

KÜLÖNTÁMOGATÁS ÉS REHABILITÁCIÓ A MAGYAR KÖZOKTATÁSBAN

MIND A KÖZOKTATÁST, MIND A REHABILITÁCIÓT hajlamosak vagyunk olykor az emberi humanizmus fejlődése és a felvilágosodás eszméjének a gyümölcsként említeni. Véleményünk szerint egymással párhuzamosan, társadalmi-gazdasági szükségszerűségként indultak fejlődésnek.

Az iparosodás és az ezzel együtt rohamosan fejlődő urbanizáció megbontotta a hagyományos, többgenerációs nagycsaládot. Ezzel jelentősen beszűkült a család képessége több fontos önfenntartó tevékenységének ellátására. Ezek közé tartozik a gyermekek és ifjak nevelése, képzése, valamint az idős és/vagy fogyatékos családtagok támogatása, új szerepkörbe vonása, szükség esetén a róluk való gondoskodás is. Létrejöttek tehát – és a harmadik világ országaiban manapság megfigyelhetően is létrejönnek – az új közösségi ellátási szükségletek. Ezek között a gyógypedagógiai ellátás kezdetei is elsősorban a 17. és 18. századra esnek (*Gordosné 2000*), párhuzamosan az adott ország polgárosodásával.

A család különböző önfenntartó feladatait a közösség által is befolyásolt saját hagyományai szerint látta el, de valószínűleg individualizált formában. A viszonylag kis létszámú csoporton belül az egyéni tulajdonságok, képességek valószínűleg lényegesen jobb méltánylást élveztek, mint ahogyan az általában a közösségi ellátási formákban előfordul. Ugyanakkor ez a családi ellátó tevékenység szakszerűségében nem érhetett el a későbbi közösségi ellátások szakmai színvonalát, jellemzően autodidakta jellegénél fogva. Csak az átlagosnál kiemelkedően nagyobb jövedelemmel rendelkező családok engedhették meg maguknak a szakszerű oktatást – pl. nevelő alkalmazásával. (Ennek mai, a közoktatást kiegészítő formái a megfizetett egyéni korrepetálások, zene- és nyelvórák, sportfoglalkozások stb.)

Ugyanígy csak kevesek jutottak szakszerű rehabilitációhoz, így pl. egyéni segédeszköz készítéséhez. Ilyen rehabilitációs példaként említhető egy több mint 2000 éves római bronz műláb sírlelet, továbbá Pieter Stuyvesant holland hajóskapitány és New Amsterdam kormányzója fából és ezüstből készült műlába, valamint Hornberg váru, Götz von Berlichingen fémből készített műkeze, mindkettő a 17. századból (*Boda & Horváth 2000; van der Meij 1995*).

Az említett, egyénileg finanszírozott ellátások szakszerűek és egyúttal egyénre szabottak voltak. Amikor a közszolgáltatásokat a családi ellátás kiváltása céljából létre

kellett hozni, növekedett a szakszerűség, de szükségszerűen romlott az ellátás individuális jellege. Az osztálytársadalmi „gazdagság” hosszú ideig nem tette, és általában ma sem teszi még lehetővé a speciális, egyéni szükségletek figyelembevételét, közösségi szintű kielégítését. A probléma fokozódik, ha valakinek egyszerre két különböző közösségi szolgáltatásra van szüksége, jelen esetben közoktatásra és rehabilitációra is.

A rehabilitáció lényege

A Pedagógiai lexikon (*Báthory & Falus 1997*) szerint a „rehabilitáció tágabb értelemben minden olyan társadalmi tevékenységet magában foglal, amely az önhibájukon kívül hátrányos helyzetbe került személyek társadalmi integrációját segíti elő.” „Gyógypedagógiai értelmezés szerint a rehabilitáció a veleszületett ok, fejlődési rendellenesség, betegség vagy baleset miatt fejlődésében megzavart és ezért közösségi részvételében akadályozott gyermekekre (felnőttekre) irányul. Olyan, a társadalom által biztosított, szervezett tevékenységek és támogatások rendszere, amelynek segítségével és megmaradt képességeikre alapozva a személyeknek a közösség életében való részvételére javítható, kiteljesíthető. A rehabilitáció ebben a szűkebb értelemben orvosi, nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, az egyénre adaptált alkalmazása, amelyben az érintett személy tevőleges részvétele nélkülözhetetlen.”

A rehabilitáció tehát tevékenységükben akadályozott (fogycatékos), társadalmi részvételükben korlátozott (rokkant) személyekre irányuló tevékenység. Ezeket a fogalmakat az Egészségügyi Világszervezet (WHO) vezette be, használatuk kezd elterjedni a gyógypedagógiában is (*Illyés 2000a; Kullmann 2000; Mesterházi 2000; WHO 1980*). Az 1980-ban közölt fogalomrendszer módosul, a második verzió kiadása az új értelmezésekkel a közeljövőben várható.

