

Előterjesztés

Budapest Józsefvárosi Önkormányzat
Képviselő-testülete számára

6/2

Előterjesztő: Sántha Péterné alpolgármester	
A képviselő-testületi ülés időpontja: 2011. december 15 sz. napirend
Tárgy: A Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány TÁMOP-5.5.1.B-11/1 „Civilek a családbarát Józsefvárosért” pályázat támogatása	
A napirendet <u>nyílt/zárt</u> ülésen kell tárgyalni, a döntés elfogadásához <u>egyszerű/minősített</u> szavazattöbbség szükséges.	
ELŐKÉSZÍTŐ SZERVEZETI EGYSÉG : HUMÁNSZOLGÁLTATÁSI ÜGYOSZTÁLY GYERMEKVÉDELMI IRODA <i>Szabó M</i>	
KÉSZÍTETTE: KÁLMÁNDY-PAP ÁGNES	
PÉNZÜGYI FEDEZETET IGÉNYEL/ <u>NEM IGÉNYEL</u> , IGAZOLÁS: <i>rdni j</i>	
JOGI KONTROLL: <i>Bone</i>	
TÖRVÉNYESSÉGI ELLENŐRZÉS: <i>Dr. Mészár Erika</i> DR. MÉSZÁR ERIKA A JEGYZŐT HELYETTESÍTŐ ALJEGYZŐ	
Városgazdálkodási és Pénzügyi Bizottság véleményezi	X
Humánszolgáltatási Bizottság véleményezi	X
<u>Határozati javaslat a bizottság számára:</u>	
A Városgazdálkodási és Pénzügyi Bizottság/ Humánszolgáltatási Bizottság javasolja a Képviselő-testületnek az előterjesztés megtárgyalását.	

Tisztelt Képviselő-testület!

A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretében megjelent a TÁMOP-5.5.1.B-11/1 kódjelű pályázat. A kiírás fő célja az országos szemléletváltozás előmozdítása a családi szféra társadalmi jelentőségével kapcsolatban, integrált szolgáltatások nyújtásával a fiatal gyermekes családok támogatása - a kötelező önkormányzati alapellátási feladatokat kiegészítő eszközökkel – kis közösségi kezdeményezések, például az ún. „családi erőforrás központok” létrehozása útján. Ez az integrált megközelítés növelheti a szolgáltatásokhoz való hatékony hozzáférést, és a szolgáltatók közötti tudás-megosztást, aminek a nyertesei nemcsak a nagyobb terheket viselő fiatal gyermekes családok lesznek, hanem minden család. Az érdekérvényesítő és önszervező hálózatok szerveződése segíti a családbarát jellegű kezdeményezések, szerveződések létrehozását és működését, erősíti a helyi közösségek tagjai közötti összefogást.

A **pályázat célcsoportjába** tartozhat bármely, a projekt megvalósítási területén élő személy, különösen a gyermekes szülők, házasságkötésre, gyermekvállalásra készülő párok, társkeresés

ÉRKEZETT

2011 DEC 06.

19³⁰

és a felelős párkapcsolati magatartás iránt érdeklődő fiatalok, és más, párkapcsolati, házassági és egyéb családi ügyekben tanácsadást, segítségnyújtást igénylő személyek.

A Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (1085. Budapest, Baross utca 28) pályázati célcsoportja olyan józsefvárosi 0-18 éves kiskorúak és felnőtt hozzátartozóik, akik esetében a gyermek veszélyeztetettsége miatt indokolt a védelemben vétel alkalmazása a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban Gyvt.) vonatkozó szabályai szerint. Ezen belül kicmelten a 0-6 éves gyermeket nevelő fiatal szülők, szocio-terápiás munkába bevonható 5-8 éves gyermekek és hozzátartozóik, szenvedélybetegség kialakulásában veszélyeztetett és/vagy magatartási zavarral élő serdülők, értelmileg akadályozott veszélyeztetett kiskorúak és hozzátartozóik, fogvatartott felnőttek és családjaik. (1. sz. melléklet)

A pályázat benyújtásának határideje 2012. január 6.

A pályázók köre, azon civil szervezetek, melyek 2009. december 31. előtti, jogerős bírósági nyilvántartásba vételi végzéssel rendelkeznek, továbbá éves bevételük 2010-ben az igényelt támogatási összeg legalább 20%-át elérte. Továbbá feltétele, hogy a pályázó igazolni tudja, hogy az általa megjelölt működési területen a pályázat beadását megelőzően legalább 1 éven keresztül a projekt céljához kapcsolódó, ahhoz hasonló tevékenységet végzett.

A Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, amely 1994. évben alakult, (székhely címe: 1085 Budapest, Baross utca 28.; nyilvántartási szám: 4740., Fővárosi Bíróság; végzés száma: 11.Pk.60119/4; az alapítvány képviselője: Oberth József) kérelemmel fordul a Józsefvárosi Önkormányzat Képviselő-testületéhez elvi támogatásért „A családi közösségi kezdeményezések és programok megerősítése” pályázaton való részvételéhez (2. sz. melléklet).

Az alapítvány Józsefvárosi illetékességű, tevékenységét évek óta a Józsefváros kerületében végzi, magas szakmai színvonalon. A pályázatban konzorciumi partnerként dolgoznak még, a Megálló Csoport Alapítvány (1084. Budapest, József utca 49) valamint a Váltó-sáv Alapítvány (1085. Budapest, Pál utca 2), mely civil szervezetek szintén évek óta dolgoznak a józsefvárosi kliensekért kiemelkedően jó szakmai színvonalon.

Pénzügyi, költségvetési hatása a Józsefvárosi Képviselő-testületre a benyújtandó pályázatnak nincs sem közvetett, sem pedig közvetlen módon. Erre vonatkozóan a pályázó alapítvány nyilatkozik. (3. sz. melléklet)

Szakmai javaslat: tekintettel arra, hogy a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány pályázaton történő részvételének támogatása anyagi forrás biztosítását nem jelöl meg a Józsefvárosi Önkormányzat számára, továbbá, hogy a pályázat célja a helyi érdekérvényesítő és önszervező hálózatok szerveződésének segítségével, a családbarát jellegű kezdeményezések, szerveződések létrehozása és működése, mely erősíti a helyi közösségek tagjai közötti összefogást, **javaslom a pályázaton való részvételük támogatását.**

A helyi önkormányzatokról szóló 1990.évi.LXV.törvény 8.§ (1) bekezdése szerint a települési önkormányzat feladata a helyi közszolgáltatások körében különösen; gyermek és ifjúsági feladatokról való gondoskodás; a közösségi tér biztosítása; közművelődési érvényesítésének biztosítása.

Kérem a Tisztelt Képviselő-testületet az alábbi határozati javaslat elfogadására.

HATÁROZATI JAVASLAT

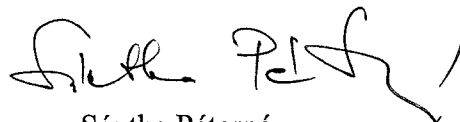
A képviselőtestület úgy dönt, hogy elvi támogatást nyújt a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány TÁMOP. -5.5.1.B-11/1 kódszámú pályázaton való részvételéhez úgy, hogy pénzbeli és természetbeni támogatással nem járul hozzá.

Felelős: polgármester

Határidő: 2011. december 15

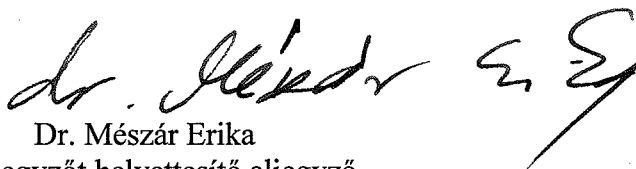
**A döntés végrehajtását végző szervezeti egység: Humánszolgáltatási Ügyosztály
Gyermekvédelmi Iroda**

Budapest, 2011. december. 2



Sántha Péterné
alpolgármester

Törvényességi ellenőrzés:



Dr. Mészár Erika
a jegyzőt helyettesítő aljegyző

Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány

Megálló Csoport Alapítvány

Váltó-sáv Alapítvány

„Civilek a családbarát Józsefvárosért”

című pályázata

TÁMOP-5.5.1.B-11/1,

A családi közösségi kezdeményezések és programok megerősítése

2012. január 6.

Program

Célcsoportok

A program célja, hogy Józsefvárosban élő, krízishelyzetben lévő családok számára olyan csoportterápiás, egyéni konzultációs szolgáltatásokat nyújtson, amelyekkel kezelhetők, mérsékelhetők azok pszichoszociális deficitjei.

A program célcsoportját az alábbi, átfedést is mutató csoportok alkotják:

- védelembe vett kiskorúak és hozzátartozóik,
- családjogi jogsegély ügyfelei és hozzátartozói,
- veszélyeztetett várandós nők terhesgondozása és családgondozása program ügyfelei és hozzátartozói,
- a pályázó szervezetek önismereti és művészeti alapú szocioterápiás programjainak résztvevői.

Védelembe vett kiskorúak

A védelembe vételi eljárás leírása a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló, **1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban Gyvt.)** részét képezi: a jogszabály – **harmadik rész, VIII. fejezet** – egy teljes fejezetet szentel ennek a speciális, kizárólag a gyermekjóléti szolgálatok és a jegyző által ellátandó feladattípusnak.

68. §. (1) Ha a szülő vagy más törvényes képviselő a gyermek veszélyeztetettségét az alapellátások önkéntes igénybevételel megszüntetni nem tudja, vagy nem akarja, de alaposan feltételezhető, hogy segítséggel a gyermek fejlődése a családi környezetben mégis biztosítható, a települési önkormányzat jegyzője a gyermeket védelembe veszi.

(2) A települési önkormányzat jegyzője - a gyermekjóléti szolgálat javaslatának figyelembevételével - védelembe veheti továbbá

- a) a szabálysértési hatóság értesítése alapján a szabálysértést elkövetett fiataalkorút,
- b) a nyomozó hatóság nyomozást megtagadó határozata alapján a tizennegyedik életévét be nem töltött gyermeket,
- c) a rendőrség, az ügyészség, illetve a bíróság jelzése alapján a bűncselekmény elkövetésével gyanúsított, vádolt fiataalkorút.

2010. szeptember 1-től tovább bővült a védelembe vételi eljárás lefolytatásának indokai köre.

68/A. § (1) A gyermek után járó iskoláztatási támogatás teljes összege folyósításának a Cst. 15.§ b) pontjában foglaltak szerinti felfüggesztésével egyidejűleg a települési önkormányzat jegyzője – védelembe nem vett gyermek esetén — elrendeli a gyermek védelembe vételét.

Az iskoláztatási támogatás összegének a felfüggesztésére akkor kerülhet sor, amennyiben a gyermek a tankötelezettségét nem teljesíti, több mint 50 órát mulaszt igazolatlanul az adott tanévben.

Néhány sajátosság, mely a védelembe vételi intézkedést más hatósági intézkedésektől megkülönbözteti:

- A védelembe vétel 0-18 éves korú gyermekeket és azok szüleit, törvényes képviselőit érinti, egy kivételtől eltekintve, melyre a jogszabály 69.§ (3) bekezdése utal;
- A szakemberek azon dolgoznak a védelembe vétel eszközeivel, hogy a gyermek a vérszerinti családjában maradhasson, és ne kerüljön sor a családból történő kiemelésére. Ehhez a gyermek és családja segítséget kap a gyermekjóléti szolgálattól, illetve a családot segítő szakemberektől;
- A gyermek és családja a védelembe vételi határozatban előírt magatartási szabályokat igyekszik betartani, a gyermekjóléti szolgálat kirendelt családgondozójával együttműködni, ellenkező esetben további gyermekvédelmi intézkedésre kerül sor;
- Az eljárás hangsúlyozott célja, hogy a védelembe vétel belátható időn belül megszűnhessen, és a család a saját megoldásaival, eszközeivel élhesse tovább életét. Igyekezzen elkerülni a gyermekekre nézve veszélyeztető magatartást, biztosítsa számára az életkorának megfelelő gondoskodást és nevelést.

A védelembe vétel speciális eljárási lehetőségei miatt – magatartási szabályokra kötelezni szülőt és gyermeket – különös lehetőséget és kihívást biztosít a szakemberek számára a tekintetben, hogy a motiválatlan szülő és gyermeket a kötelezés erejével motiválttá tegye. A jó programban jó szakmával a szakember képes megfordítani a nemkívánatos folyamatot a gyermek és szülője számára. Ezért, minden olyan program, amelybe a szülő és gyermek be van vonva együttesen és akár külön – külön is, egy lehetőség arra, hogy eszközt kapjanak arra – aktív megküzdési stratégiai repertoár--, hogy az életük során felmerülő problémáikat

képesek legyenek megoldani és a pathológiás megoldási eszközeiket maguk mögött hagyva más kapcsolati formát tudjanak kialakítani egymás között és a társadalmi szinten is.

Valamennyi tervezett programba való hatósági kötelezés a gyermek és a szülő együttes érdekét szolgálja.

A program célterületén, Józsefvárosban a védelembé vétel alábbi okai ismertek aktuális ügyekben 2011. novemberben.

Környezeti	Tárgy év (2011.)	Dec.31-én
Környezeti	39	104
Magatartási	146	527
Anyagi	73	249
Szenvedélybetegség	97	159
Fizikai bántalmazás	27	27
Szexuális bántalmazás	3	1
Érzelmi bántalmazás	1	17
Elhanyagolás	203	559

Összesen:
1643

589

Jelen programunk oly módon kapcsolódik a védelembé vétel eljárásához, hogy az eljáró hatóság – a kerületben igénybe vehető gyermekjóléti szolgáltatások mellett, a létszámkorlátokat és a programelemek célját, módszereit stb. figyelembe véve – delegálhatja az érintett kiskorúakat és hozzátartozóikat.

Családjogi jogsegély

A MEJOK 2006. szeptember 8-a óta az 1515. számú jogi segítő szervezet, a Jogi segítségnyújtásról szóló 2003. évi LXXX. törvény (Jst.) alapján („Nép ügyvédje”). Ezen belül elsősorban polgári jogi ügyekkel foglalkozunk, de szükség esetén közigazgatási és büntetőjogi ügyekkel is.

A VIII. kerület, Magdolna utca 43. szám alatti telephelyünkön hetente 2 napon tartunk ügyvédi félfogadást, 2010-ben 2 fő, 2011-ben 3 fő ügyvéd részvételével. Az egyes félfogadásokon döntő részt, bár nem kizárólag, meghatározott jogi területekkel, illetve célcsoportokkal foglalkozunk.

Csütörtöki napon kiemelten kezeljük a pszichiátriai és addiktológiai diagnózissal (is) rendelkező ügyfelek eseteit, míg pénteken elsősorban családjogi és – 2011-től – gyermekjogi ügyekkel foglalkozunk. (A résztvevő ügyvédek közül ketten jelenleg addiktológiai konzultáns hallgatók.)

