tehát az egyéni fejlesztések kicsit háttérbe szorultak, mert mindig mindenki itthon van. Olyan nincs, hogy most akkor neki minden nap szüksége lenne egy óra egyéni fejlesztésre. Képtelenség megvalósítani! Egyébként is képtelenség, mert órarend szerint nyolc óra munkaidőben tizenyolc és fél órát fejleszttek papíron.”

A munkakörülmények dimenziója vált a legmegosztóbbá az általunk vizsgált területek közül. Az interjúk átiratainak az elemzése azt mutatta, hogy amíg a munkakörülményeket pozitívan értékelték szűkszavúak voltak, a kritikát megfogalmazók részletesen és hangsúlyosan adtak hangot elégedetlenségüknek. Bár az általunk bemutatott vélemények nem reprezentálják

a minta egészét, annyira meghatározóak, hogy úgy érezzük, érdemes rájuk figyelmet fordítani. Nem csak a jelenlegi működési keretek hiányosságaira világítanak rá, hanem arra is, hogy a fenntartható fejlődés érdekében szükség van a munkakörülmények átfogó javítására.

4.5. Döntések és korlátok: A támogatott döntéshozatal gyakorlati dilemmái

Kutatásunk negyedik dimenziója kifejezetten az önrendelkezésre és a lakók döntési lehetőségeire fókuszált. A nagy intézményhez való hasonlítás során a dolgozók egyöntetűen a nyugodtabb körülményeket, a pontosabb odafigyelést és a nagyobb kényelmet jelölték meg pozitívumként. Néhányan szóvá tették, hogy az idősök számára negatívum, hogy a távolság miatt már képtelenek tartani a kapcsolatot az intézményben maradt barátaikkal, illetve voltak szép számmal olyanok is, akik a régóta bentlakók kiváltását kifejezetten rossz ötletnek látták. Attól függetlenül, hogy melyik házban vannak beosztva, a dolgozók nagy többsége kifejtette, hogy szerinte a házban élő emberek túl idősök és szerény önellátási képességekkel rendelkeznek egy ilyen kiváltást célzó programhoz. Példának okáért az első ház – tehát konszenzusos alapon a „legjobb felhozattal” rendelkező lakás – egyik dolgozója, így nyilatkozott:

„Igazság szerint, a ház alapötlete az egy nagyon jó dolog. Mindig el szoktam mondani, tehát így is gondolom, de nem nekik való. (...) Régi bentlakók, hozzá vannak szokva, most egy hetvenéves embert, hogy fogom én – ugye a támogatott lakhatás célja az lenne, hogy önálló életvitelre nevelni őket, visszaintegrálni őket a munka világába, de hetvenévesen? Ja meg, hogy ugye kitalálták, hogy ez a projekt valamilyen oknál fogva középsúlyos, súlyos emberekre lett kiírva. Azért nagyjából sejted, hogy egy középsúlyos, súlyos értelmi fogyatékos nem annyira bevonható a dolgokba. (...) Tehát ez az ügy valahogy szerintem nem működik.”

A projekt célját illetően érdekes jelenséget volt alkalmunk megfigyelni. A többség tisztában volt azzal, hogy fő feladata az önállósodás, önellátás fejlesztése és a döntési szabadság kiszélesítése, viszont sokan a nagyobb fokú gondoskodást, a nyugodtabb,

családiasabb körülmények megteremtését tartották prioritásnak. Azok, akik kizárólag az önállósodásra koncentráltak sikertelennek ítélték meg a projekt eddigi megvalósulását, fő akadálnak pedig a lakók korát, képességeit látták. Akik a jobb körülmények és minőségibb gondoskodás megteremtését tartották fontosabbnak, elégedettebbek voltak, és inkább a lakóktól független körülményeket – például a fejlesztő foglalkozások hiányát – jelölték meg akadályként.

Önálló életvezetésre alkalmasnak a dolgozók ritkán láttak három-négy személyt, viszont a többség határozottan elvetette ennek még a lehetőségét is. Az önállóság hiányának okaként egyöntetűen a lakók korát, képességeit és a nagyintézményi ellátás hosszú éveit nevezték meg, amelyek gátolták a kognitív és belátási képességek fejlődését.