A WHO „A károsodások, fogycatékosságok és rokkantság nemzetközi osztályozása” új változatában „A tevékenykedés, fogycatékosság és egészség nemzetközi osztályozásában” egyértelművé teszi, hogy míg a károsodások biológiai struktúrák vagy funkciók zavarai, addig a fogycatékosság és a rokkantság kialakulásában a biológiai tényezők mellett jelentős környezeti és személyes tényezők is szerepet játszanak (*WHO 2001*).

Ez a közoktatás területén azt jelenti, hogy a gyermekek adottságai, testi, szellemi károsodásai (mint csoporthátrányok) mellett családon belüli kedvezőtlen szocializációs feltételeik, a társadalmi helyzetükből adódó hátrányok, az óvoda és az iskola diszfunkciója, valamint a gyermekek általános egyéni hátrányai, felkészületlensége együtt fogja meghatározni a felnőttkorra esetleg kialakuló hátrányos helyzetet, marginalizációt (*Illyés 2000b; Szeberényi 2000*).

Egy gyakorlati példán keresztül bemutatva: az arthrogryposis gyermekeknek, akik testszerre súlyos ízületi mozgáskorlátozottságai vannak, kezei deformáltak, izmai gyengébbek, segédeszközeivel csak korlátozottan járóképes, többféle iskolai karrierre is lehet. Ha az iskola akadálymentes, a tanári kar és iskolatársai befogadók, ha a gyermek a tanulásra jól motivált, az iskolához közel lakik, vagy szülei gépkocsival viszik az iskolába, akkor különtámogatásként valószínűleg csak gyógytestnevelésre

lesz szüksége. Mindezek részleges vagy együttes hiányában esetleg az iskolán belül lesz szüksége személyi segítségre. Lehet, hogy ott szomatopedagógus segítségére is szorul, esetleg el sem jut az iskolába, ezért bentlakó speciális iskolába kerül. A külön-támogatás szükségességét tehát nagyon sok, a károsodásoktól független tényező is befolyásolja.

A WHO értelmezése szerint a fogyatékos és a rokkant embereknek van szükségük rehabilitációra, betegeknek, baleset vagy fejlődési rendellenességek miatt károsodott embereknek nem. Ez az állapot gyógyítást kíván. A gyógyítás azonban lehet elhúzódó, ismétlődő (pl. epilepsiában, rosszindulatú daganatos megbetegedésekben), a közoktatás folyamatát megzavarhatja, ezért ilyen esetekben is szükséges lehet a külön-támogatás.

Illyés Sándor bevezető tanulmánya szerint orvosi és pszichológusi elvárás, hogy „a közoktatás képezze le az orvosi, pszichológiai klasszifikációs rendszert” (Illyés 2001).

A felvetés figyelemre méltó. Az „elvárás” egyrészt annyit jelent, legalábbis orvosi oldalról, hogy a medicina korábban kizárólag orvosi klasszifikációs rendszereket használt. A mai magyar egészségügyi statisztikai rendszerre is ez jellemző. Diagnosztikus céllal Magyarország ma még csak a WHO által kiadott Betegségek nemzetközi osztályozását használja (*Népjóléti Minisztérium 1995*). Megbízható fogyatékosági statisztika nem készült. A 2001. évi népszámlálás fogyatékoság-felmérése nem volt kötelező, nem orvosi, nem diagnosztikus indíttatású, eredményeit, használhatóságát a szakemberek érdeklődéssel várják.

Másrészt azt is el kell ismerni, hogy az orvosi gyakorlatra általában nem volt jellemző, hogy megkeresse azokat a többi szolgálatokat, amelyeknek feladata és felelőssége kliensük további, nem orvosi problémáinak kezelése. Ez a helyzet is változni látszik a rehabilitációs szemlélet lassú terjedésével.

A károsodások, fogyatékoság és rokkantság nemzetközi osztályozásának megjelenése, különösen az új változat munkálatainak felgyorsulása óta a helyzet megváltozott. Ez az osztályozás más szakterületek – így többek között gyógypedagógusok – képviselőivel együttműködésben készült, jelentős mértékben figyelembe vesz nem medicinális tényezőket is. Talán elmondható, hogy ma ez az egyetlen átfogó klasszifikáció a fogyatékoság területén. Hivatalos elismerése és használatának bevezetése nyújthat reményt arra, hogy a szükségleteket a jövőben jobban megismerjük.

Kik szorulnak külön-támogatásra és rehabilitációra a közoktatásban?

A fentiek is alátámasztják *Mesterházi* állítását (1995), amely szerint „nincsenek olyan kizárólagos és egyértelmű ismeretek, amelyekkel a tanulásban akadályozottakat pontosan le lehet írni, és el lehetne különíteni őket a tanulásban nem akadályozottak csoportjától.” A tanulási képesség nemcsak a tanuló, hanem az iskola felől is befolyásolt. Ebből és az előzőekből is látható, hogy az alcímben feltett kérdés megválaszolása igen nehéz lesz.