Mindkét félfogadási napon jellemzőek az alábbi problémák: lakhatás (például: végrehajtás, bérleti jogviszony vagy tulajdonosi viszonyok rendezése), lakásfenntartás (például: rezsitartozásokkal kapcsolatos vitás esetek).

Elsősorban a pszichiátriai diagnózissal is rendelkező ügyfelek körében súlyos problémát okozhat az egészségkárosodáson alapuló ellátások (rokkantnyugdíj, segélyek, járadékok stb.) igénybe vétele, ha a pszichés károsodás miatt a kliens csak részben képes az önálló ügyintézésre, illetve bizonyos betegségeire nem rendelkezik belátással. Hasonlóan gondot okozhat egészségügyi az ellátásban való részvétel, mivel nem mindig az adekvát ellátást keresik, illetve az intézményekkel való kapcsolattartás módja gyakorta nem kielégítő. Ezekben az esetekben a jogsegélyt esetmenedzseléssel, szociális segítségnyújtással kell kiegészítenünk, az eredményes ügyvitel érdekében.

A családjogi (és gyermekjogi) félfogadás(ok)ra jelentkező ügyfelek döntően gyermekelhelyezési és szülői felügyeleti joggal kapcsolatos ügyekben kérnek segítséget, valamint ezekkel szoros összefüggésben jelennek meg a hajléktalansággal kapcsolatos problémák (önkényes lakáshasználat, szívességi lakáshasználat), és a bentlakásos intézményi elhelyezés iránti igény (például családok átmeneti otthona). Különösen a kiskorúakat veszélyeztető helyzetekben, itt is elengedhetetlen az esetmenedzselés és a szociális segítségnyújtás.

2010-ben a jogsegély ügyvédi félfogadását 50 héten, hetente átlagosan 8 óra időtartamban lehetett elérni (összesen tehát 400 órában). Egy ügyfélre átlagosan kb. 55 perc időt fordítottunk, 436 ügyfelet fogadva. Ugyanezen ügyfelekkel, esetmenedzselés, szociális segítségnyújtás keretében további kb. 900 munkaórát fordítottunk. 2010-ben 85 peres eljárásban vettünk részt, valamint 101 esetben – nem ügyvédi – meghatalmazással jártunk el.

Klienseink lakóhely szerinti összetétele:

- 91% Budapest (ennek 76%-a Józsefváros),
- 7% Pest megye,
- 2% Magyarország más területei.

„Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” program

A főpályázó MEJOK 2002 óta tart fenn névtelenül is igénybe vehető addiktológiai szolgáltatásokat Józsefvárosban, azon belül is a – jelenlegi nevén – Magdolna-negyedben. (2007-ben – a szociális törvény változása nyomán – a Józsefvárosi Önkormányzat engedélyezte alacsonyküszöbű szolgáltatás működését, amely engedély 2007. szeptember 21-én lett jogerős.)

A szolgáltatás telephelye Budapest VIII. kerület, Magdolna utca 43. szám alatt látogatható. 2008-ban és 2009-ben hetente 6 napon (40 órát) tartottunk nyitva, 2010 tavaszán ezt 4 állandó napra csökkentettük (20 óra nyitva tartás), ami mellett további egyeztetett időben lehet munkatársainkat megkeresni (+15 óra).

A telephelyen az alacsonyküszöbű szolgáltatás nyitva tartása alatt elérhető a már írt jogi segítségnyújtás, valamint ügyfeleink – igény esetén – anonim jogi tanácsadást is kérhetnek.

2010. április végéig a szolgáltatást kettős célcsoporttal működtettük: egyrészt várandós és gyermeket nevelő nők, másrészt pszichiátriai diagnózissal rendelkező, gyakran hajléktalan ügyfelek részére. 2010. májustól e szolgáltatásunk kiemelt célcsoportja a droghasználó várandós nők, gyermeket nevelő droghasználó emberek, e családok kiskorú tagjai, továbbá a hozzátartozók köre. A profiltisztítás célja az volt, hogy a célcsoport számára mind több, a sajátos ellátási igényekhez igazodó programot alakítsunk ki.

A szolgáltatás esetszáma (kontaktok száma):

év	2008.	2009.	2010.	2011. első félév
kontakt	7318	10770	7638	3805
nyitvatartási nap	300	300	224	112
napi átlag kontakt	24,4	35,9	34,0	34,0

2011-ben továbbra is heti 4 állandó nyitvatartási napon 20 órában tartunk ügyfélfogadást (kedd-péntek, 12-16 óra), illetve minden nap – egyeztetés és szükség szerint – 3-3 órában ügyfeleink egyéni félfogadását tartjuk, vagy külső helyszínen (hivatal, hatóság, szociális, egészségügyi intézmény stb.) járunk el ügyeikben, lehetőleg személyes együttműködésükkel.

Klienseink lakóhely szerinti összetétele:

- 95% Józsefváros,
- 5% Budapest más kerületei.

Klienseink nemek szerinti összetétele:

- 71% nő,
- 29% férfi.

2006-ban a szolgáltatás telephelyén jelent meg a Józán Babák droghasználó szülők önszolgáltató csoportja, amely 2008-ban névadója is lett. Ugyancsak 2008-tól vezettük be az „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programot, amely Magyarországon elsőként és máig egyetlenként célzottan a – legális és/vagy illegális – droghasználatban érintett emberek gyermekvállalásában és szülővé válásában nyújt tapasztalati és professzionális segítséget.

2010. évi munkánkat Oberth József a Józán Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programja című könyvfejezetében a következőképpen mutatja be (részletek):

(...) A Józán Babák Klub ártalomcsökkentő szemléletet képvisel, amennyiben a droghasználat okozta egyéni, közösségi és társadalmi károkat igyekszik mérsékelni, azok egészségügyi, szociális és gazdasági vonatkozásaira is figyelemmel (Rác 2005: 1010). Ugyanakkor, mintha az ártalomcsökkentés fogalmát kiterjesztenénk, munkája középpontjába nem csak a droghasználatot helyezi az ártalom lehetséges forrásaként, hanem azonos súllyal a családi működés rendellenességeit is. Ennek egyik kritikus, sajátos problémákat felvető lehetősége, amikor a fogantatás körül, a várandósság alatt, a szülés idején, vagy újszülött, csecsemő, kisgyermek gondozásakor is jelen van már a szülői droghasználat.

Munkánk itt nem csak a felnőtt kliens, hanem magzata, később újszülöttje, csecsemője, kisgyermek gondozására, érdekeinek képviseletére is irányul, vagyis a felnőtt ügyfelünk és a szolgáltató kapcsolatán túl, egy harmadik szereplő is megjelenik. E szereplő nézőpontját és érdekeit, lévén ő maga azok önálló kinyilvánítására képtelennek, vagy részben képtelennek mutatkozik, elsősorban droghasználó ügyfelünkkel közösen tudjuk érvényesíteni, és leginkább a vele való együttműködés, közös cselekvés minősége lesz meghatározó az eredményt illetően. Legfontosabb partnerünknek tehát felnőtt droghasználó kliensünket tekintjük.

Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás

A Józán Babák Klub józsefvárosi ügyfélszolgálatán 2008-ban kezdődött meg egy modellprogram kialakítása. Az „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” általános célja segítséget nyújtani droghasználatban érintett emberek gyermekvállalásában, családalapításában, kiemelten az aktuálisan várandós nők, vagy újszülöttet, csecsemőt gondozó szülők részére. A program egy háromlépcsős modell, az alábbi szintekkel:

1. A jelentkező várandós nő vagy legfeljebb 1 éve szült édesanya kapcsolatot vehet fel a Józán Babák önszolgáltató csoport korábban droghasználó tagjával, aki tájékoztatást nyújt számára a választható szolgáltatásokról.

A terhesség alatt jelentkező nő, ha állapota nem egyértelmű, helyben elvégzett terhességi teszttel, vagy egészségügyi dokumentummal igazolhatja terhességét. Névtelen szakmai szolgáltatásaink igénybe vétele előtt a dokumentumról helyben másolatot készíthet, és a másolatot törölheti személyi azonosító adatait, amelyek helyett a továbbiakban egy álnevet vagy kódot használhat.

2. A Józán Babák Klubban álneven önszolgáltató, orvosi, jogi, szociális, lelki szolgáltatásokat kereshet fel. Kérésére a Józán Babák önszolgáltató csoport egy tagja kíséri őt. A várandós nő vagy édesanya átlagosan nyolc alkalommal, ha legalább 60 perces szakmai tanácsadáson vesz részt, alkalmanként 3000 Ft (háromezer forint) értékű adományt kap.

3. Kérésére, a várandós nőt segítjük felkeresni a normál terhesgondozást (védőnő, háziorvos, szülésznőgyógyász), illetve az édesanyát bármely egészségügyi, szociális, jogi ellátást, ahová – igény és lehetőség szerint – a Józán Babák önszolgáltató csoport tagja elkíséri őt.

A potenciális ügyfelek az elsődleges tájékoztatáskor, a fentiek mellett, szórólapon és az interneten önszolgáltató csoportokhoz és anonim szakmai tanácsadásokhoz kapnak elérhetőségeket:

Kapcsolatfelvétel

Józan Babák droghasználó szülők önszolgáltató csoport ügyelete:

- személyesen szerdán, csütörtökön, pénteken 12 és 16 óra között Budapest VIII. kerület, Magdolna utca 43. szám alatt,
- telefonon (naponta 12 és 18 óra között) a +36-70-389-28-18-as számon,
- elektronikus levélben az oaoa@jozanbabak.hu címen.

Névtelen tanácsadások

- Minden szerdán, 12 és 16 óra között: Dr. Parádi József neurológus, pszichiáter, pszichoterapeuta.
- Páratlan héten pénteken, 13 és 16 óra között: Dr. Olawuyi Sámuel szülész-nőgyógyász.
- Minden pénteken, 13 és 16 óra között: Dr. Hittig Beatrix ügyvéd (családjog, gyermekjog).
- Általános információ: Oberth József, +36-20-912-71-62.

E modell alakításában elsősorban a Józan Babák önszolgáltató csoportban meglévő személyes tapasztalatok, valamint az ügyfelek véleményei, igényei, javaslatai jelennek meg, és ezek összehangolása történik a rendelkezésre álló szakmai, igazgatási és finanszírozási lehetőségekkel. (...)

Kiegyensúlyozott tájékoztatás és konzultáció

A droghasználó várandós nők már említett, az egészségre ható következményeket illető hibás kockázatbecslése nem egyedülálló jelenség. Hasonló magatartást figyeltek meg serdülőkorúaknál, akik egyes kockázatok felismerésében és értékelésében irreálisan optimisták lehetnek (Pikó 2007: 6).

A serdülőknél a „torzult kockázatbecslés” alapja a reális értékelést akadályozó egocentrikus viselkedés. „Az ismeretek, a magatartás és az attitűd, azaz jelen esetben a kockázatesztelés között ugyanis nem mindig egyértelmű és erős a kapcsolat (Bettinghouse 1986). Ha valaki dohányzik, ugyanakkor az ismeretei megvannak arról, hogy a dohányzás káros az egészségre, kognitív disszonancia keletkezik benne, amit csak akkor tud feloldani, ha 1., abbahagyja a dohányzást vagy 2., a kockázatot némileg tagadja, azaz magára nézve kevésbé tartja a dohányzást veszélyesnek. A hátrító mechanizmusok tehát mintegy bagatellizálják a problémát, elfedik a kockázat valódi mértékét, ami viszont elősegíti a magatartás huzamosabb fennmaradását.”

A terhesség alatt a saját anyai szerepre vagy az egészséges magzati fejlődésre vonatkoztatva gyakran találkozhatunk ilyen irreálisan optimista („nem érhet baj!”) közlésekkel. Ha azonban a várandós nő bagatellizálja, vagy mintegy sorsszerűen elkerülhetőnek látja a droghasználatból adódó veszélyeket, annál kevesebb oka lesz foglalkozni a valós kockázatokkal.

A Józan Babák Klub önszolgáltató munkatársai, akik rendszerint elsőként találkoznak egy-egy jelentkező várandós nővel, a kapcsolat felvételétől kísérletet tesznek arra, hogy elősegítsék realitásos kockázatértékelését, és közvetlen célokat, mindenekelőtt az anyai alkalmasság elérését és egészséges gyermek születését tűzzenek ki. Ebben, helyzetükből adódó eszközként, a bagatellizáló magatartás ellentétéként, felvállalhatják és beszélhetnek korábbi droghasználatukról, ami terhességük időszakát is érintette, elmondhatják, milyen ismereteket szereztek a drogok előidézte kockázatokról, végül szólhatnak a gyermekük egészségét támogató és anyai alkalmasságuk elérését segítő lépéseikről, életvitelük megváltoztatásáról.

Az önszolgáltatók személyes példája és ismertetése néha hitelesebb a kismama számára, mintha szakmai ismeretekről hallana. A szakmai tájékoztató ugyanis, ha egyáltalán találkozik ilyenekkel az érdeklődő,

beszámolóik szerint, többnyire egyoldalúan negatív kilátásokat sorol (Oberth 2009: 93–94.). Ezekben a várandós nő részint irreális optimizmusa miatt általában nem hisz, részint majd' mindig több ellenpéldát képes felsorolni (X barátnő, ismerős is hozzá hasonlóan használt azonos fajta drogokat, mégis egészséges gyermeket szült), ami a negatív hangsúlyú tájékoztatást hitelteleníti. Az önségítők ezzel szemben nem csak negatív kilátásokat ismertetnek, hanem droghasználat mellett született egészséges gyermekek születését éppúgy felhozzák, mint az általuk megismert, egészségkárosodással járó eseteket, vagyis kiegyensúlyozott képet igyekeznek festeni. Emellett az anyai szerep elsajátításában szintén támaszt nyújthatnak, akár már gyakorló édesanyák számára is, párkapcsolati, gyermeknevelési, szexuális, higiéniai és más kérdésekről beszélgetve.

Az önségítés szerepe az ellátásszervezésben

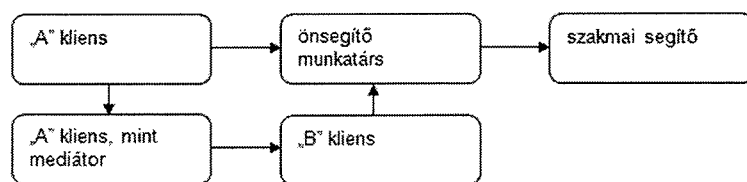
Önségítő munkának nevezem az olyan segítségi formát, amely a saját személy vagy élethelyzet megismerését és/vagy változását célozza. Ide értve továbbá a más személyre is irányuló sorstárssegítést, illetve az úgynevezett tapasztalati segítői tevékenységet is, amelyek a saját épülést szolgáló egyirányú folyamatból, a más személyének nyújtott támogatással, kétirányú folyamatot hoz létre, mégpedig azon feltétel teljesítésével, hogy a segítő és a segített ember korábbi vagy jelenlegi élethelyzetében meghatározó azonosság (például droghasználat, vagy droghasználat terhesség alatt stb.) állapítható meg.