A házakban a házimunkák nagy részét a gondozók végezték. Az arra vonatkozó kérdésre kapott válaszok, hogy az ellátottak mennyire bevonhatók a házimunkába szintén alátámasztották a közreműködők azon állítását, miszerint a házak sorrendjével „*egyre gyengébb a felhozatal*”. Az első két házban átlagosan öt-hat, míg az utolsó két házban már csak egy-két lakó volt bevonható bizonyos résztevékenységekbe. Ezt rövid látogatásunk során gyűjtött tapasztalataink is alátámasztották. Az első két-három házban érkezésünkkor éppen felmostak, elmosogattak, ruhát hajtogattak, az utolsó két házban ilyen tevékenységet nem tapasztaltunk a lakók részéről. A munkavégzésre jellemző volt, hogy lelkesebbek voltak ott, ahol az ápolók a szabályok helyett igyekeztek mindenkit abban motiválni, amit szeret csinálni. Így nyilatkozott a munkamegosztásról egy gondozónő:

„Mindenkinek megvan a kis reszortja. Van, aki kitevéri a ruhákat, behajtogatja a ruhákat, van, aki szívesen mosogat, van, aki szívesen pakolja a mosogatógépet. András például jár fát vágni a szomszédhoz, őt nem tudnám rávenni a konyhai munkára, mert ő egy maszkulin alkat.”

Ahhoz, hogy felmérjük a lakók döntési szabadságának határait összegyűjtöttünk olyan *mindennapi szituációkat*, apróbb kihágásokat, amelyeket mindnyájan sorozatosan elkövetünk életünk során. Ezek voltak az éjszakai nassolás, az időjárásnak nem megfelelő öltözet, az étkezés vagy esti fürdés kihagyása,

illetve az ébresztő elhalasztása. Az időjárásnak nem megfelelő öltözetet szinte minden megkérdezett megengedhetetlennek tartotta, ellenben a reggeli visszaalvással szemben voltak a legmegengedőbbek. Az étkezés kihagyását és az éjszakai nassolást még ott is szabályszerűként kezelték, ahol az ezt megelőző kérdésben kifejtették, hogy egyszerű mindennapi döntéseket az ellátottakra hagynak. Érdekes volt meg tapasztalni, hogy ezekre a kérdésekre kaptunk a legnehezebben választ, mivel az ápolók többsége el sem tudta képzelni, hogy a lakóknak egyáltalán eszébe jutna magától ilyesmi.

Az *önrendelkezést* a nagy többség a mindennapi döntésekbe való bevonással szemléltette, még abban az esetben is, ha az interjú más részeiben kifejezésre juttatta, hogy milyen szűkre szabottan méri az említett kategóriát – például olyan házban is így nyilatkoztak, ahol az étrendről sem szokták megkérdezni a lakókat. Ennek ellenére a beszámolókból elvélve találhatunk példát a döntésekbe való bevonás alkalmazására.

„Én, magam részéről többször megszegem azt a szabályt, ami ki van írva az étlapra. Mert úgy gondolom, ha itt az volt, itt már ne legyen. (...) Ott már van egy döntési lehetősége, mert amikor nekem ki van írva egy rakott krumpli, és akkor én azt mondom, hogy „Ah-ah! Ennek az alapanyaga közel az, mint a krumplisaláta!”, és akkor néznek rám „Anyá, akkor krumpli saláta!”, igen! Krumpli saláta lesz! Már van egy döntése. Mert nem papírforma szerint mentem, ugye? Vagy egy fűdetésnél eldönti, mikor megy... mert csak erről tudunk beszélni, kurva nagy dolgokról nem!”

A szabályok megszegésének a szüksége több interjúban megjelent. Páran kifejezetten úgy gondolják, hogy amikor az észszerűség nem azt diktálja, amit vezetőségi oldalról preferálnak, akkor kisebb szabályok megszeghetők – például van esetfelelős, aki megengedi, hogy ápoló kísérje az ellátottat, ha köztük jobb viszony alakult ki –.

Arra a kérdésre, hogy vannak-e olyan esetek, amikor nehéz, de muszáj elfogadni a lakó döntését, sokan érveltek úgy, hogy nincs, mivel a felelősség minden esetben az aktuálisan beosztott dolgozót terheli. Ennek ellenére annál a kérdésnél, hogy a vitás helyzetekben inkább a lakók *objektív érdekét* vagy a *szubjektív vágyát* tartják szem előtt a megkérdezettek túlnyomó

többsége a személyes vágyak tiszteletben tartását preferálta. Ugyanez az ambivalencia figyelhető meg a támogatott és helyettes döntéshozatal szembeállításánál is; a munkatársak még olyan házak esetében is a döntéshozatal támogatása mellett tették le a voksukat, ahol a fent említett szituációk szinte egyikében sem hagyták a lakókra a döntést.