Az egyik legjobb forrásmunka – bár az előző állítás erre is igaz – kétségtelenül még mindig a „Budapest-vizsgálat” eredményit bemutató kötet (*Czeizel & Lányiné & Rátay 1978*). A vizsgálat a gyógypedagógiai intézményhálózatban nevelt gyermekekre terjedt ki. A mintát a következő adatok jellemzik. A vizsgálat idején a gyermekek 2,9%-a értelmi fogyatékos, 0,21%-a pedig testi, hallási vagy látási fogyatékos miatt tanult gyógypedagógiai intézetben. (Követjük és a későbbiekben is követni fogjuk a hivatkozott irodalomban használt terminológiát.) A megyei megoszlási adatok eléggé nagy különbséget mutatnak. Győr-Sopron megye 1,37%-os arányával szemben Bács-Kiskun megyében a tanulók 4,55%-a került értelmi fogyatékosok gyógypedagógiai iskolájába. Érdekesek a tanulmány elkészítése előtti utolsó 20 év gyógypedagógiai kapacitásának adatai is. Az ilyen intézményekbe a beiskolázási arány értelmi fogyatékos gyermekek esetében 0,66%-ról, az egyéb fogyatékosok esetében 0,13%-ról emelkedett a fenti értékekre. Látható tehát, hogy a gyógypedagógiai beiskolázás a kínálattól is jelentős mértékben függ. Ugyanakkor egyéb, társadalmi tényezők is hatnak rá, hiszen pl. a cigány gyermekek aránya a kisegítő iskolákban 10,5%, az intézetekben 12,2% volt – szemben a többi iskolában tapasztalható 2–6%-os előfordulással.

A vizsgálat az értelmi fogyatékos gyermekek egyéb egészségi problémáit tárta fel, orvosi diagnózisok alapján. Belgyógyászati betegségek 17,38%-ban fordultak elő, közöttük a gyakori rehabilitációs szükségletet kiváltó veleszületett és szerzett vitiumok összesen 2,64%-ban. Az ideggyógyászati betegségek gyakoribbak: 46,55%, amelyek között a magatartászavarok (11,51%), a súlyos neurológiai betegségek (10,92%) és az epilepszia (8,05%) vezetnek. Rehabilitáció mindegyikben szükséges lehet, de csak a súlyosabb esetekben. Az ortopédiai betegségek a vizsgált gyermekek több mint felét érintik. Ezek közül rehabilitációt indokolhatnak a „Little-kór” (5,13%), a myelodysplasia (0,29%) valamint a csípőficam, a scoliosis és a végtagfejlődési rendellenességek – részesedésük egyenként 1% alatti – súlyosabb esetei. A 26,32%-ban előforduló szemészeti betegségek jórészt szemüveggel kezelhetők. A strabizmus és a myopia vezet. A fül-orr-gégészeti betegségek aránya nagyobb, 31,79%. Közöttük sok a gyógyítható betegség. A hallászavarok 85,84%-os előfordulási aránya igen magas. A középfokúnál súlyosabb hallászavarban szenvedő gyermekek aránya is magas, 27,92%, közöttük az idegi eredetű károsodások vezetnek, de a vezetékes eredetűk is 10% fölött fordulnak elő. Rehabilitációs szükségleteiket pontosan nem ismerjük.

Az idézett számadatokból nem tudjuk meg, hogy a gyermekek milyen arányban halmozottan károsodottak, hiszen egy-egy gyermeknek többféle károsodása is lehet. Így viszont a károsodástól mentesek aránya valószínűleg magasabb a megadott értékeknél. A mintegy 25 éves adatokat nem tudjuk összehasonlítani újabbakkal, mert azokat más szempontok szerint gyűjtötték, illetve hasonlóan széleskörű adatgyűjtés nem történt.

Halász és Lannert (2000) az ÁNTSz iskolaorvosi vizsgálatainak adatait közli az 5–17 évesek között előforduló betegségekről és egyes rizikótényezők előfordulásáról. Sajnos ezekből sem lehet a különtámogatás illetve a rehabilitáció szükségleteire következtetni. Az adatok elsősorban könnyen felfedezhető és kezelhető állapotokra kor-

látozódnak, így pl. lúdtalpra, szemüveg viselésére, illetve olyan gyűjtőfogalmakra – pl. mozgásszervi betegségek –, amelyek sajnálatos módon a szükségletek meghatározására alkalmatlanok. Figyelemre méltóak viszont a deviancia különböző formáinak, ezen belül a drogfogyasztás gyorsan növekvő előfordulására, valamint szülői viselkedésforma és a szociális helyzet ezeket befolyásoló szerepére vonatkozó adataik.

Síró, Bódor és Horgos (2000) a kórházi kezelési adatokból kísérli meg levezetni az orvosi rehabilitációs szükségleteket. Táblázataik külön érdemének tekinthetjük, hogy majd minden tárgyalt betegcsoporton belül feltüntetik a 18 év alattiak számát, ami a közoktatás szempontjából fontos. Tekintettel azonban arra, hogy ezek az adatok a kórházi kezelések számát és nem embereket jelentenek, szükségletfelmérés szempontjából biztosan túldimenzionáltak. A túldimenzionálást fokozza az a tény is, hogy nagyon sok orvosi kezelés – így szinte az összes akut betegség – után nem alakul ki rehabilitációs szükséglet.