Tapasztalatunk szerint, ahogy később számszerűen is látni fogjuk, az önségítők hatékonyabbak a kapcsolatok felvételében, akár új ügyfelekkel, akár korábbi, droghasználó emberekkel fenntartott kapcsolatrendszerük mozgósítása miatt, továbbá a kliensekkel való rendszeres kapcsolattartásban, és elsősorban ők képesek a saját vagy más szervezetben elérhető szakmai szolgáltatások iránti bizalom megteremtésére.

A Józan Babák Klub esetében különbséget tehetünk a szolgáltatásban hivatásszerűen dolgozó önségítő emberek, és azok között, akik elsősorban ügyfeleink, de ismeretségi körükből más segítséget igénylő embereket vonnak be, egyfajta mediátorként. Ezt mutatja az 1. számú ábra:

1. ábra: Droghasználó kliens kvázi mediációja

1. számú ábra:



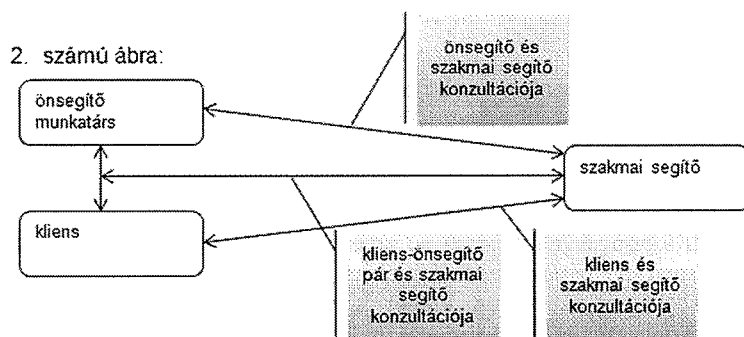
Az önségítők, azon keresztül, hogy többekkel rendszeres kapcsolatot tartanak fenn, elsődlegesen értesülnek krízishelyzet, vagy más szakmai beavatkozást igénylő helyzet kialakulásáról. Ez egyaránt vonatkozik a kvázi mediátori szerepet betöltő ügyfélre, és a szolgáltatásban munkavállalóként dolgozó önségítőre. A válság kialakulásának gyors észlelése alkalmat adhat a lehető legkorábban történő beavatkozásra.

A szakmai segítők főként krízishelyzetek kezelésében emelkednek ki. Lényeges körülmény, hogy ezen szolgáltatások (ügyvédi tanácsadás és képviselő, pszichiátriai, szülészeti-nőgyógyászati tanácsadás, pszichoterápia, szociális munka stb.) rendszeres félfogadások alatt és helyben érhetőek el. Vagyis a segítséget kérő embert nem csupán átirányítani tudjuk más intézménybe, hanem egyes területeken azonnal ellátásba kerülhet.

A szakmai szolgáltatás igénybe vétele gyakran úgy történik, hogy a foglalkoztatott önségítő, természetesen ilyen irányú kérésre és egyetértésben, a segítséget kérővel közösen keresi fel a szakembert. A kísérő ekkor általában már tisztában van a beavatkozást igénylő helyzettel, továbbá annak előzményeiről is tájékozott lehet. E többletismeret szakemberrel való közös megosztása megkönnyítheti

az aktuális probléma felmérését, a beavatkozás módjának megválasztását, az adekvát kezelés kivitelezését (2. számú ábra).

2. ábra: Droghasználó kliens, önsegítő és szakmai segítő munkatárs konzultációs kapcsolatai



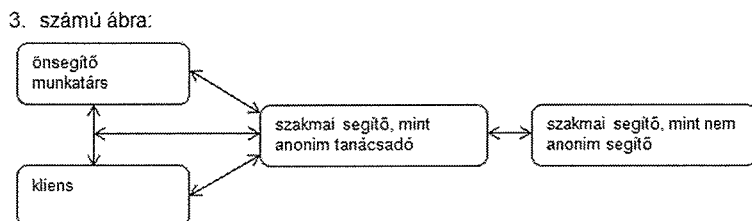
(...)

Alacsonyküszöbű ellátásról lévén szó, a szakmai ellátások biztosítják az anonimitást. Ugyanakkor, mivel a közreműködő szakemberek nem anonim ellátást nyújtó intézményekben is dolgoznak, ha a kliens ezt kéri, más keretek között folytathatják munkájukat.

Konkrétan, például az anonim tanácsadó nőgyógyászt ambuláns egészségügyi munkahelyén is fel lehet keresni, miután a vele való megismerkedés és akár többszöri konzultáció az alacsonyküszöbű ellátásban már megtörtént. Ilyen esetben az ambuláns ellátásban, ahol rendszerint kevés idő áll a segítséget kérő személyének, problémáinak, élethelyzetének megismerésére, egy már ismert helyzet kezelésére lehet vállalkozni. Így az orvos nem csupán eseti feladatokkal, például fogamzásgátlással, fertőzés kezelésével, vagy mással foglalkozhat, hanem a személy komplex ellátásában vehet részt, az aktuális beavatkozást folyamatos ellátás elemeként értékelve.

Kiragadott esetként, a Józán Babák Klub egyik kliense, aki már tíz abortuszon ment keresztül, és további terhességeit sem kíváná megtartani, ugyanakkor prostituáltként/szexmunkásként dolgozik, jelenleg az általunk adományozott spirállal védekezik, amit nőgyógyász tanácsadónk ambuláns rendelésen helyezett el. A beavatkozást megelőzően az alacsonyküszöbű szolgáltatás tanácsadásán kapott tájékoztatást a fogamzásgátlás lehetőségeiről, ugyanott tudott tapasztalatot cserélni más nőkkel, majd helyben egyeztette az előzetes szűrővizsgálathoz, illetve magához a beavatkozáshoz szükséges teendőket, s végül az általa már jól ismert orvost kereshette fel (3. számú ábra).

3. ábra: Egészségügyi ellátásba kerülés lehetséges útja



A Józan Babák Klub gondozási programja áttekintéséhez a továbbiakban a 2010. év eseményeit veszem alapul, illetve kiemelten annak utolsó negyedévéét, amikor klienseink körében kutatást is végeztünk.

Jelentkezők

Az Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás programba 2010-ben 55 fő jelentkezett.

- Közülük alkalmi látogatónak tekinthető 9 fő telefonáló, valamint 14 fő olyan nő, aki kizárólag terhességi tesztet kért, és nem adott jelzést a teszt eredményéről. A telefonálók elsősorban olyan szolgáltatások (például nőgyógyászati rendelés) iránt érdeklődtek, ahol – lakó környezetüktől távol – ismertethették volna helyzetüket, számítva arra, hogy így droghasználatuk személyes környezetükben nem válik ismertté.
- 3 fő esetében nem az anya, hanem – az anya szülői jogának korlátozása miatt – más törvényes képviselő (2 esetben az apa, 1 esetben a nagymama) vette igénybe a rendszeren anyáknak nyújtott egyes szolgáltatásokat (pszichiátriai tanácsadás, jogsegély stb.).
- 1 fő esetében a külföldön tartózkodó fiatal édesanya jogsegély ügyében kezelőorvosa járt el.
- 28 fő személyesen jelentkezett ügyfélszolgálatunkon, mint aktuálisan várandós, 2009-ben vagy 2010-ben szült, vagy (spontán/művi) vetélésen átesett nő.

E 28 fő közül:

- 50% (14 fő) volt várandós.
- A várandós nők közül – más okból – 4 fővel korábban is kapcsolatban álltunk már, 10 fővel nem;
- A várandós nők 85,7%-a (12 fő) volt gondozatlan terhes;
- A gondozatlan terhes nők közül, miután tájékoztatást kaptak, 7 fő önállóan jelentkezett terhesgondozáson (1 fő szült 2010-ben, 1 fő várhatóan 2011-ben fog, 1 főnél spontán vetélés történt), vagy más egészségügyi ellátást kért (4 fő abortusz), 4 fő esetében szolgáltatásunk hozta létre a sikeres ellátási (klinikai) kapcsolatot, 1 fő esetében ez eredménytelennek bizonyult (a várandós nő nem jelentkezett újból).
- A 28 jelentkező közül 2009-ben 35,7% (10 fő), 2010-ben 25% (7 fő) szült, míg 2011-ben várhatóan 10,7% (3 fő) fog szülni.
- 2010-ben 3,5%-uknak (1 fő) spontán, 25%-uknak (7 fő) művi vetélése volt.

Szociodemográfiai adatok, droghasználati jellemzők

A programban 2010. negyedik negyedévében résztvevő nők közül 16 fővel szociodemográfiai és szerhasználati jellemzőket felmérő kérdőívet vettek fel és félig strukturált életút-interjút (9) készítettek a Józan Babák Klub munkatársai. A kérdőív eredményeit az 1. és a 2. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. Interjúban részt vett nők szociodemográfiai adatai (n=16)

Életkor	28,37 (20-36) év
Családi állapot	50% (8 fő) egyedülálló, 6% (1 fő) házas, 31% (5 fő) partner/élettársi kapcsolat, 6% (1 fő) egyéb (völegény), 6% (1 fő) nem tudja, nem válaszol.
Foglalkozási helyzet	31% (5 fő) munkanélküli, álláskereső, 12% (2 fő) munkanélküli, nem keres állást, 25% (4 fő) teljes időben háztartásbeli, 6% (1 fő) rokkantnyugdíjas, 6% (1 fő) egyéb (alkalmi tanítás), 12% (2 fő) nem tudja, nem válaszol.
Jövedelemforrás	6% (1 fő) fizetett állás, fizetés, vállalkozás, 25% (4 fő) segély, 31%

	(5 fő) házastárs, család, barát tartja el, 25% (4 fő) áruk adás-vétele (seftelés), 6% (1 fő) lopás, 50% (8 fő) gyermektámogatás, 31% (5 fő) prostitúció, 12% (2 fő) egyéb: gyerekartás, rokkantnyugdíj, 12% (2 fő) nem tudja, nem válaszol.
Származás	56% (9 fő) magyar, 50% (8 fő) cigány, 6% (1 fő) román.
Együttélés	6% (1 fő) senkivel, egyedül, 6% (1 fő) házastárssal, 25% (4 fő) partnerrel, 19% (3 fő) szülővel/szülőkkel, 44% (7 fő) saját, 18 év alatti gyerekekkel, 19% (3 fő) más családtaggal, 12% (2 fő) egyéb: rossz barátok, női szálló.
Iskolai végzettség	19% (3 fő) kevesebb mint 8 általános, 25% (4 fő) 8 általános, 6% (1 fő) befejezetlen szakmunkás, szakközépiskola, 6% (1 fő) befejezett gimnázium, 12% (2 fő) befejezett szakmunkás, szakközépiskola, 6% (1 fő) OKJ-s képzés, 6% (1 fő) befejezetlen főiskola, egyetem, 6% (1 fő) főiskola, egyetem, 12% (2 fő) egyéb: 10 osztály, szakiskola.
Lakhatás	31% (5 fő) saját tulajdonú lakásban, 25% (4 fő) más lakásában, 25% (4 fő) önkormányzati lakásban, 6% (1 fő) hajléktalanszállón, 6% (1 fő) utcán, 6% (1 fő) egyéb: CSÁO.
Alkoholfogyasztás	70% (11 fő) nem jellemző, 31% (5 fő) alkalmanként fogyaszt alkoholt.
Dohányzás	56% (9 fő) egy doboz vagy több naponta, 31% (5 fő) kevesebb mint egy doboz naponta, 12% (2 fő) nem dohányzik.
Tartós betegség	50% (8 fő) (vérszegénység, méhnyakrák, pszichiátriai betegségek).
Gyermekek száma	6% (1 fő) 4 gyermek, 6% (1 fő) 3 gyermek, 31% (5 fő) 2 gyermek, 31% (5 fő) 1 gyermek.
Terhesség tervezése	25% (4 fő) tervezett, 69% (11 fő) nem tervezett, 6% (1 fő) nem tudja, nem válaszol.
Abortusz	69% (11 fő) volt, 37,5 % (6 fő) több (6%, 1 főnek 10 db), 31% (5 fő) nem volt.
Spontán vetélés	37,5 % (6 fő) volt, 19% (3 fő) több is, 62,5% (10 fő) nem volt.

2. táblázat. Interjúban részt vett nők (n=16) droghasználati jellemzői

	Használat valaha	utóbbi 30 napban	utóbbi 30 napban injektálva
Marihuána	100% (16 fő)	56% (9 fő)	-
crack	12% (2 fő)	-	-
Kokain	56% (9 fő)	12% (2 fő)	6% (1 fő)
Heroin	87,5 % (14 fő)	19% (3 fő)	6% (1 fő)
Amfetamin-heroin	50% (8 fő)	6% (1 fő)	6% (1 fő)
Felírt metadon	12% (2 fő)	6% (1 fő)	-
Utcai metadon	81,2% (13 fő)	6% (1 fő)	-
Suboxon	12,5% (2 fő)	-	-
Más opiátok	37,5 % (6 fő)	-	-
amfetamin	100% (16 fő)	87,5 % (14 fő)	81,2% (13 fő)
Egyéb: LSD	25% (4 fő)	6% (1 fő)	6% (1 fő)
Egyéb: Mephedron	31% (5 fő)	25% (4 fő)	19% (3 fő)

(...)