A *segítői ösztönzésnél* a módszerek széles skáláját ismerhettük meg. Legtöbbször a háztartási feladatokba való bevonást egyszerű segítségkéréssel vagy a cigikávé páros ígéretével próbálták motiválni. Előfordultak azonban fenyegetések is, például az ápolói segítségnyújtás megvonásának vagy a ház elhagyásának kiállításba helyezése.

A megkérdezettek többsége az anyát vagy a támaszt választotta saját szerepük leírására, amíg a segítő – mint partnerségi viszonyt tükröző kifejezés – csak egyszer fordult elő. Legfontosabb feladatuként többnyire az ápolási feladatokat említették, az önelátásra való ösztönzés, döntéstámogatás többnyire másodlagos vagy elhanyagolt szempont maradt.

Az összegző kérdések során a megkérdezettnek egybehangzóan úgy látták, hogy az ellátottak életminősége javult a kiváltás következtében, a képességeikben önállóságukban való fejlődést ugyanakkor már csak a munkatársak fele látta valamilyen fokban megvalósulni. A záró kérdésre, miszerint el tudnák-e képzelni, hogy a ház lakói pár év múlva önállóan éljenek kivétel nélkül mindenki egy határozott nemleges választ adott, még azok is, akik önállóság tekintetében ügyesnek, kezdeményezőnek írták le a lakókat, vagy meg voltak elégedve a projekttel.

4.6. Szubjektív benyomásaim a kutatás elvégzése közben

Az adatfelvétel során tapasztalatom szerint a legnagyobb gátat a félelem jelentette. A valós vagy képzelte félelem attól, hogy – ezek a nagy többségben több gyermekes édesanyák –, ha kiállnak bármiféle intézménnyel kapcsolatos negatívum mellett, elveszíthetik munkájukat, gyakran bírta őket arra, hogy egy pozitívabb hangot képviseljenek. A vezetőséggel való viszony és a munkaeszközökkel való elégedettség ellentmondásos témák voltak. Úgy láttuk,

ez a jelenség említésre méltó, és aggasztó képet fest munkáltató és munkavállaló kapcsolatáról a szociális szférában; a dolgozók véleményének integritását, sőt önrendelkezését is megkérdőjelezi.

5. Összefoglalás

Vizsgálatunk alapján a támogatott döntéshozatal elve az általunk választott középsúlyos, súlyos értelmi fogyatékkal élők ellátásán belül, csak részben valósult meg. A program hatására a helyettes döntéshozatal eszközei finomodtak, a gondoskodás színvonala, illetve az életkörülményeik javultak, ugyanakkor a lakók önállósága és döntési szabadsága gyakran háttérbe szorult, a kockázat méltósága pedig csak az esetek igen kis százalékában volt biztosítva. Az ellátottak hangulata egyértelműen nyugodtabb lett, azonban megfigyelhető volt az idősebbek elmagányosodása és hobbiuk szűkülése is. Önálló életvitelre továbbra is

alkalmatlannak találták őket, ugyanakkor képességekben romlást sem tapasztaltak.

A TL házak működését két aspektus befolyásolta a leginkább; az esetfelelősök hozzáállása és a gondozási terhek egyenlőtlen elosztása. Az egységes iránymutatás hiánya és az ápolók nem megfelelő felkészítése jelentős problémát okozott, továbbá a finanszírozási nehézségek hátráltattak olyan alapvető műveleteket, mint az ételmezés és tisztítószeres beszerzése vagy a lakók fejlesztését célzó programok.

A fogyatékkal élők közösségbe való beolvadása pozitív példát mutatott a társadalmi elfogadás terén, de ez esetünkben nem a TL házaknak volt köszönhető. Az általunk feltárt szolgáltatás azt mutatta, hogy a támogatott döntéshozatal szemléletének teljes körű bevezetése továbbra is kihívást jelent az uniformizált ellátási formában dolgozóknak. Így az elvi keretrendszerek kidolgozottságában eltűnik a valóság, és egy olyan kezdeményezés, ami a fogyatékkal élők önrendelkezését segítené elő, csak egy újabb túlgondozó intézményszerű ellátási formát eredményez.

Irodalom

Bugarszki, Zsolt, Eszik Orsolya, Szentkatolnay Miklós és Sziklai, István (2012). *A nagy létszámú intézmények kitagolása és az önálló életvitel támogatása Magyarországon*. Budapest: ELTE TTK, Soteria Alapítvány.