Göllesz (1984) bemutatja, hogy a gyógypedagógiai intézmények iskola-egészségügyi ellátásában különböző szakorvosok konziliáris minőségben milyen gyakorisággal vesznek részt. Első helyen az ideg- és elmegyógyászok állnak, akiket a fül-, orr-, egészség szakorvosok, a gyermekgyógyász bőrgyógyászok, szemészek követnek. Indirekt következtetések ezekből az adatokból is levonhatók.

Kertész (2000) a hazai orvosi rehabilitációs osztályok tevékenységét mutatja be kritikusan. A kórházi osztályokon rehabilitált személyek számáról is bemutat adatokat, korcsoportonkénti bontás nélkül. Adataiból látható, hogy a tevékenységet a kínálat igen nagymértékben befolyásolja. Másrészt sok esetben a nyújtott szolgáltatások nem igazi rehabilitációt jelentenek. (Nemcsak a gyógypedagógiában és az orvosi rehabilitációban fordul elő, hogy a szolgáltatásokat a kínálat befolyásolja. Majd minden szervezet törekszik önfenntartására, tevékenységének szükségletként való feltüntetésére.)

Más munkákban egyes károsodási csoportok előfordulási gyakoriságáról találhatunk adatokat. Az adatok értéke, megbízhatósága különböző. Bár ezek közelebb vihetnek a szükségletek felismeréséhez, itt is meg kell jegyezni, hogy sem a súlyossági fokozatra, sem a konkrét rehabilitációs és/vagy különtámogatási szükségletre nem terjednek ki. Így pl. az infantilis cerebralis paresis előfordulási gyakorisága becslés szerint 2–4‰ (*Fekete 2000*). *Balázs (2000)* -ugyancsak külföldi becslések alapján 10–25 tízezrelekre teszi az autista csoportba tartozók lakosságon belüli arányát, ezen belül a nukleáris csoportét 4 tízezrelekre. A diszlexia 3,7–3,9%, a diszkalkulia 1,3–6,6% gyakorisággal fordul elő különböző külföldi közlések szerint (*Márkus A 2000*). Az epilepszia prevalenciája *Halász (1999)* szerint 0,5–1,0% között van, *Barkó (1999)* szerint gyermekek között ez 1%, noha – mint láttuk – a gyógypedagógiai intézményekben nagyobb az arányuk. Azt nem tudjuk, közülük milyen arányban fordulnak elő rehabilitációs, illetve közoktatásbeli különtámogatási szükségletek. *Csoboth, Kopp és Szedrnák (1998)* vizsgálatai szerint a fiatalok között 13,4%-ban fordult elő depressziós tünetegyüttes.

Méhes (1990) a vakság és az aliglátás kórokainak változását mutatja be a 60-as, 70-es és 80-as években. A fertőzőes és a baleseti eredetű látáskárosodás jelentősen, a születés előtti károsodások mérsékelten csökkentek. Jelentősen emelkedett viszont a

retrolentalis fibroplasia és a daganatos megbetegedések miatti vakság és súlyos látáskárosodás.

Göllesz (1990) a balesetekben sérült gyermekek adatait mutatja be. 18 éves kor alatt évente 4–5 ezren sérülnek meg. Egy részük biztosan rehabilitációra szorul. A hazai közlések alapján a mozgáskárosodások közül az egyik leggyakoribb, a gerincferdülés 2–9% között fordul elő (*Kullmann 1990*). Ilyen nagy eltéréseket csak az magyarázhat, hogy különböző vizsgálók más-más görbület esetében állítják fel a gerincferdülés diagnózisát. Mindannyian kezelésre szorulnak, ám rehabilitációra csak kevesen, azok, akiknek nagyobb a görbülete.

Mozgásukban károsodott személyek rehabilitációs szükségleteiről hasznos adatokat találhatunk a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége felmérésében (*MEOSZ 1996*). Két egymást követő évben végeztek felmérést 6120, illetve 1330 fő bevonásával, kérdőíves módszerrel. A 18 év alattiak aránya mindkét mintában nagyon alacsony: 1,13, illetve 1,03%. A felmérés jelentősége a felmért adatok köre miatt mégis nagy.

A válaszolók a továbbtanulásukat korlátozó tényezők között meglepő módon leggyakrabban azt említették, hogy nem szerettek tanulni, illetve nem kaptak elegendő szülői támogatást. Mozgáskorlátozottságukat és azt, hogy nem tudtak eljutni az iskolába, csak kevesebben jelezték. A használt segédeszközök között leggyakrabban a járás segédeszközei (bot, mankó, járókeret) szerepelnek, majd az ortopéd cipők, ortézisek, protézisek, a lakáson belül az önellátást segítő eszközök (kapaszkodók, tusolószék, szobai WC) és a különböző kerekesszékek következnek. A manipulációt segítő eszközök használatára lényegesen kevesebb igény mutatkozik. Személyi segítséget napi 1–2 órában vesznek igénybe, leginkább hely-, helyzetváltoztatás, valamint háztartási munka és szabadidős tevékenységek céljából, személyi higiéniéhez vagy étkezéshez kevesebbet. Egészségügyi szolgáltatásokat jelentős százalékban használnak rendszeresen. Ezek között a passzív eljárások (gyógyfürdő, fizioterápia) részesedése magas, az aktív eljárásoké (gyógytorna különböző alkalmazásai) a kívánatosnál alacsonyabb. A rendszeresen tornázók aránya mindössze alig 32%. A különtámogatás fontos célja lehetne, hogy mozgáskorlátozott fiatalok körében ez az arány növekedjék. Az anyagi támogatások között a közlekedési támogatás vezet (86%) a közgyógyellátás (61%) és a lakásátalakítási támogatás (53%) előtt. Ezek az adatok is jól jelzik a szükségleteket. Bár a felmérés eredményi közel 99%-ban 18 év felettiokről szólnak, nincs okunk feltételezni, hogy a gyermekek és ifjak szükségletei ettől lényegesen eltérnének.