3. táblázat. A programban megjelent nők (n=28) kapcsolatfelvételének módjai

„ÉRKEZÉSI ÚTVONAL”	IGÉNYBE VEVŐ	
	személyes ismeretségeken keresztül	11 fő
más szociális és gyermekjóléti szolgáltatón keresztül (Baptista Szeretetszolgálat, Evangéliumi Pünkösdi Közösség rehabilitációs otthona, Kék Pont Alapítvány, II. kerület Gyermekjóléti Szolgálat, III. kerületi Családsegítő Szolgálat)	6 fő	21,42%
egészségügyi szolgáltatón keresztül (MÖSZ Drogambulancia, OORI Addiktológiai Gondozó)	4 fő	14,28%
más saját szolgáltatás felől (önsegítő csoport ügyelete, szociális munka)	4 fő	14,28%
utcaról	2 fő	7,14%
internet (www.jozanbabak.hu)	1 fő	3,57%

A program látogatói a következő anonim szolgáltatásokat vették igénybe 2010-ben a Józan Babák Klubban, a már ismerttetett háromlépcsős ellátási modellben:

4. táblázat. A programban megjelent nők (n=28) által igénybe vett szolgáltatások

TEVÉKENYSÉG	IGÉNYBE VEVŐ	
szociális (adományozás)*	24 fő	85,71%
Józan Babák droghasználó szülők önsegítő csoportja*	15 fő	53,57%
szociális (ellátásszervezés)	12 fő	42,85%
jogi	9 fő	32,14%
nőgyógyászati tanácsadás	6 fő	21,42%
pszichoterápia (krízis)	5 fő	17,85%
addiktológiai (orvosi) tanácsadás	3 fő	10,71%
* önsegítők által nyújtott szolgáltatások		

A 4. számú táblázat alapján megállapíthatjuk, hogy a jelentkezők elsősorban önsegítők által nyújtott szolgáltatásokat vesznek igénybe. Ezek közül legnépszerűbb az adományozás, amikor főleg a már megszületett gyermek részére pelenkát, tápszert, gyógyszert kap az ügyfél, vagy például önmaga számára ruhát. Mások személyes problémákat is megbeszélnek, jellegzetesen napi eseményeket: droghasználatról, családi konfliktusokról, a születendő vagy már megszületett gyermekkel való viszonyról, és így tovább.

Az önsegítő csoporttal való találkozás ebben az esetben nem azt jelenti, hogy egy-egy meghirdetett gyűlésen találkoznak emberek, hanem az önsegítők közül két-három fő hetente legalább három napon ügyeletesként a teljes nyitva tartás időben jelen van, segítőként dolgozik, így egyes emberekkel, vagy ritkábban néhány fős rokonokból, barátokból álló csoportokkal beszélgethet.

Az adományozás és az önsegítővel való találkozás teljes egészében nem választható szét: gyakori, hogy egy betérő nő a számára szükséges javakat kérni és életeseményeiről beszélgetni is érkezik.

Mivel az önsegítő szolgáltatások segítségével a Józan Babák csoport tagjai csaknem a célcsoport egészével rendszeres kapcsolatot alakítanak ki, lehetőségük nyílik az ügyfél, és esetlegesen gyermeke

állapotát nyomon követni. Ennek köszönhetően hamarabb felismerhető valamely kialakuló vagy már létrejött válsághelyzet, ami szakmai segítői beavatkozást igényelhet.

Korábban kitértem rá, hogy a programmal való kapcsolatfelvételben fontos szerepet játszanak azok a sorstárs droghasználók, régebbi ügyfelek, akik új ügyfelet hoznak személyes ismeretségükből. Itt lényegében ez a mediátor szerep ismétlődik, csak most a rendszeres kapcsolatot tartó önségítő személy válik alkalmassá közvetíteni a szakmai szolgáltatások irányába, amiben az ügyféllel felépített bizalmas viszonyára támaszkodhat.

Krízishelyzet kezelésében legkönnyebben azoktól a szakemberektől lehet tanácsot kérni, akik a Józan Babák Klubban dolgoznak, vagyis ott, ahol a Józan Babák csoport önségítő ügyeletes találkozik a klienssel, így nem szükséges más helyszínre irányítani a segítségre szoruló embert, hanem helyben és rövid idő alatt ellátásba lehet vonni.

A programban szakmai szolgáltatások közül főként szociális, ezen belül is ellátásszervezéssel kapcsolatos közreműködést kértek a válsághelyzetben lévő ügyfelek. Jellegzetesek voltak a lakhatással összefüggő gondok (például szállás keresése), ami várandós vagy gyermeket nevelő nő számára kiemelten veszélyesek lehetnek, valamint a szülészet-nőgyógyászati ellátás szervezése. Ez utóbbi többnyire az azonnali kórházi kapcsolatfelvételre irányult, mivel – 2010-ben – a várandós ügyfelek 86%-a gondozatlan terhes volt, jelentkezéskor a terhesség 10–27. hetében, ezen belül a gyermeküket megszüülő nők a terhesség 22–27. hetében, így – tekintettel a droghasználatból is adódó kockázatokra – többnyire az azonnali kórházi jelentkezés és kivizsgálás tűnt indokoltnak.

Ezt követte a jogi szolgáltatások igénybe vétele. Itt főként gyermek-elhelyezési, illetve újfent a lakhatással (például végrehajtás késleltetése vagy elkerülése) kapcsolatos ügyek kerültek elő.

Végül az orvosi szolgáltatások következnek, így a nőgyógyászati vagy addiktológiai kérdésekben nyújtott tanácsadás, illetve a pszichoterápia eszköztárában megjelenő kríziskezelés és konzultáció.

Ehelyt meg kell jegyezmem, hogy az orvosi ellátás iránti helyben jelentkező igény nagyobb esetszámot feltételezne, azonban a lehetőségeket komolyan behatárolja a kapacitás szűkössége, a rendelési idők korlátozottsága.

Ahogy az 5. táblázatban bemutatom, a program látogatói egyes egészségügyi ellátásokat a Józan Babák Klub közreműködésével vettek igénybe (ellátási kapcsolat felvételével, egyes alkalmakkor személyes kísérettel, de ide nem értve, ha az ellátás igénybe vételéhez kizárólag információt nyújtottunk a kliens részére).

5. táblázat. A programban megjelent nők (n=28) által igénybe vett szolgáltatások

EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS	IGÉNYBE VEVŐ	
szülész-nőgyógyász*	9 fő	32,14%
addiktológiai	1 fő	3,57%
védőnői	1 fő	3,57%
házi orvosi	1 fő	3,57%
* Megjegyzés: 4 fő esetében volt szükséges személyszállítás saját gépjárművel.		

A külső, partner intézmények által nyújtott ellátások felkeresése kapcsán egy fontos tapasztalatot kell kiemelnem. Bármely más – általunk is ellátott droghasználói – célcsoporttal összevetve, 2010-ben, de korábban is, a várandós és a gyermeket nevelő droghasználók körében kiemelkedő együttműködési készség volt tapasztalható a nem anonim szociális vagy egészségügyi ellátások igénybe vételében. Ez mind az ellátásba kerülés arányában, mind az azonnaliság teljesülésében tetten érhető, hiszen a legtöbb felmerülő válsághelyzet nem enged hosszas mérlegelést. Különösen akkor, ha valaki gondozatlan terhesként, mint fentebb láttuk, a 22–27. terhességi hétben jelentkezve kér segítséget, elengedhetetlen, hogy rögtön vagy legfeljebb néhány napon belül adekvát ellátásba kerüljön.

Fentebb már idéztem, hogy jelentkezésükkor az aktuálisan várandós nők 86%-a gondozatlan terhes volt, ellenben az alacsonyküszöbű szolgáltatás közvetítésével 93%-uk eljutott a terhesgondozás valamely szereplőjéhez, miután tájékoztatást kapott, vagy ezen túl konkrét ellátási kapcsolathoz jutott. Ez a várakozáson felül kedvező arány leginkább annak volt köszönhető, hogy ebben a helyzetben a jelentkező

nők elsőbbséget biztosítottak magzatukról szóló döntésüknek; ha művi vetélés mellett döntöttek, annak időbeli korlátozottsága miatt érhető a gyors együttműködés, de ez nem változott meg akkor sem, ha a 22–27. terhességi hétben érkezők magatartásáról volt szó. (...)

A 28 fő ellátott nő közül 17 fő 1–4 18 év alatti gyermekkel élt együtt 2010-ben, akik közül a legfiatalabbak 6 hónaposak, a legidősebb 17 éves, míg átlagos életkoruk 43,5 hónap volt.

15-en hajléktalanként éltek, ami alatt azt értjük, hogy vagy közterületen (1 fő), vagy hajléktalanellátó intézményben (1 fő), vagy foglalt lakásban (1 fő) éltek, vagy szivességi lakáshasználóként (12 fő) tartózkodtak „otthonukban”. A szivességi lakáshasználók között 9 fő élt együtt 11 fő 18 év alatti gyermekkel, akik átlagos életkora 40,4 hónap (6–96 hónap) volt. (...)

(Oberth József. A Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás” programja. In: Gyermekvállalás és droghasználat. Kaló Zsuzsa, Oberth József (szerk.). MEJOK – Józan Babák Klub. 2011: 116-143)

2011. december 31-éig, előre láthatóan, az éves személyes gondozotti létszám 60 főre emelkedik, ami az előző évi adat kb. 214%-a.

E létszámon felül, a program szolgáltatásaiban megjelennek nem droghasználat miatt résztvevő nők; 2011-ben várhatóan további 25-30 várandós, újszülöttet, kisgyermeket nevelő nő keresi fel anonim szociális, nőgyógyászati, családügyi tanácsadásainkat.

A projekt szakmai tartalma és módszertani megvalósítása

A MEJOK Alapítvány, a Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás szolgáltatásaiban szerzett tapasztalatokra alapozva, 2011. június 15-én megjelentette Gyermekvállalás és droghasználat című szakmai ajánlását (a továbbiakban: Szakmai ajánlás). E dokumentum elsősorban alacsonyküszöbű szolgáltatások számára készült, de legtöbb elemét más szociális vagy egészségügyi keretben működő szolgáltatásban is lehet alkalmazni, illetve nem csupán droghasználó, hanem viselkedésszavaros, vagy egyéb okból marginalizált emberek esetében is.

A Szakmai ajánlás tartalmazza azokat az alapvető módszertanokat, amelyek alapján jelen programunkat is összeállítottuk. Az alábbiakban a szöveget rövidítve és szerkesztve ismertetjük. Teljes terjedelmében ezen a linken olvasható: <http://jozanbabakonyv2011.blogspot.com/p/7-41-szakmai-ajanlas.html>.

Gyermekvállalás és droghasználat - szakmai ajánlás alacsonyküszöbű szolgáltatások részére. Készítette: Dr. Csorba József, Dr. Demetrovics Zsolt, Kaló Zsuzsa, Kovács Virág, Máté Zsolt, Oberth József, Prof. Dr. Rácz József, Dr. Szemelyácz János. Szerkesztette: Oberth József. Lektorálta: Prof. Dr. Buda Béla.

(...)

2. A droghasználó várandós nők és szülők ellátásának dilemmái

Szülői vs. magzati/gyermeki érdekek. Az ellátás elsősorban arra irányul, hogy megteremthető legyen a droghasználó szülő és magzata/gyermek minél inkább egészséges, kiegyensúlyozott lelki, szellemi, erkölcsi, testi fejlődése, családi egysége, együttélése. A droghasználó ember az ellátást nyújtó személy, szervezet partnere, akivel egyenrangú félként működik együtt. A magzat/gyermek érdekeit általában nem lehet a szülő érdekei ellenében képviselni, vagy azzal szembeállítani. Bármely - vélt vagy valós - érdekellentét esetén, célszerű azonnali szakmai segítséget igénybe venni, egyidejűleg mérlegelve a szolgáltatást igénybe vevő ember(ek), az addiktológia, a szülészet-nőgyógyászat, más egészségügyi, valamint a szociális és gyermekvédelmi szakterületek ismereteit, javaslatait. Egy érdekellentét feloldására rendszerint nincsenek „egyszerű”, csak összetett, (gondozási, ellátási) folyamatként értelmezhető válaszok.

Terhesgondozás vs. addiktológiai ellátás. Bármely droghasználó várandós nő esetében figyelembe kell venni, hogy a segítői kapcsolatot legtöbbször csak a születendő gyermek érdeke miatt veszi igénybe, a droghasználatát célzó addiktológiai ellátásra nincs szüksége, vagy annak igénybe vételére aktuálisan nem motivált. Ilyen esetben azokat az - esetlegesen szükséges - addiktológiai beavatkozásokat érdemes ajánlani, és addig a mértékig, amelyek a gyermekvállalás segítését szolgálják, s ezt a szempontot a használó tudomására kell hozni, az egyes beavatkozások indokoltóságát vele együtt kell mérlegelni.

Absztinencia vs. ártalomcsökkentés. A várandós nő számára ajánlott bármely drog használatától tartózkodni, azonban ha ezt nem tudja, vagy nem akarja tenni, a részére nyújtott tanácsadás célja a mértékletesebb, biztonságosabb, minél kevesebb ártalmat feltételező használat elérése. Különösen fontos figyelembe venni, hogy terhesség idején a droghasználat abbahagyása mind a kismamára, mind a magzatra nézve jelentős egészségügyi kockázattal jár, így azt csakis felkészült orvosi ellátás mellett lehet megkísérelni, az ellátást végző személy(zet) alapos tájékoztatása után.

Bizonyíték vs. valószínűség. Mivel egyes, különösen újonnan megjelenő drogok vonatkozásában nem áll rendelkezésre bizonyíték arról, hogy milyen hatással vannak a magzati, vagy hosszabb távon a gyermeki fejlődésre, ha bizonyíték nem ismert, az ellátásban érdemes közölni, hogy az egyes szerek fogyasztása kockázattal jár, optimális esetben semleges lehet, de semmiképpen nem javítja a magzati/gyermeki fejlődési kilátásokat. A használó tehát nem feltétlenül okoz hátrányt magzatának/gyermekének, ugyanakkor optimális fejlődéséhez mégis azzal járulhat a leginkább, ha a feltételezhető, valószínűsíthető kockázatokot is a legnagyobb mértékben mérsékli.

Beteg/függő vs. nem beteg/függő. Nem függő droghasználó nők esetében a terhesgondozásban való részvételt, illetve a terhesgondozást végző személyek droghasználatról való tájékoztatását nehezíti a szenvedélybeteg-státusz indokolatlan megállapítása, illetve a használó részéről annak jogos elutasítása („Nem vagyok drogos!”). Nem függő nő esetében teljes mértékben kerülni kell az addiktológiai betegséget megállapító, vagy arra utaló közlést!

Ugyanakkor még diagnosztizálható pszichoaktív szer-dependencia mellett is kerülendő a betegség egyoldalú kinyilvánítása. Ennek oka lehet, hogy ha a függőség feltételei fennállnak is, az érintett személy önmaga nem mindig ismeri el vagy fel azok meglétét. De lehetséges az is, hogy a függőség elutasítása valamely következménnyel (például jogkövetkezménnyel) kapcsolatos félelemmel magyarázható.

Bármilyen mértékben vagy módon történő droghasználatról csakis úgy folytassunk párbeszédet, hogy az ne hátráltassa a magzat/gyermek, illetve a szülői alkalmasság elérése érdekében végzett munkát, hanem azzal összhangban álljon, és ne rontsa, hanem javítsa a felek közötti bizalmi alapú együttműködési készséget!