Gazsi Adrienn (2016). A támogatott döntéshozatal elve és gyakorlata. *Esély*, 27 (2). pp. 62–92.

Gombos Gábor, Hoffman István, Könczei György, Nagy Zita és Szabó, Gyula (2009). *A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata*. Budapest: ELTE BGGYK.

Gordosné Szabó Anna (1993). *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.

Halmos Szilvia (2019). *Támogatott életvitel és támogatott döntéshozatal – a CRPD 12. és 19. cikkének konzisztens végrehajtásának lehetőségei Magyarországon*. Budapest: Pázmány Law Working Papers.

Jakab Nóra (2010). A cselekvőképesség elméleti háttéréről és a szellemi egészség jogáról. *Miskolci Jogi Szemle*, 5 (1), pp. 89–112.

Juhász Péter (2021). A támogatott lakhatás koncepciója a támogatott döntéshozatal paradigmájának tükrében. In Serafin József (szerk.), *Támogatott élet* (pp.79–94). Budapest: Baptista Egyház Szociális Módszertani Központ.

Kiss László (2014). Fogyatékkal élő és krónikus beteg hallgatók a felsőoktatásban. *Felsőoktatási Műhely* 8 (1), 117–128.

Mihók Sándor (2024) A magyar hadirokkantak, múlt–jelen–jövő. *Doktori értekezés*, Budapest: Nemzeti Közzolgálati Egyetem.

Nyitrai Imre (2021a). Harmadik út? – a támogatott lakhatás innovatív hatásai és lehetőségei. In Serafin József (szerk.), *Támogatott élet* (pp.120–141). Budapest: Baptista Egyház Szociális Módszertani Központ.

Nyitrai Imre (2021b). Kiváltás a gyakorlatban – innovációk a fogyatékosággal élő személyeknek nyújtott szociális szolgáltatások területén. *Glossa luridica*, 8 (1–2) pp. 251–272.

Soós Csaba és Serbán Józsefné (2002). Szakmai-baráti tanácskozás, Ispánk, 2002. október 8-9-10. *Szociális Munka*, 14 (4), p. 306.

Stánicz Péter (2019). Egyéni autonómia a paradigmaváltások viharában – Támogatott döntéshozatal

és a tévedés méltósága. *Fogyatékoság és társadalom*, 5(2), 76–85. <https://doi.org/10.31287/ft.hu.2019.2.5>

Verdes Tamás (2009). „A ház az intézet tulajdona”. *Esély*, 20 (4), pp. 92–114.

Források

EFOP-1.1.5-17 2017. A fogyatékkal élők mindennapjait segítő infokommunikációs alapú távszolgáltatás kialakítása: <https://archive.palyazat.gov.u/-efop-115-17-a-fogyatkkal-1k-mindennapjait-segt-infokommunikcis-alap-tvszolgltats-kialaktsa> Letöltés ideje: 2024. 11. 19.

EFOP-1.1.5-17 2017 00003 Infokommunikációs alapú távszolgáltatás kialakítása az ÉFOÉSZ-nél: <https://efoesz.hu/efop-1-1-5-17-2017-00003/> Letöltés ideje: 2024. 11. 19.

EFOP-2.2.2-17 2017. Intézményi ellátásról a közösségi alapú szolgáltatásokra való áttérés fejlesztése – intézményi férőhely kiváltás: <https://archive.palyazat.gov.hu/efop-222-intzmnyi-elltsrl-a-kzssgi-alap-szolgltatsokra-val-ttrs-fejlesztse> Letöltés ideje: 2024. 11. 19.

Ruzsics Ilona (2013). A kitagolási folyamat Európában és Magyarországon. <http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html> Letöltés: 2025. 02. 02.

Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Kirendeltség (2023). Tájékoztató a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Kirendeltség 2022. évi tevékenységéről, pp. 14–15.

Tamás Béláné (é.n.) Gondoskodás, gondozás, ellátás, szolgáltatásnyújtás intézményi keretek között. https://www.nive.hu/Downloads/Szakkepzesi_dokumentumok/Bemeneti_kompetenciak_meresi_ertekelesi_eszkozrendszerenek_kialakitasa/2_1853_017_100930.pdf Letöltés: 2025. 02. 02.

Universal Declaration of Human Rights, 1948.

1257/2011 (VII.21) Korm. határozat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtással kapcsolatos kormányzati feladatokról.

1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről 1991.

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

net.jogtar.hu