A különböző belgyógyászati jellegű betegségek gyermek populációban található előfordulására *Barkó (1999)* közöl néhány adatot. Asthma bronchiale 2–4, veleszületett vagy szerzett szívhiba 0,6, anyagcsere betegség 0,2, cukorbetegség 0,1%-ban fordul elő. A forrást nem jelöli meg. Az „összes különös gondoskodást igénylő gyermek” arányát 15%-ban, a „szignifikáns fogyatékoságúakét” 5–7%-ban adja meg.

Gyermekkorban Magyarországon a leukémiával együtt 0,2% a rosszindulatú daganatos megbetegedések előfordulása (*Barkó 1999*). *Kovács és Kullmann (1993)* Kopper és munkatársaira hivatkozva a gyermekkori szolid daganatos betegségeket évi 230–280 új esetre teszik, szervi megoszlásukat is közlik. Ennek a közleménynek a jelentő-

sége abban van, hogy ismerteti a gyakrabban előforduló gyermekkori daganatos megbetegedésekhez, valamint az eredményes, de nagyon agresszív daganatellenes terápiákhoz társuló károsodásokat, fogyatékoságokat és rokkantságot.

A fentebb hangoztatott fenntartások mellett ki kell emelni további bizonytalansági tényezőket is. Mind a közoktatási különtámogatás, mind a rehabilitáció iránti szükségletet fokozza a többszörösen hátrányos helyzet, így pl. a kisebbséghez – Magyarországon különösen a cigánysághoz – tartozás, a kistelepülésen élés és a kedvezőtlen családi környezet (*Forray 1998; Illyés & Bass 1986; Tót 1997*).

Összegezve azt mondhatjuk, hogy annak ellenére, hogy sok olyan adattal rendelkezünk, amelyekből a közoktatásban a különtámogatás és a rehabilitáció szükségleteire következtethetünk, a tevékenykedő képesség akadályozottságára és a környezet támogató vagy akadályozó jellegére vonatkozó megfelelő adatgyűjtésnek híján vagyunk. Ezért kívánatos lenne legalább reprezentatív mintán felmérni a képességeket, az akadályozó környezeti tényezőket és a személyes autonómiát, motivációt.

Nemzetközi trendek

A fejlődés igen bonyolult, csak egyes, a téma szempontjából fontos kérdésekre térhetünk ki. Visszatekintve a közoktatás és azon belül a tevékenységükben akadályozott gyermekek és fiatalok közoktatása fejlődésének történetére, megállapítható, hogy abban az utolsó mintegy 40 esztendő alatt igen jelentős változások mentek végbe. Ezt jól szemlélteti, hogy a fogyatékos gyermekek kötelező közoktatásának hazai jogi szabályozása is nagy részben erre az időszakra esik (*Gordosné 2000; Nagy 2000*).

A legmarkánsabban jelentkező tendencia kétségtelenül az integráció. Ez a pedagógián belül a legfejlettebb és leggazdagabb országokban a 60-as években kezdődött, Magyarországon a 70-es évek végén, illetve a 80-as években. Az értelmileg akadályozottak, tanulási zavarban szenvedők vonatkozásában azonban még mindig csak kezdeti lépések történtek (*Csányi 2000*).

Az integráció orvosi rehabilitációs leképeződését leginkább a lakóközösségre alapozott rehabilitációs szolgáltatások létrehozása jelentette. Az alap gondolatot a fejlődő országok rehabilitációs szolgáltatásainak a szükségleteket messze alulmúló mennyisége és minősége adta. Általában csak egy-egy, a fejlett országok példája alapján létrehozott minta intézettel rendelkeztek, ahol csak a tehetős, de számában jelentéktelen kisebbség ellátását tudták biztosítani. Ezért a WHO először ezen országok részére fejlesztette ki programjait, képzési anyagait. A WHO a programokat nem szűkítette le orvosi, egészségügyi programokra, kezdettől fogva kezdeményezte, hogy a pedagógiai és szociális munkára és a foglalkoztatásra is terjedjenek ki (*Helander et al 1989*).