Stigmatizáció vs. segítői attitűd. Magyarországon a társadalom leginkább elutasított tagjai a kábítószer-használó és az alkoholfüggő emberek. Feltehető, hogy ezen túl extrém mértékben elutasítottak a várandós droghasználó nők. Ez az attitűd kifejezetten hátráltatja a segítő kapcsolatok kialakulását, ezért a segítő

szolgáltatónak lehetőleg tudatnia kell a droghasználó várandós nővel a vele kapcsolatos elfogadását, ami a segítség kérésének és elfogadásának is feltétele.

Szakember vs. laikus segítő. A szakmai segítség igénybe vételét gátló lehetséges tényező a hivatásos segítőkkal szembeni esetleges bizalmatlanság. Ezzel párhuzamosan, a segítségkéréshez szükséges bizalom fennállhat önsegítő (sorstárssegítő, tapasztalati segítő, kortárssegítő) ember iránt. Így bármely kapcsolati formában (személyesen, telefonon, elektronikus levélben stb.) kívánatos, hogy a kapcsolatfelvételben, a tájékoztatásban, az ellátás folyamatában olyan önsegítő személy is szerepet vállaljon, aki részt vett már terhesgondozáson, és/vagy droghasználati tapasztalata is van.

Abortusz vs. gyermekvállalás. Az alacsonyküszöbű szolgáltatásnak nem feladata állást foglalni az abortusszal összefüggő bármely kérdésben.

A várandós nő kérésére azonban közreműködhet minden olyan önsegítő/tapasztalati segítő, lelki (világi vagy hitéleti), szociális, egészségügyi szolgáltatás elérésében, amely segít dönteni a gyermek vállalásáról. Ugyanígy, segítséget nyújthat a várandós nő számára a családi kapcsolatok kezelésében (például családi konzultáció megtartásával, családjogi tanácsadással), ahol lehet, hozzájárulva a család elfogadó, támogató attitűdjének, esetleg tevékeny közreműködésének kialakításához.

Kompetenciahatárok vs. esetmenedzselés. Várandós vagy szülői feladatokat ellátó droghasználó ember és magzata/gyermeké ellátására célszerű az alacsonyküszöbű szolgáltatásban esetmenedzsert kijelölni, mivel az ellátási folyamat igen összetett, gyakran gyors beavatkozást igénylő helyzeteket idéz elő, s egy-egy helyes döntés meghozatalához az eset alapos és egészes ismerete szükséges.

Nem mindig elegendő, ha különböző szakmákat képviselő segítő (orvos, szociális munkás, jogász stb.) saját kompetenciahatáraiton belül megfelelően végzik el feladataikat, hanem az ellátás teljességének kell kielégítő eredményt adnia. Mivel a résztvevő segítő eltérő szakterületeken dolgoznak, általában több intézményben (például alacsonyküszöbű szolgáltatás, drogambulancia, védőnői szolgálat, kórház, jogsegély-szolgálat stb.), tevékenységüket egy esetmenedzsernek előnyös összehangolnia, illetve a segítői folyamatot átfogóan értékelnie és szerveznie.

Az esetmenedzser tevékenységéhez elengedhetetlen lehet írásbeli meghatalmazás, amivel - jogszerűen - az ellátottal kapcsolatos információk, dokumentumok birtokába kerülhet, más intézményekkel konzultálhat, azokkal együttműködve ellátást szervezhet.

Az egyes szakfeladatok (például terhesgondozás, ambuláns ellátások stb.) rövidebb időszakokat vesznek igénybe, az alacsonyküszöbű szolgáltatás közreműködése viszont hosszabb, akár éveken át tartó időszakot is felölelhet, vagyis míg a különböző ellátási tevékenységek szakaszosak lehetnek, addig az esetmenedzseri tevékenység folyamatosságot biztosíthat. Egy fragmentált ellátórendszerben továbbá gyorsabb átjárhatóságot, rugalmasabb munkát lehet elérni az egyes segítői tevékenységek alkalmazásakor.

Az önállóság segítése vs. személyes közreműködés. A segítő célja főként annak támogatása, hogy a droghasználó ember minél nagyobb önállósággal képviselje érdekeit, kezelje problémáit, ügyeit, így ne is avatkozzon be életvezetésébe túlzott gondoskodással, felelőségek, elvégezhető feladatok felesleges átvállalásával. Ugyanakkor a várandós vagy kisgyermeket nevelő droghasználó ember, helyzetéből következően, másoknál nagyobb mértékű személyes segítségnyújtásra szorulhat. Jelentős nehézséget okozhat számára például egyes szolgáltatások (orvosi ellátás, szociális, hivatali ügyintézés stb.) elérése, javak (ruházat, élelem stb.) megszerzése a megváltozott (várandós) állapot miatt, vagy mert az újszülöttet, kisgyermeket más személy (például hozzátartozó) rövid időre sem tudja felügyelni. Ezek mérséklésére olyan segítség (szállítás autóval, személyes kísérő részvétele, gyermekfelügyelet szervezése, adományok gyűjtése stb.) megadása is indokolt lehet, amelyeket más személyek számára nem biztosítanánk. A segítségnyújtás indokoltságának mérlegelésénél, módjának megválasztásánál figyelemmel kell lennünk a magzat/gyermek szempontjaira is, mivel ő azokat egymaga nem vagy csak igen korlátozottan tudja képviselni.

Egyéni ellátás vs. hozzátartozók bevonása. Az ellátás során törekedjünk a droghasználó szülő családi és más hozzátartozói kapcsolatainak mobilizálására, amennyiben részvételük segítheti a sikeres gyermekvállalást. Ez különösen fontos azokban az esetekben, amikor az édesanya és/vagy az édesapa nem képes gyakorolni szülői jogait, és e feladatok ellátásában nagyszülő vagy más hozzátartozó helyettesítheti őket.

A hozzátartozókat ajánlott családi konzultációra vagy esetkonferenciára hívni, de mindenképpen olyan körülmények között kell tisztázni részvételük módját, amelyek a droghasználó szülő számára nyilvánosak és támogatottak, és a hozzátartozó részvételét illető konszenzuson nyugszanak, vagy ahhoz vezetnek.

Amennyiben a hozzátartozó és a droghasználó szülő között nincs egyetértés, vagy kifejezett ellenérdekeltség jelenik meg (például egy kismama megtartaná terhességét, de családja ellenzi azt, és abortuszt javasol a számára), a szolgáltató elsődleges feladata a szülő és magzata/gyermek támogatása, amit a folyamatban egyértelművé kell tennie.

Elvart vs. ösztönzött motiváció. A hatékony segítség egyik fontos feltétele, hogy a jelentkező személy motivált legyen, azaz önként kérjen és fogadjon el segítséget. Általában igaz, hogy a motivált állapot kialakulását nem köti időbeli korlát. Ez azonban nem igaz a gyermeket váró nő, vagy a szülő esetében, mivel droghasználata jelentősen befolyásolja magzata/gyermek fejlődését is, illetve e hatás kötött időszakban (például a terhesség alatt) érvényesül. Így a segítség kérése és nyújtása többnyire halaszthatatlanná válik. Az azonnaliság igénye és az önkéntes igénybe vétel szempontja ellentmondásba kerülhet, ha a szülő aktuálisan nem kellően motivált. Ennek feloldására ajánlott olyan ösztönzőket (például motivációs díjként adományt, étkezési utalványt stb.) felajánlani, amelyeket azonnali jutalomként kaphat meg a segítségnyújtó szolgáltatásokra jelentkező személy. Ilyen esetben érdemes valamely meghatározott tartalmú szolgáltatás rögzített ideig tartó igénybe vételéhez (például 60 perces konzultációhoz, egy meghatározott ellátási forma felkereséséhez stb.) kötni a díjat.

3. Droghasználó várandós nők, szülők és gyermekeik ellátásának feladatai és eszközei

3.1. Segítői gyakorlat a Józan Babák Klubban

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás feladata lehet segíteni a gyermekvállalásra való felkészülést.

Mivel droghasználó várandós nők (és apaként, férfiak) körében inkább jellemző a nem tervezett terhesség előfordulása, a felkészülés iránti igényt többnyire önmagában fel kell kelteni, akár egyéni konzultációk során, akár csoportosan látogatható ismeretterjesztő előadások megtartásával, vagy szórólapok segítségével stb.

Az információk nyújtása olyan elemi ismeretekre is irányul, mint például a terhesgondozás folyamatának bemutatása, annak ingyenessége, a gyermekvállalással kapcsolatos szociális ellátások (például pénzbeli juttatások, szociális intézményi elhelyezések stb.) közlése.

Az egyes érdeklődők esetében előzetesen fel lehet mérni a gyermekvállalással összefüggő – egészségügyi, szociális, jogi – kockázatokat, amelyek megelőzésére, mérséklésére a szolgáltatáson belül (például egyéni tanácsadás, konzultáció alkalmával, családi konzultáció szervezésével stb.), vagy azon kívül (például szűrővizsgálatok szervezésével, anyaságra, szülővé válásra felkészítő tanfolyamok szervezett látogatásával stb.) egyaránt lépéseket tehetünk.

Ugyancsak segítheti a felkészülést, ha az érdeklődő már korábban gyermeket vállalt droghasználó emberekkel, vagyis sorstársakkal kerülhet kapcsolatba, megismerve személyes tapasztalataikat.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás kiemelt feladata lehet a nem kívánt terhességek megelőzése. Ennek érdekében, főként fiatal kliensek számára nélkülözhetetlen az elemi szexuális ismereteket is magába foglaló tanácsadás, lehetőleg a tanácsot kérővel hasonló életkorú és azonos nemű segítő közreműködésével.

Lényeges feltétel a fogamzásgátlással kapcsolatos tanácsadás, ellátásszervezés, illetve eszközök (óvszer, spirál stb.) biztosítása. A fogamzásgátlás alkalmazásánál figyelmet kell fordítani világnézeti, vallási, kulturális szempontokra, szokásokra is, vagy azt például egyeztetni lehet szükséges ügyfelünk partnerével is.

A szexuális tanácsadás, illetve óvszer biztosítása szerepet játszik a szexuális úton terjedő fertőző betegségek (STD) megelőzésében. Ezekkel összefüggésben azonban a tanácsadás nem csak a fertőzés, továbbfertőzés megelőzésére terjedhet ki, hanem arra is, hogy az egyes fertőzések milyen módon befolyásolhatják a gyermekvállalást.

Mind a droghasználat, mind az egyes fertőző betegségek vonatkozásában gyakori hiedelem, hogy az megakadályozza a fogantatást. Ugyanilyen hiedelem, hogy egyes fertőzéseket (például Hepatitis-C) az anya mindenképpen átad az utódnak. Ezekről és hasonló kérdésekről a szolgáltatás szóban és írásban (például szórólapokon) egyaránt tájékoztasson!

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásnak általában, de a gyermekvállalással kapcsolatban nevesítve is ajánlott többféle, az anonimitást megőrző kapcsolatfelvételi lehetőséget biztosítani a potenciális jelentkezők számára.

Krízishelyzet jelzésére, továbbá elsődleges kapcsolatfelvételhez ajánlott minden napon elérhető telefonszámot és elektronikus levelezési címet fenntartani.

Figyelembe kell venni, hogy az információt kérő nők jelentős része a terhesgondozás szereplőivel nem beszélnek droghasználatukról, hanem laikus ismerősök tapasztalataiból, újságokból, könyvekből, az interneten, anonim csatornákon keresztül tájékozódnak.

Megkeresés alkalmával gyakori, hogy mintegy a terhesgondozáson való részvétel helyett kér információt a droghasználó nő. Ilyenkor egyértelművé kell tenni, hogy a terhesgondozást az ismeretterjesztés semmilyen módon nem helyettesíti, valamint pontos információkat kell adni a segítségkérés lehetőségeiről, a megfelelő egészségügyi és szociális ellátók eléréséről.

Általános kérdések megválaszolására célszerű az interneten található szakmai információforrást ajánlani. Az internet alkalmas továbbá droghasználó nők terhesgondozással és általában a gyermekvállalással kapcsolatos tapasztalatainak közzétételére (például anonim élménybeszámoló, interjúk írásban, videón stb.), ami az aktuálisan várandós nő elszigeteltségét oldhatja („Nem vagy egyedül a problémáddal!”), és kiválthatja a kapcsolatfelvétel iránti érdeklődését.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás ügyfelei számára ajánlott ingyenes terhességi tesztet biztosítani, különösen azoknak a nőknek, akik fogamzásgátlás nélkül rendszeres szexuális életet élnek.

A szolgáltatásnak fel kell készülnie arra az eshetőségre, ha a kliens tesztje pozitív (akár helyben, akár máshol végezte), és elsőként kell tanácsot adni a várandós nő számára. Ekkor kívánatos, hogy a tájékoztatásban, tanácsadásban olyan személy is szerepet vállaljon, aki részt vett már terhesgondozáson, és/vagy droghasználati tapasztalata is van.

A segítő személynek ebben a helyzetben a szokottnál is fontosabb elfogadásáról biztosítania a jelentkező nő. Sőt, ez nem csak a várandós nő jelen állapotára kell vonatkozzon, hanem arra is, ha már eldöntötte, megtartja vagy nem tartja meg terhességét. Célszerű egyúttal tudatosítani, hogy döntése önálló, aminek meghozatalához emberi támogatást és szakmai konzultációt egyaránt igénybe vehet.

Terhesség esetén, az első alkalommal érdemes tisztázni, miben vár, illetve miben fogad el segítséget a jelentkező. Mindenképpen hasznos bemutatni a terhesgondozás szereplőit, folyamatát, amiről írásbeli tájékoztatót kell mellékelni. Tájékoztatni kell a terhesgondozás ingyenességéről, mivel az nem mindenki számára ismert. Lehetőség szerint, ha a jelentkező egyetért, haladéktalanul kapcsolatba kell lépni a terhesgondozás valamely szereplőjével.

Ajánlott előzetesen munkakapcsolatot kialakítani védőnővel, szülész-nőgyógyással (járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban egyaránt), illetve - amennyiben van - kórházi szociális munkással, akik emberileg és szakmailag alkalmasak és vállalják droghasználó várandós nő kezelését. Ugyanígy, szükséges lehet addiktológiai, pszichiátriai vagy más közreműködő bevonása.

A terhesgondozásban és a szülés körül, mint ellátásszervezési feladatban, majd például egy esetleges gyermekvédelmi eljárásban megkönnyíti a hatékony részvételt, ha a szolgáltatás munkatársa e feladatokra, vagy ezek valamelyikére írásbeli meghatalmazással rendelkezik.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás anonim ellátási forma, de a kliens írásban, meghatalmazással azonosíthatja magát, illetve megbízást adhat egyes feladatokban való közreműködésre. A meghatalmazott számára így lehetővé válik esetmenedzseri szerep betöltése, melynek során különféle szociális, egészségügyi, jogi, hatósági szervezetekkel kerülhet kapcsolatba.