Az orvosi rehabilitáció legfontosabb célkitűzése a fogyatékosná váló ember tevékenykedő képességének minél teljesebb helyreállítása, lehetőleg eredeti társadalmi környezete szükségleteinek, elvárásainak megfelelően. A rehabilitációs tevékenységek intézetekhez kötött nyújtása az embert környezetéből kiszakítva kezeli, az intézetek munkatársai sokszor nem is ismerhetik kellő mélységben, mire, milyen módon lehet kliensüknek otthon szüksége. Többek között ez a felismerés vezetett a fejlett

szolgáltatásokkal rendelkező országokban saját programjaik kialakítására, még a 70-es évek végén, a 80-as évek kezdetén. Az új ellátási forma a szolgáltatást lényegében „házhoz viszi”, hogy ha lehet, létre se jöjjön a szegregáció. Gyermeknekél és felnőtteknél egyaránt működőképes.

A lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások kialakítása nagyobb személyzetet tételez fel, mint az intézetekbe koncentrált ellátás, és az eszközöket is a kliensek otthonába kell vinni. Ennek nyilvánvaló korlátai vannak. Mostanra az orvosi rehabilitáció – amelyet korábban csak munkaiágényes tevékenységként jellemeztek – eszköztára is jelentősen bővült, bonyolult, összetett berendezéseket is használ. Ezért még a leggazdagabb országok sem engedhetik meg maguknak, hogy bármilyen súlyos fogyatékoság esetében a lakóközösségben nyújtsanak rehabilitációt. Ugyanakkor a fejlettebb infrastruktúra, a gazdaság fejlettsége, termelékenysége miatt felszabaduló munkaerő a hazai helyzettel összehasonlítva lényegesen szélesebb körű otthoni rehabilitációt tesz lehetővé. Mindazonáltal nálunk is módszeres fejlesztés történt a lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások bevezetése területén (*Kullmann 1994; Harangozó 2000*).

Érdekes megvizsgálni, milyen jogszabályok segítik elő Magyarországon a lakóközösségi rehabilitációt. Az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről a rehabilitációt először említi a háziorvosi alapellátás feladataként. A másik kedvező fejlemény 1996-ban a társadalombiztosítási finanszírozás kiterjesztése volt a házi ápolási szolgáltatásokra. A szolgálatok nemcsak ápolási tevékenység nyújtására kaphatnak engedélyt, hanem korlátozott óraszámú más, így gyógytorna vagy logopédiai szolgáltatásokat is végezhetnek háziorvosi utalványozással, folyamatos együttműködés keretében.

A fenti gondolatok mégis túlzottan optimista szemléletet tükröznek. A lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások bevezetése is ellentmondásos feladat. Sikeres történet volt, (jobbára alulról felfelé építkezéssel) a fejlődő országokban, ezzel szemben több sikertelenséggel, felülről lefelé szervezéssel a fejlett országokban. *Kendall, Buys és Larner szerint (2000)* az orvosi gyógyító, helyreállító szemlélet fontos akadályozó tényező lehet. Véleményük szerint elsősorban ez a szemlélet akadályozza meg az orvosi és a szociális modell egyetlen univerzális rendszerbe olvadását. Valószínűleg igaz van *Márkus Eszternek (2000)*, amikor arról ír, hogy az orvosi rehabilitáció elsősorban a feltételeket teremti meg a teljes életvitelhez, míg a pszichoszociális rehabilitáció a teljes életvitel gyakorlati megvalósításához nyújt támogatást. A két oldal tehát kiegészíti egymást.

A rehabilitáció sikerének alapvető feltétele a tevékenységükben akadályozott emberek aktív részvétele a folyamatban. A compliance és az autonómia ellentmondása is régi dilemmája a rehabilitációnak. A compliance megnyerése szükséges, hiszen a rehabilitáció az érintett ember saját erőfeszítései alapján valósul meg. A megvalósítás mégis autonóm, önálló felelősséggel tevékenykedő embert kíván.

Hasonlóan ellentmondásos az autonómia, a felszabadítás (empowerment), illetve az integráció elve is. Az autonóm ember egyéniség kíván lenni, szabadon dönteni és irányítani akar. Az integráció valahova, valakikhez tartozást jelent, a különböző emberek közötti egyetértésen, koordináción alapul. A fenti ellentmondások alapján keletkező feszültségek elősegíthetik a további fejlődést, az ún. orvosi és a szociális mo-

dellekből integrálódó, az élet sokszínűségének feltárásán alapuló modell kialakulását (Hartley 2001).

A fejlett országokban egyes kudarcoknak a kialakult komplex lakóközösségi rehabilitációs team- modellek is okozói lehetnek. Túl sok a szereplő, akik általában az orvosi modellt követik – gyakran még azok is, akik egyébként kritizálják –, és akik maguk is autonóm személyek. A kommunikáció közöttük nem mindig megfelelő. A teamen belüli irányító szerep időről-időre változik. A team a rehabilitációra szoruló embert nem mindig tartja egyenrangú partnernek. Mindezek következtében a rehabilitációs folyamat részre szakadhat. Fokozza a gondokat, ha nemcsak a rehabilitáció egyik részterületére, pl. orvosi rehabilitációra van szükség, hanem nevelési vagy szociális támogatásra, intézkedésekre is.

A fenti problémák leküzdésére az egyik lehetséges megoldás az ún. „case managerek” alkalmazása. (Szerencsétlen, paternalista kifejezés, nem emberekről, „esetekről” szól, akiket „irányítanak”.) A mögötte álló gondolat viszont alapvetően nem rossz. Egyes országokban a case manager külön személy, akinek a feladata a teamben a koordináció, illetve a tevékenységében akadályozott embernek a rehabilitáció különböző részterületei közötti eligazítása, átvezetése. A dolog egyszerűbben is megoldható, ha pl. valamelyik team-tag kap megbízást az adott személy támogatására. Olyan szakembert érdemes megbízni a feladattal, akinek az adott személlyel sok kontaktusa van, kellően ismeri őt, és aki ismeri az egész ellátó rendszert és rendelkezik a többi team-tag kompetenciájára vonatkozó összes fontos ismerettel is.

Magyarországon a családsegítő központok működési elve emlékeztet erre a megoldásra. A családsegítő központok egyik fontos feladata a szokványos, szélesen értelmezett szociális szolgálatok közötti eligazodás segítése. Emellett lehetősége van az integrációt támogató, adott esetben rendkívüli megoldások megszervezésére is.

A másik, külföldön újabban gyakran hangoztatott megoldás a „seamless care” feltételeinek kialakítása. Folyamatos, megszakításmentes gondozást jelent. Az egészségügyi ellátás egyre bonyolultabbá válása miatt, azon belül is használt fogalom. Felelőssége nagyobb részben azé a szereplő (személy vagy intézmény), akitől a gondozást a másik szereplő átveszi. Mindazonáltal az átvevőnek is figyelnie kell arra, hogy a folyamatos gondozás folytatása érdekében az átadótól a szükséges összes információt megkapja. Ilyen működést ír elő a Joint Commission International (*Joint Commission 2000*) kórházi akkreditációs standard rendszere.

A megszakításmentes gondozás egyik jó példája a német balesetbiztosító kezdeményezése. Az orvosi rehabilitáció természetes része a foglalkoztató terápia. Itt azonban nem szakad meg a folyamat. Ezután a közeli (esetleg azonos telephelyen lévő) foglalkozási rehabilitációs intézet már az orvosi rehabilitációs tevékenységek ideje alatt elkezdheti a foglalkoztatás előkészítését, terápiás munka formájában. Közben megtörténik a képességek és a terhelhetőség felmérése is. Végül ezt a szükségletek szerint folyamatosan (szükség esetén további orvosi rehabilitációs tevékenységekkel párhuzamosan) követi a munkakörülmények közötti retréning, a felzárkóztató, a tovább- vagy az átképzés. A balesetbiztosító esetében az azonos költségviselő miatt érthető az

érdekeltség a folyamatos gondozásban. A rendszer azonban különböző költségviselők esetében is működőképes.

Akkor, amikor a közoktatásban különtámogatás szükséges és emellett rehabilitációs szükségletek is felmerülnek, előfordulhat, hogy az ellátás folyamatossága csorbát szenved. Gyermekes esetében a legjobb koordinátor (case manager) ideális esetben a szülő lehet. Ennek a feladatának azonban csak akkor tud eleget tenni, ha a szakemberekkel partneri viszonya van és a szükséges támogatást is megkapja. Ha viszont a szülő hiányzik, elfoglaltsága vagy képzettsége a feladatra nem teszi alkalmassá vagy a szakemberek nem adják meg a szükséges támogatást, illetve nem engedik partneri szerepbe, valakinek a szakemberek közül kell az irányítást, a koordinációt elvállalnia. Az a fontos, hogy legyen kijelölve a gyermek sorsának követéséért, irányításáért felelős személy. Jó, ha ez a személy nem változik gyakran. A fenti gondolatok talán segíthetnek a koordinációért felelős szakember kiválasztásában.