Az esetmenedzser szerepkörét - az alacsonyküszöbű ellátáshoz közel eső - szenvedélybeteg közösségi ellátásában is ismerjük (Buda és munkatársai 2008). Az esetmenedzser az egyes ellátási tevékenységek

összehangolásával, szolgáltatások koordinálásával foglalkozik, a közte és a kliens között létrejövő bizalom és „hatalommal felruházó (empowering)” kapcsolat alapján. „Az esetmenedzselés lehetséges céljai: az individualizált gondozás; az intézmények közti együttműködés révén a források elérésének átfogó, koordinált és folyamatos biztosítása; a gondozás flexibilitása, az elérhetőséget akadályozó adminisztratív akadályok megszüntetése; az átláthatóság és outreach (megkeresés) biztosításával a gondozás hatékonyságának növelése.”

Az esetmenedzselés igénye alacsonyküszöbű szolgáltatásban főleg akkor merül fel, ha a kliens más - nem alacsonyküszöbű - szolgáltatással nem áll kapcsolatban, olykor ilyen kapcsolatot nem is szeretne kialakítani, illetve - például a korábban kialakult együttműködés tapasztalata miatt, vagy más kliens ajánlására - az alacsonyküszöbű ellátás iránt van megfelelő bizalommal.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás számára indokolt lehet jogi segítői kapacitást igénybe venni. Erre, ügyvéd által nyújtott szolgáltatásként (tanácsadás, okiratszerkesztés, peres képviselet), lehetőséget biztosít a Jogi segítségnyújtásról szóló 2003. évi LXXX. törvény, amely - rászorultsági alapon - ingyenes jogi szolgáltatások elérését teszi lehetővé. A jogi segítő mind a kliens, mind a segítő/esetmenedzser számára fontos partner lehet érdekek képviseletében.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás, amennyiben ehhez kliense írásban hozzájárul, kezdeményezőleg léphet fel hozzátartozók, más szakemberek, szervezetek bevonásával folytatott esetkonferencia megrendezésében. Ebben mintául szolgálhat a gyermekvédelem jogi szabályozása, amely „lehetőség szerint a családot és a családdal foglalkozó szakembereket is bevonva, esetkonferencia, egy adott család ügyében tartott megbeszélés” lehetőségét írja le.

Esetkonferencia összehívását igényelheti, ha az ellátórendszer szereplőivel való megbeszélés másként indokolt, és a kliens - főként a kialakult bizalmi kapcsolat miatt - ebben akkor válik résztvevő partnerré, ha az az alacsonyküszöbű szolgáltató jelenlétében, akár annak helyén zajlik.

Továbbá az alacsonyküszöbű szolgáltató aktív szerepvállalása mellett szól, hogy az ellátórendszer más szereplői (terhesgondozásban, gyermekvédelemben stb.) sok esetben nem rendelkeznek addiktológiai szakértővel, vagy ilyen közreműködőt másként nem tudnak bevonni, illetve a klienssel kapcsolatban, kiemelten is addiktológiai szempontból nem rendelkeznek elegendő ismerettel.

Az ellátás folyamán szükség lehet személyi kíséret és/vagy szállítás megszervezésére, biztosítására. Ezt a szolgáltató maga is végezheti, de önszervezők és hozzátartozók részvételére is támaszkodhat. Figyelembe kell venni, hogy egyes esetekben a droghasználó nő csak akkor vesz részt az ellátásban (ellátási események sorozatában), ha kísérője folyamatosan mellette van. Bár más helyzetben ez túlzó gondoskodást jelenthetne, várandósság alatt, a magzat érdekére (is) tekintettel, indokoltá válhat.

Az adományozás célja elsősorban a magzat/gyermek és az anya egészséges fejlődésének (például ételmiszer, vitamin, meleg ruházat stb.), illetve a család együttélésének kialakításához és fenntartásához elengedhetetlen javak (például gyermekágy, pelenkázó stb.) biztosítása.

Az adományozás során saját készletet és más segítő szervezetek készleteit egyaránt fel lehet használni, a szolgáltató feladata elsősorban a rászoruló (szegény, hajléktalan emberek stb.) és szükségleteik megismerése, az adományozás szervezése, lehetőleg önkéntesek, önszervezők közreműködésére is támaszkodva.

Adományozásra elsősorban akkor van szükség, ha másként nem lenne biztosítható az újszülött/kisgyermek családban élése, megfelelő fejlődése, vagyis az ellátásához szükséges feltételek hiánya például máshol való elhelyezéséhez vezetne.

Mind várandós nő (és partnere), mind szülő és gyermeke számára kívánatos olyan klubszerű szolgáltatásokat kínálni, amelyeket speciális helyzetekben, együttesen is igénybe tudnak venni.

Várandós nő számára akár a nyugodt pihenés is komoly segítség lehet, ha máshol ezt nem tudja megoldani, vagy ugyanígy „civil” társaság jelenléte, hogy legyen kivel megosztani, megbeszélni élethelyzetéből adódó kérdéseit, tapasztalatait.

Szülők, de különösen nők (így aktuálisan is várandós nők) számára gondot okozhat ellátás igénybe vétele, ha gyermeküket rövid időre sem tudják más gondjaira bízni, amiért eleshetnek számukra szükséges segítségektől. Ezért, ha a szolgáltatás keretében megoldható, érdemes olyan helyiséget kialakítani, ahol a gyermek felügyelet mellett töltheti idejét (például játszhat). Szintén szükség lehet pelenkázóra, illetve olyan helyiségre, ahol a gyermeket szoptatni lehet.

Az újszülöttet, kisgyermeket gondozó szülők között szerencsés ösztönözni a szolidáris akciókat. Előfordul, hogy egymást régebben ismerő gyermekes nők közösen keresik fel az igényelt ellátást, akik

egymás gyermekét is felügyelik, mialatt társuk egyéni szolgáltatásban vesz részt (ruhák mosásától egy szakemberrel folytatott konzultációig). Az ilyen társulások, személyes szövetségek nagyban könnyíthetik az ellátások rendszeres elérését, illetve alapját jelenthetik egy-egy krízishelyzet jelzésének is, ha a válságban lévő szülőről ismerősei hoznak hírt.

A rendszeres kapcsolat kialakítása elemi érdek, amely lehetővé teszi mind a szülő, mind a gyermek hosszabb távú nyomon követését, folyamatos gondozását, a válsághelyzetek elhárítását, illetve felismerését és kezelését.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás közvetlen (adminisztratív, szervezeti stb.) támogatást nyújthat olyan használói, kortárs, hozzátartozói stb. közösségek szervezett és rendszeres tevékenységéhez, amelyek - lényegében a segítői funkciónak megfelelően - önálló kapacitással vehetnek részt a szolgáltatás működtetésében, együttműködve annak személyzetével. Ez egyben az aktívvá váló közreműködők reintegrációjaként, reszocializációjaként is szolgálhat.

3.2. Ajánlott szakmai segítői tevékenységek

Az alábbiakban olyan szakmai beavatkozásokkal foglalkozunk a szociális munka, a pszichoterápia, a konzultációk, tanácsadások, a szocioterápiák köréből, amelyek megvalósíthatók egy-egy alacsonyküszöbű szolgáltatás működési feltételei között is.

Szociális munka

Szociális munka az a professzionális tevékenység, amely segíti az egyéneket, csoportokat és közösségeket, azok társadalmi működési kapacitásának javításában vagy helyreállításában, és e cél eléréséhez kedvező feltételeket teremt. (Gosztonyi – Pik 1998: 143)

Bartlett szerint a szociális munka célja az, hogy az egyén és a társadalom működésében javulást érjen el, amely által az egyén képessé válik saját erejéből megbirkózni az élet kihívásaival a természetes támaszok felhasználásával.

A szociális munka úgynevezett szakmaközi szakma (Woods 1994: 36), amely számos tudomány - különösen a pszichológia, a jog, a szociológiai és társadalompolitika - területéről integrál ismereteket. A jól képzett szociális munkás ökológiai, holisztikus orientáltságú, biopszichoszociális látásmódja, az új módszerek adaptálása terén mutatkozó rugalmassága, esetkezelési készsége miatt meghatározó szerepet játszhat az addiktológiai problémákkal küzdő emberek segítésében. (Lásd még: Kelemen Gábor – Csákiné Király Livia 2004: 69!)

(...)

Terápia, konzultáció, tanácsadás

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásban alkalmazható terápiák, konzultációk, tanácsadások körét a gyakorlati feltételek jelentősen behatárolják.

Változó, hogy az egyes alacsonyküszöbű szolgáltatások személyzete milyen kompetenciával rendelkezik, illetve milyen tárgyi feltételek állnak rendelkezésére.

Lényeges szempont, hogy a szolgáltatás kliensei esetileg, rendszertelenül jelenhetnek meg, vagy rendszeresen, de kevés alkalommal, így gyakoribb, hogy csak rövid beavatkozásra nyílik lehetőség. (Egyes tevékenységek alkalmával, főként megkereső munkában, utcán vagy más közterületen, foglalt lakásban stb., sokszor nemcsak rövid idő áll a segítő rendelkezésére, de még négy szemközt sem beszélhet kliensével.)

A szolgáltatásban résztvevő emberek igen eltérő addiktológiai, és esetenként ahhoz társult problémákkal rendelkezhetnek, pár-, családi- és más szociális kapcsolataik változatosak, sok esetben hiányoznak e kapcsolatok, vagy a meglévőkön keresztül szintén addiktológiai problémás emberekhez kötődnek.

Mivel az alacsonyküszöbű szolgáltatások egyik fő célja az ellátatlan kliensekkel való kapcsolatfelvétel, ennek érdekében a segítő feladata alkalmazkodni az adott körülményekhez. Természetesen, ez a rugalmasság addig a mértékig lehetséges, ameddig a terápiás vagy konzultációs munka megőrizheti funkcióját.

Bármely terápia, konzultáció vagy tanácsadás igénybe vételéhez ajánlott állandó időszakot megadni, legalább a heti rendszerességet biztosítva. Ez egyaránt vonatkozik az állandó helyen, jellemzően saját intézményben, és a külső helyszíneken, akár közterületeken végzett munkára.

Az alkalmazható terápiák, konzultációk, tanácsadások köre az alacsonyküszöbű szolgáltatás szakmai programjához, stratégiájához igazodik, amennyiben az kijelölhet például preferált csoportokat (szerhasználat módja, életkor, nem stb. szerint), meghatározhat színtereket, de alkalmazkodhat például a földrajzi terület egyéb szociális, egészségügyi ellátottságához, egyes segítő tevékenységek elérhetőségéhez is.

Pszichoterápia

A pszichoterápia, a vonatkozó szakmai irányelv szerint (a továbbiakban: Pt.i.), lélektani eszközökkel végzett kezeléssorozat, amelyben a klienssel erre megállapodás történik, és ez a terápia képezi a fő kezelési eljárást. A kezelés ülésekben zajlik, melyek időtartama és gyakorisága kötött. (Pt.i.: 5.)
Pszichoterápiás tevékenységet kizárólag az irányelvben meghatározott képesítéssel lehet végezni.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásban leggyakrabban alap-pszichoterápiák alkalmazására kerülhet sor, amilyen a pszichoterápiás krízisintervenció, a pszichoterápiás konzultáció, a szupportív pszichoterápia.

A pszichoterápiás krízisintervenció pszichésen veszélyeztető állapotban lévő személy(ek) célzott vizsgálata és kezelése, amelynek célja a veszélyeztető állapot megszüntetése, illetve megfelelő szakmai ellátása, 1-3 ülésben, az adott helyzet szükségletei szerint, előre nem tervezhetően. Pszichoterápiával megoldható krízisek esetén javasolt, további krízismegelőzéssel. Hospitalizáció vagy pszichiáter/pszichoterapeuta szakorvoshoz való irányítás válhat szükségessé. (Pt.i.: 7.)

A pszichoterápiás konzultáció egy adott probléma vagy tünet rövidtávú megszüntetése pszichoterápiás eszközök felhasználásával. Javallata és ellenjavallata megegyezik a pszichoterápia általános indikációival és kontraindikációival. Időtartama 1-4 ülés. Kimenete az aktuális tünet, probléma megszüntetése, elfogadtatása, és a konzultációból való elbocsátás. (Pt.i.: 7.)

A szupportív terápia - pszichoterápiás betegvezetés pszichoterápiás szemlélettel vezetett célzott beszélgetésekből áll, melyek a kliens problémáinak felismerését, életvezetési nehézségeinek megoldását, egyéb kezeléseinek segítségét és kiegészítését szolgálják. Csatlakozhat osztályos vagy ambuláns pszichoterápiához is, követési jelleggel. Javasolt osztályos kezeléseknél pszichoterápiás betegvezetés, ambuláns kezelésnél követés, kapcsolatfenntartás; kiegészítésként más alapkezelés (például farmakoterápia) mellett. Szakpszichoterápia helyettesítésére nem alkalmas. Időtartama alkalmanként fél-egy ülés, hetente vagy ritkábban, legfeljebb 100 ülésen. (Pt.i.: 7.)

A pszichoterápia gyermekvállaláshoz való kapcsolódásakor a terápia célja lehet:

Krízisintervenció esetén: 1.) a gyermekvállaláshoz kapcsolódó helyzet felismerése, főként kevés bizalommal rendelkező, hiányos, töredezett közlésekkel kommunikáló klienssel való találkozáskor; 2.) adekvát egészségügyi ellátás meghatározása; 3.) az ellátásba kerülés támogatása, a szolgáltató ellátásszervezési kapcsolatrendszerére és gyakorlatára támaszkodva.

Konzultáció esetén: 1.) a felmerülő probléma vagy tünet megszüntetése; 2.) esetleges szociális vagy egészségügyi szükségletek meghatározása; 3.) az ellátásba kerülés támogatása, a szolgáltató ellátásszervezési kapcsolatrendszerére és gyakorlatára támaszkodva.

Pszichoterápiás betegvezetés esetén: 1.) a beavatkozás főként azon kliensek esetében indokolt, akik az alacsonyküszöbű szolgáltatóval tartanak fenn elsődleges ellátási kapcsolatot, például bizalmi okból, és más ellátó szervezettel hasonló kapcsolatot nem kívánnak kialakítani; 2.) a munkát célszerű esetmenedzselés mellett végezni.

Konzultáció, tanácsadás

A konzultáció olyan kapcsolat, amelyben a segítő arra törekszik, hogy segítse kliensét eldöntendő problémáinak megértésében és megoldásában. A konzultáció során a kliens megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan alakítsa viselkedését, hogyan kezelje érzelmeit, indulatait. A segítő a kliensek fejlődési és szituatív problémáinak megoldásában nyújt segítséget. (Személyácz és munkatársai 2008: 6.)

A pszichoszociális tanácsadás használja a konzultáció eszközeit, de a segítség során a szociális kontextus figyelembevétele kiemelt hangsúlyt kap. A pszichoszociális segítő intervenció rendszerszemléletű megközelítésben foglalkozik a segítségkérővel. A segítségkérő nem feltétlenül a szenvedélybeteg vagy az addiktológiai problémával küzdő, hanem lehet hozzátartozó (barát, családtag, munkatárs stb.) is. A pszichoszociális tanácsadás célja ismeretek átadása, az önértékelés erősítése, az életvitel, a magatartás, a kapcsolatok, kapcsolatrendszerek megváltoztatása, az erőforrások feltárása. (Személyácz és munkatársai 2008: 6.)

Az alacsonyküszöbű szolgáltatásban igény jelentkezhet családi részvétellel, esetleg más hozzátartozók bevonásával tartott konzultációra, tanácsadásra, különösen a gyermekvállalást támogató helyzetekben, illetve célzott programokban. Ennek feladata lehet, hogy a család tagjai közösen foglalkozzanak problémáik felismerésével, megértésével, megoldásával, és közös döntéshozatalukkal, valamint szociális feladataik kezelésével.

E tevékenység nem helyettesíti a családterápiát. Ugyanakkor a családterápiára vonatkozó ellenjavallatot itt is érvényesnek kell tekinteni.

Szocioterápiás elvű programok

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások - legalábbis a jelen hazai gyakorlatban - szociális szolgáltatások, így evidens módon alkalmazhatnak szocioterápiás eszközöket. Ezek megtervezésében irányadók lehetnek az adott alacsonyküszöbű szolgáltatás szakmai céljai és programja, valamint A szocioterápia szakmai irányelvei (a továbbiakban: Szt. i.).

„A szocioterápia lényege: a humán tevékenységek teljes skáláját felölelve, a társas kapcsolatok dinamikájára építve, a szociális tanulás és a kreatív önmegvalósítás elősegítése.” (Szt.i.: 393.)

A szocioterápiák a személyiség kibontakozását, differenciálódását, társas viszonyainak dinamizálását szolgálják. A hierarchikus jellegű segítő-kliens (orvos-beteg, terapeuta-beteg stb.) kapcsolat helyét a partneri viszony váltja fel, amelyben a kliensek nem passzív tárgyai a segítői tevékenységnek, hanem a segítség aktív, kreatív, kezdeményező résztvevői.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások általánosságban arra törekszenek, hogy kapcsolatot tudjanak teremteni másként - fennálló addiktológiai problémájuk miatt - ellátásban részt nem vevő emberekkel, az önkéntesség és az anonimitás elvének érvényesülésével. Mivel egy közösségi- vagy csoportfolyamat e feltételekkel - például személyi összetételében - korlátozottan befolyásolható, elsősorban a szocioterápia azon formáit lehet alkalmazni, amelyek rugalmas keretek között is betölthetik szerepüket.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások főleg alkotó, öntevékeny programokhoz jelenthetnek megfelelő helyszínt. Az ajánlott szocioterápiás tevékenységeket a segítői részvétel, illetve az öntevékenység mértéke szerint felosztva is leírhatjuk:

1.) Aktívabb segítői részvétellel zajló programok

A szabadidő strukturált eltöltését célzó, „élménycentrikus, a személyiség kreatív-alkotó erőit felébresztő és fejlesztő, az individualizáció kibontakozását és a hatékony viselkedés elsajátítását célzó” foglalkozásterápiák, heti 2-3 esetben, egyenként egy-másfél órás időkeretben, 15-30 alkalommal. (Szt.i.: 397.)

Kreatív és művészeti terápiák, amelyek aktív változata „művészeti igényű alkotások létrehozására irányul, ahol azonban a játékos és teremtő mozzanatok a jelentősek, az elkészült mű színvonala másodrendű

kérdés”. Ilyenek például: biblioterápia; képzőművészeti terápia; színjátszás-terápia; zeneterápia; játékkerápia; mozgásterápia; kombinált foglalkozásterápia. (Szt.i.: 397-400.)

2.) Inkább öntevékeny, de partneri segítői részvétellel zajló programok

A klubterápia olyan „öntevékenyen működő csoportok, amelyek a szabadidő hasznos kitöltésére szerveződnek, ahol az alapvető cél a kötetlen, kellemes, felüdítő társas együttlét biztosítása, emellett különböző programok szervezésével, kreatív tevékenységek gyakorlásával tartósíthatók a pezsgő, változatos együttlétek”, jellemzően hetente 1-2 alkalommal, a délutáni, koraesti időszakban, 2-4 órában. A szakmai személyzet bármelyik tagja - háttérben maradva - tanácsadó szerepet tölthet be, de az öntevékenység biztosítása céljából vezető szerepet nem vállalhat. (Szt.i.: 404-405.)

A klubterápiás programok számára a szolgáltató biztosíthat eszközöket, infrastruktúrát, szervezési kapacitást stb., a munka folyamán szem előtt tartva azt a célt, hogy a résztvevő kliensek minél nagyobb mértékben önállóuljanak, távlatilag akár teljesen önszerveződő közösségeket alakítsanak.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások szakmai irányelve (Szemelyácz és munkatársai 2008: 6.) tartalmazza a klubszerű szolgáltatás lehetőségét, amit „az intézmény célkitűzéseinek megfelelően, kliensforgalma, valamint a felmerülő igények” alakíthatnak. „Rendszeres, rögzített időpontban, időtartamban, nyílt keretben működik. Az intézmény elsősorban a kereteket és a feltételeket biztosítja”.

A szocioterápiás elven működő programok jól illeszkedhetnek a gyermekvállalást támogató szolgáltatásokhoz. Akár a várandósság ideje alatt, akár gyermek gondozásakor, a droghasználó nők, szülők számára hasznos közösségi együttlétekhez teremthetjük meg a feltételeket, akár oly módon is, hogy a szolgáltatást gyermekeikkel együtt kereshetik fel. A szülő kíséretében érkező kiskorúak számára külön helyiséget kell biztosítani, ahol megfelelő eszközök (főként játékok) állnak rendelkezésükre, valamint a személyzet részéről fokozott felügyelet, a gyermekekkel foglalkozó külön ügyelő(k) kijelölése indokolt. A kiskorúakat fogadó helyszínen azonos időben csak olyan ügyfélforgalom bonyolítható, amely nem idéz elő biztonsági kockázatot, a kliensek körét erre az időre - a biztonság előtérbe helyezésével - korlátozni kell.

A szolgáltatás a szocioterápiás programokon keresztül rendszeres kapcsolatot alakíthat ki szülőkkel és gyermekekkel. Ennek jelentős haszna lehet krízishelyzetek megelőzésében, már kialakult krízisek felismerésében, a hatékony, főleg válsághelyzetben rövidebb idő alatt elérhetővé váló szociális és egészségügyi ellátások szervezésében, mind a szülő, mind a kiskorúak, mind a család egésze számára. Ezek a járulékos tevékenységek annál is fontosabbak, mert a professzionális (szociális, gyermekvédelmi, egészségügyi) segítő intézményrendszer szereplői sokhelyütt nem, vagy nem megfelelően tudnak utánkövetést biztosítani klienseik számára, ami pedig a gyermekvállalással kapcsolatban különösen indokolt volna. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások e hiányosság negatív hatásait legalább annyira ellensúlyozhatják, hogy – a minél rendszeresebb kapcsolattartás révén – másoknál nagyobb eséllyel tehetik meg időben válsághelyzetek megelőzésével vagy elhárításával összefüggő lépéseiket, akár saját működési keretükben, akár más segítő intézmények, szolgáltatások bevonásával.

3.3. Önszegítő programok

Önszegítő személyek és közösségek többféle szerepben is megjelenhetnek az alacsonyküszöbű szolgáltatásoknál, például:

- Ahogy fentebb (1.2. Az ártalomcsökkentésről) már láthattuk, néha egy aktív droghasználó személy végez valamilyen közvetítést a szolgáltatás és kliensei között, ami egyúttal saját készségeinek, érdekérvényesítésének javításához is hozzájárulhat. Az ilyen tevékenység gyermeket váró vagy gondozó droghasználó emberek körében is megjelenik (Lásd jelen kötetben: Oberth);
- Máskor a józanságuk elérését és fenntartását szem előtt tartó csoportok (például úgynevezett 12 lépéses csoportok) tartanak gyűléseket az intézmény helyiségében, akár specifikus (például női) csoportként (Bajzáth-Kovács 2009: 167-194.), és ugyancsak megjelenhetnek hozzátartozói (droghasználó emberek szülői, droghasználó emberek gyermekei, droghasználó szülők) csoportok is;
- Az alacsonyküszöbű szolgáltatások sajátossága továbbá, hogy segítőként mint a személyzet tagjait alkalmazhatnak józanná vált droghasználó embereket, amint korábban már írtuk (1.3. Alacsonyküszöbű szolgáltatások Magyarországon).

(...)

5. Nemzetközi gyakorlat

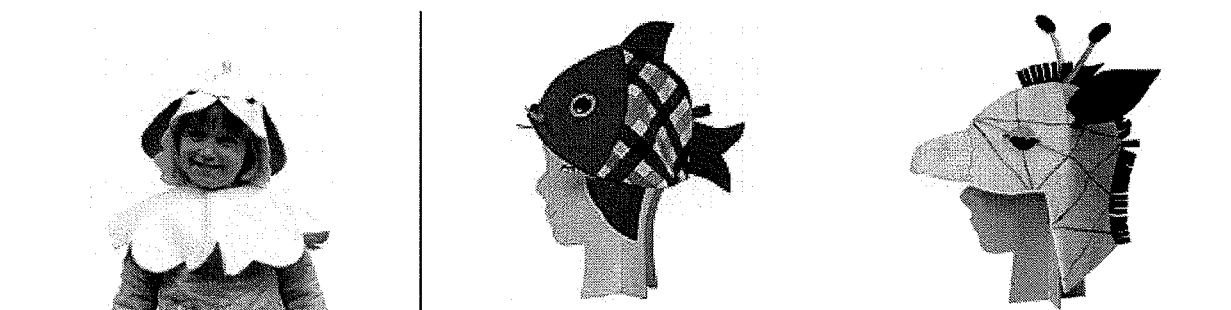
A nemzetközi ellátási példák megegyeznek abban, hogy a droghasználó nők várandóssága egy komplex egészségügyi és szociális probléma, és az ellátórendszernek valamennyi vonatkozásával együtt kell foglalkoznia.

Egyhangúan fontosnak tartják a prevenciót, a széleskörű tájékoztatást az alkalmi és a kényszeres használó esetében is.

A legtöbb európai országban az alacsony- és a magasküszöbű szolgáltatások párhuzamosan jelen vannak, de abban már megoszlanak a gyakorlatok, hogy a tanácsadást vagy a speciális klinikák létrehozását és fenntartását tekintik-e fontosabbnak.

A nemzetközi példák továbbá egyhangúan fontosnak tartják a célcsoporthoz való nem-elítélő, elfogadó, támogató hozzáállást, ugyanis nagyon ritka a szerhasználó várandós nőknél kevésbé stigmatizált csoport.

Gyermekdráma-csoport



Bevont korosztály: 5 és 7 év között (óvodai közép- és nagycsoport). Csoportlétszám: 6 fő.

Alkalom: 2 csoport, egyenként hetente 1 óra, 12 héten át.

Alapelvek

Minden gyerek képes saját problémáit saját erőforrásaiból megoldani. Mindegyikük egyéni feladata, hogy saját történetéből kiindulva önmagát megteremtse és kifejllessze.

A műhelynek és a pszichodramatistáknak katalizáló szerepük van abban, hogy a gyerek én-újratemtését elősegítsék.

A játéktérben lehetővé válik a gyerek kikerülése a személyes és családtörténet összemosódottságából, elősegítve individualizációjukat, hogy képesek legyenek elkülöníteni személyiségüket a család többi tagjának élettörténetétől.

A gyerekek sajátos nyelvén, játékban, szimbólumok által szólal meg. A játék „mintha” effektusa, irrealitása megnyugtatja a gyermeket, aki sokkal autentikusabban mer megnyilvánulni, mint mindennapi valóságában.

Kihatásai

A pszichodrámban a gyerek egy csodavilágban találja magát. Ez a kreativitást serkentő csodavilágba merülés hozzásegítheti a gyereket énképének módosításához, életérzésének átalakításához.

A gyerekek életstílusának megváltozását, gyógyulását elsősorban nem a műhelyben tanúsított magatartásán vagy kreativitásán mérjük, hanem a családi és iskolai, vagyis a reális környezetben mutatkozó javulásában.

A marginális, elmagányosodott, nem eléggé szeretett gyerekek a közös élményben alakíthatják ki a szociális együvé tartozás, a kölcsönösség érzését. A pszichodramatisták értékelő, a csoport megtartó szerepe hozzájárul ahhoz, hogy a biztonságérzetét elveszített gyerek, aki nem bízik önmagában és teljesítőképeségében, visszanyerje önbecsülését.

A gyerek új szerepeket vállalhat a pszichodrámban, egyénisége kibővül szereprepertoárjának szélesedésével. Vannak obszessziós gyerekek, akik kezdetben egyazon szerepet képesek csak eljátszani – ennek kompenzatórikus jellege van (a bizonytalan kislány a királylány szerepben, a gyáva a hőseben) -, de a csoporttevékenység célja, hogy a gyerek képes legyen változatos szerepekbe beleélni magát, hogy megvalósítsa egyéniségének, személyiségének eddig rejtett lehetőségeit, dimenzióit.

A pszichodráma a szociális dimenzió kialakulásának hatékony módszere. Kialakul a csoporttudat, mely túlmutat a családi kereten, és segít a gyerekek önállósodásában, függetlenedésében. A közös improvizáció összekovácsolja a gyerekeket, nem dolgozható ki közös drámai cselekmény összeműködés nélkül. Kialakulnak az együttműködés formái, ami a szociálisan rosszul illeszkedő gyerekeknek hasznos segítséget nyújthat.

A játék menete

A gyerekek lehetnek magatartás-problémások, túlmozgásosak, vagy befelé fordulók, családi kapcsolatrendszerükből, konfliktusaikból adódóan nyugtalanok, fokozott mozgásigényűek, vagy annyira el vannak magukkal foglalva, hogy kevésbé figyelmesek más gyerekek iránt. Ebből következően képtelenek lehetnek közös csoportfoglalkozásra, koncentrációképességük korlátoltsága vagy érzelmi megterheltségük miatt. Ezért bevezető, lecsillapító technikával kezdünk, ilyen például a festés, a rajzolás.