KULLMANN LAJOS

IRODALOM

- BALÁZS ANNA (2000) Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógy-pedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- BARKÓ ÉVA (1999) Rehabilitáció a gyermekkorban. In: HUSZÁR & TRINGER & KULLMANN (eds) *Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban*. Budapest, Semmelweis Orvostudományi Egyetem.
- BÁTHORY Z. & FALUS I. (eds) (1997) *Pedagógiai Lexikon*. Budapest, Keraban Kiadó.
- BODA ANDOR & HORVÁTH SZABOLCS (2000) Történeti áttekintés. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- CSÁNYI YVONNE (2000) A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelés-oktatása. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- CSOBOTH & KOPP & SZEDMÁK (1998) Fiatalok lelki veszélyeztetettség. *Educatio*, No. 2.
- CZEIZEL ENDRE & LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES & RÁTAY CSABA (1978) *Az értelmi fogyatékosok köreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében*. Budapest, Medicina.
- FEKETE GYÖRGY (2000) Rehabilitáció a gyermekkorban. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- FORRAY R. KATALIN (1998) Nemzetiségek, kisebbségek. *Educatio*, No. 1.
- GORDOSNÉ SZABÓ ANNA (2000) A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógy-pedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- GÖLLESZ VIKTOR (1984) Gyógypedagógiai Intézmények egészségügyének személyi és tárgyi feltételei. In: GÖLLESZ VIKTOR (ed) *Gyógypedagógiai iskola-egészségtan*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- GÖLLESZ VIKTOR (1990) Fogyatékosági veszélyeztető tényezők. In: GÖLLESZ VIKTOR (ed) *Gyógypedagógiai körtan*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- HALÁSZ GÁBOR & LANNERT JUDIT (2000) Az oktatás társadalmi és gazdasági környezete. In: HALÁSZ GÁBOR & LANNERT JUDIT (eds) *Jelentés a magyar közoktatásról 2000*. Budapest, Országos Közoktatási Intézet.
- HALÁSZ PÉTER (1999) Epilepsziás betegek rehabilitációja. In: Katona Ferenc & Siegler János (eds) *Orvosi rehabilitáció*. Budapest, Medicina.
- HARANGOZÓ JUDIT (1999) Közösségi pszichiátria – mint a lakóhelyi rehabilitáció modellje. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- HARTLEY SALLY (2001) Commentary on „community based service delivery in rehabilitation: the promise and the paradox” by Kendall, Buys and Larnet. *Disability and Rehabilitation*, No. 23.
- HELANDER (et al) (1989) *Training in the community for people with disabilities*. WHO, Geneva.
- ILLYÉS SÁNDOR (2000) A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- ILLYÉS SÁNDOR (2000) Rendszerfunkciók és hátrányos helyzet. In: HOFFMANN RÓZSA (ed) *Hátrány, kudarc, leszakadás a közoktatásban*. Budapest, Oktatásügyi Minisztérium és OKT.

- ILLYÉS SÁNDOR (2001) Különtámogatás a közoktatásban. *Educatio*, No. 2.
- ILLYÉS SÁNDOR & BASS LÁSZLÓ (1986) Az általános iskolai gyenge tanulók és a kisegítő iskolai tanulók szüleinek értelmi színvonala és társadalmi helyzete. *Gyógypedagógiai Szemle*, No. 14.
- [Joint Commission] (2000) *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL, Joint Commission International Accreditation.
- KENDALL ELIZABETH & BUYS NICHOLAS & LARNER JOANNE (2000) Community-based service delivery in rehabilitation: the promise and the paradox. *Disability and Rehabilitation*, No. 22.
- KERTÉSZ GYÖRGYI (2000) A magyar orvosi rehabilitációs ellátó rendszer. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- KOVÁCS MAGDA & KULLMANN LAJOS (1993) Onkológiai rehabilitáció a gyermekkorban. *Rehabilitáció*, No. 3.
- KULLMANN LAJOS (1990) A mozgásszervi fogyatékosok kórtana. In: GÖLLE SZ VIKTOR (ed) *Gyógypedagógiai kórtan*. Bp., Tankönyvkiadó.
- KULLMANN LAJOS (1994) Rehabilitation in the Community – Results and Failures of the First Projects in Hungary. *EuroRehab*, No. 3.
- KULLMANN LAJOS (2000) Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Bp., Medicina.
- MÁRKUS ATTILA (2000) A matematikai képességek zavarai. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- MÁRKUS ESZTER (2000) Pedagógiai és szociális rehabilitáció. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Bp., Medicina.
- [MEOSZ] (1996) *Mozgáskorlátozottak szükségleteinek felmérése*. Budapest, Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége.
- MESTERHÁZI ZSUZSA (1995) A tanulási képességről és a tanulási akadályozottságról. *Gyógypedagógiai Szemle*, No. 23.
- MESTERHÁZI ZSUZSA (2000) A gyógypedagógia, mint tudomány. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- MÉHES JÓZSEF (1990) A látási fogyatékosok kórtana. In: GÖLLE SZ VIKTOR (ed) *Gyógypedagógiai kórtan*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- NAGY GYÖNGYI MÁRIA (2000) Közoktatási intézmények és szolgáltatások fogyatékos gyermekek számára. In: ILLYÉS S. (ed) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest, ELTE BGGYFK.
- [Népjóléti Minisztérium] (1995) *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. 10. verzió. Budapest, Népjóléti Minisztérium.
- SÍRÓ BÉLA & BÓDOR CSILLA & HORGOS KRISZTIÁN (2000) A rehabilitáció iránti igény epidemiológiai becslése. In: HUSZÁR & KULLMANN & TRINGER (eds) *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina.
- SZEBERÉNYI PÉTER (2000) A hátrányok típusai és kezelésük különbségei. In: HOFFMANN RÓZSA (ed) *Hátrány, kudarc, leszakadás a közoktatásban*. Budapest, Oktatásügyi Minisztérium és Országos Köznevelési Tanács.
- TÓT ÉVA (1997) Hátrányos helyzetű tanulók családi körülményei. *Educatio*, No. 1.
- VAN DER MEIJ & WILLEM, K. N. (1995) No leg to stand on. Turnhout (B), PROOST.
- [WHO] (1980) International classification of impairments, disabilities and handicap. Geneva, World Health Organisation.
- [WHO] (2001) *ICF: International classification of functioning disability and health*. Geneva, World Health Organisation.