Ennek az első, rajzos fázisnak nemcsak hangulatalakító, a bensőségesség légkörét megteremtő jelentősége van, hanem lehetővé teszi olyan tartalmak, érzések átélését, megjelenését, amelyek pszichodramatikusan még nem kifejezhetőek.

Gyakran előfordul, hogy az egyéni rajzokból és a gyerekek által egymás felé közvetített kommentárokból alakulnak ki a lejátszandó pszichodráma kontúrjai.

A bevezető rajzolás vagy zenés foglalkozás után a gyerekek történetet javasolhatnak, amelyet szívesen lejátszanának. Témát választhatnak vagy módosíthatnak, közösen fejleszthetnek ki egy történetet.

A téma kidolgozása különböző lehet: előfordul, hogy konkrét történetet fogalmazzanak meg, máskor a téma csak jelezve van, és a lejátszás spontán lendületében alakul ki a drámai cselekmény, néha a történet eleje kidolgozott, de végső alakulása, kimenetele nyitva marad.

Miután a gyerekek a témában megállapodtak, sor kerül a szerepválasztásra. Elsőnek a történetet javasló gyerek választ szerepet, majd a többi gyerek is.

A pszichodramatisták szintén játszanak, szerepet kapnak, többnyire olyan szerepeket, amelyeket senki sem vállal (például a bántalmazott gyereket, vagy néha – ha a gyerek nem akarja magát negatív identifikációnak kitenni – a gonosz, a boszorkány, az ördög szerepét), illetve, amelyeket a gyerekek rá kiosztanak.

Ezután kerül sor a beöltözésre, ugyanis a gyermeki beleélést, a szerepazonosulást elősegíti, ösztönzi, ha ehhez kellékek választhatók. A vizuális, a teátrális eszközök használata – az arcfestést is beleértve – nagyban hozzásegíti a gyerekeket ahhoz, hogy a csodavilágba képzeljék magukat.

Majd következik a lejátszás, amikor is a gyerekek teljes improvizációs szabadságot kapnak ahhoz, hogy a játékot ugyanolyan spontán módon alakítsák, mint a történetet. Semmi nem kényszeríti őket arra, hogy az elmondott vagy kigondolt történetnek megfelelően alakítsák szerepüket. Valójában csak ritkán valósul meg egy teljes analógia, a játék folyamán a történet módosul. A teljes azonosság a spontaneitás hiányosságát jelezné. A gyerekek általában elhagynak részleteket, másokat hozzáadnak.

A játékfázis befejezése után a csoporttevékenység közös uzsonnával végződik. A közös étkezés visszavezet a csoport valós működésébe, hangsúlyozza a családi összetartozás jellegét.

Kiegészítő hozzátartozói csoport

A gyermekdráma csoport idején azok a szülők, hozzátartozók, esetenként pedagógusok, akik a gyermekek kíséretében érkeznek, külön klubhelyiségben tartózkodnak, egy-egy tapasztalati segítővel, aki a helyszín szolgáltatásairól nyújt elsődleges tájékoztatást.

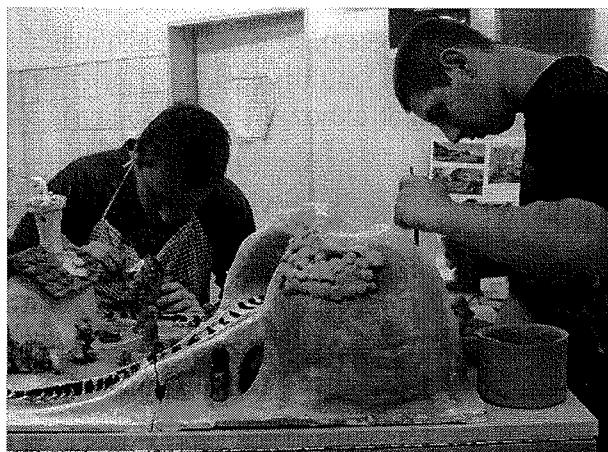
Művészetterápiás csoportfoglalkozások

(1. csoport) Művészetterápiás csoport értelmi akadályozottsággal élő fiatalok részére. Elsősorban a központi idegrendszer sérülésének következményeként kialakuló szelf-fejlődési zavarok hatásainak enyhítésére irányuló, edukatív elemekkel átszőtt gyógypedagógiai – művészetterápiás foglalkozások, melyeket pszichopedagógus – művészetterapeuta team lát el, klinikai gyermekpszichológiai szupervíziós lehetőséggel.

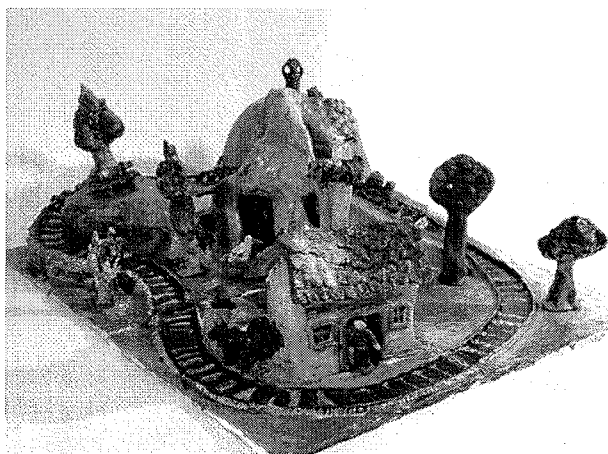
(2. csoport) Művészetterápiás csoport értelmileg akadályozott személyeket nevelő szülők és testvérek részére. A sajátos, gyakran izolált helyzet, melyet az akadályozottsággal élő családtag gondozása, nevelése okoz a szülők és testvérek társas kapcsolatait is befolyásolja. A csoport célja, hogy a speciális helyzetből fakadó életvezetési nehézségek és megoldási

stratégiák kérdéseit a csoporttagok a művészeti kifejezés eszközeinek segítségével közelítsék meg, dolgozzák fel.

(3. csoport) Művészetterápiás önismereti csoport és alkotóközösség kötődési problémákkal küzdő fiatalok részére. A társas kapcsolatok, párkapcsolatok kialakításának, ápolásának nehézségeit a zene, mozgás, képzőművészet, megjelenítő művészet eszközeivel feldolgozó csoport.



Terepasztal készítése és festése



Az elkészült terepasztal – 2008-2009

Mindhárom program egymást követő **szabad improvizációs és strukturált foglalkozások** sorozatából épül fel.

A szabad improvizációra épülő foglalkozások: A zenei, mozgásos, dramatikus és vizuális művészeti improvizációk, spontán megnyilvánulások képezik a csoportmunka alapját. Zenei: Affektív hangolódás, közös „rezgés”; Mozgás, tánc: A zenei összehangolódás védett világában a saját-érzet gesztusok megjelenítése; Dramatikus megjelenítés: Verbális sűrítések az érzetek és a racionalitás közötti világ átjárhatóságának érdekében; Képzőművészeti: Vizuális és plasztikai sűrítés, mely materializálódott formában kívülre helyezi és láthatóvá,

tapinthatóvá teszi az alkotó érzeteit, érzéseit, belső történéseit.

Strukturált művészetterápiás foglalkozások: A csoport összetételéhez igazodó közös cél kijelölése után (performance, kiállítás, bábjáték, kerámia stb.) a választott forma és tartalom mentén meghatározott feladatok szabad feldolgozása.

Példa: Bábterápiás feldolgozás értelmileg akadályozott serdülőcsoport strukturált felépítésű művészetterápiás munkájában

A pubertáskor jellegzetes problémáinak kezelése, a felnőtt életre való felkészülés művészetterápiás támogatása képezi a foglalkozások tartalmát. Az identitás alakulás és szerepválasztás áll a folyamat középpontjában. A használt művészeti anyagok, technikák és eszközök repertoárjának bővülése mellett a foglalkozásokon a dramatikus megjelenítések terápiás lehetőségei is intenzívebben megjelennek. A különféle plasztikai és képi ábrázolások is szerephez jutnak a terápiás színpadon. A program első része magába foglalja a

- kerámia-selyem vegyes technikával készülő marionett bábok tervezését és készítését,
- a bábok karakterének kialakítását,
- a háttér/ paraván összeállítását és festését,
- közös történet-szöveget,
- mozdulatelemzést és nagymozgásos improvizációt, szituációs játékokat
- a bábok mozgatását,
- az alaptörténet és a bábok tulajdonságainak módosítását
- „varázstárgyak” elkészítését és beillesztését a történetbe.

A program második szakaszában egy, az előzőekben körvonalazott történet és bábjáték összeállítása és következetes begyakorlása áll, mely egy közös produkció létrehozását eredményezi. Ebben a szakaszban a zene érzelmkifejező hatásának lehetőségeit is bevonjuk a terápiás folyamatba. (A csoport a terapeuta segítségével „megírja” a kiválasztott szereplők, az egész előadás bevezető és/vagy záródalát.) A program közös előadás bemutatásával és kiállítás szervezésével végződik.

Interaktív, improvizációs alapú, önismereti, színházterápiás csoport

A csoportban 18-40 éves viselkedészavaros felnőttek vesznek részt, 2 turnusban, csoportonként 12-15 fős létszámban. A csoportot színész és pszichológus vezeti, színész és tapasztalati segítő asszisztensek közreműködésével.

Csoportfolyamat:

- A csoport tagjait – e programtól függetlenül zajló – playback-színházi előadásainkon és nyitott próbáinkon választjuk ki. Fontos szempont, hogy a kiválasztottak addiktológiai problémás emberek, akik az addikció családi életre gyakorolt hatásáról személyes élményeken keresztül kívánnak beszélni, továbbá elfogadják, hogy színházi eszközökkel dolgozunk.

- A csoport 3 hónapon át, hetente 2 x 5 óra időtartamban tart foglalkozást. Fő feladata a résztvevők addikcióval és családi élettel foglalkozó személyes történeteinek megismerése, és e történetek színpadi szituációkká formálása. Az interaktív „forgatókönyv” alapján rögzíthető darab jön létre.
- A kialakult előadás nyilvános bemutatón jelenik meg. (Az előadáshoz külső zeneszerzőt és dramaturgot veszünk még igénybe.)
- A csoportban dolgozik egy pszichológus, aki aktív közreműködőként részt vesz a foglalkozásokon, továbbá a csoporttagok számára egyéni konzultációt biztosít.
- A foglalkozások mellett, heti rendszerességgel, az addikcióval kapcsolatos, úgynevezett 12 lépésű öngyógyító csoportfoglalkozásokat lehet látogatni.

Családi konzultáció és jogi segítségnyújtás

A MEJOK jogi segítségnyújtó tevékenységében önállóan jelenik meg (pénteki félfogadás) a családjogi segítségnyújtás, amit (aktuálisan addiktológiai konzultáns hallgató) ügyvéd vezet.

Elsősorban azokban a családi konfliktusokban, amelyekben kiskorú elhelyezésére kerül sor, vagy egy kiskorú veszélyeztető állapota található, kísérletet teszünk a család tagjai közötti konfliktuskezelésre (családi konzultáció), szükség szerint, tapasztalati segítő, gyakorló fiatal szülő, illetve eszményes munkatárs bevonásával. A jogi közreműködés mellett arra törekszünk, hogy felismerjük a családtagok más (például pszichológiai, pszichiátriai stb.) szükségleteit is, és azokhoz megfelelő ellátást rendeljünk (ellátásszervezés), akár az alapítvány saját szolgáltatásaiban, akár külső közreműködőt igénybe véve.

A családjogi problémák kezelésében szinte minden esetben foglalkoznunk kell lakhatási, egyéb intézményi elhelyezési, segélyezési, támogatási kérdésekkel. Ezek egy része önkormányzati feladatokhoz kapcsolódik, így jelen programunkban egy fő külön is foglalkozik önkormányzati támogatásokkal, pályázatokkal kapcsolatos tanácsadással.

A jogi segítségnyújtás és családi konzultáció együttes félfogadása hetente 3 óra időtartamban látogatható, a külön önkormányzati tanácsadás hetente 2 órában.

Nőgyógyászati és védőnői tanácsadások

Programunkban a Józan Babák Klubban hetente 1 napon nőgyógyász és védőnő tart tanácsadást, 3 fő fiatal szülő segítővel kiegészülve. A munkatársak folyamatos kapcsolatban állnak a családi konzultációval és jogi segítséssel foglalkozó stábbal, amellyel együttesen komplex ellátási tevékenységet végezhetnek.

A közreműködők az alábbi programelemekkel várják a látogatókat:

Egyéni tanácsadás: Minden nőnek előbb-utóbb szüksége lehet a női mivoltából fakadó testi jelenségek, panaszok betegségek, krízishelyzetek megbeszélésére. Jó esetben az iskola, család, ismeretterjesztő kiadványok részben felkészítik a lányokat, nőket a legfontosabb testi működések, jelenségek, esetleges veszélyek megismerésére. Azonban éppen a hátrányos körülmények között élők, akik a leginkább ki vannak téve a veszélyeztető tényezőknek, ezeket az információkat csak igen kis arányban, vagy egyáltalán nem kapják meg. Az alapvető ellátások ismeretének hiánya, anyagi és kulturális, életviteli hátráltató tényezők miatt körükben lényegesen magasabb a korai és nem tervezett, nem gondozott terhességek, kissúlyú és koraszülöttek száma, a terhesség alatti egészségtelen életmód (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen és elégtelen táplálkozás, ápolatlan és hiányos fogazat, hiányos táplálkozás stb.) (főbb okok pl. nincs pénzük az eljutásra, nem tudják, hova lehet fordulni, a hagyományok miatt nem engedik őket orvoshoz, nehezen kommunikálnak, nem mindig értik és érzékelik a problémák okait és természetét, alkohol vagy drog hatás alatt nem tudnak mérlegelni, felelősen dönteni, bizalmatlanok, rejtőzködnek, félnek az elutasítástól stb.).

Esetükben nagy jelentősége van annak, hogy anonim módon, elfogadó, segítő környezetben, lakóhelyük, életterük közelében van módjuk tanácsot kérni, nehéz körülményeiket feltárni, a hivatalos egészségügyi és szociális ellátás mellett alternatív szolgáltatásokat igénybe venni (pl. védőnői, nőgyógyászati konzultáció, tanácsadás stb.), más segítségeket is kapni, amilyen pl. ingyenes terhességi teszt, fogamzásgátló eszköz, pelenka, gyermekápolási cikkek, ruhanemű stb.

Eszközigény: személyi mérleg, vérnyomásmérő, demonstrációs eszközök: könyvek, ábrák, mulázsok, pl. férfi és női nemi szervek, emlők, fogamzásgátló eszközök stb.

Csoportos tanácsadás: Jelentősége, hogy a résztvevők egymást is segítik tapasztalataikkal, kérdéseikkel azáltal, hogy hasonló élethelyzetben vannak, vagy éppen eltérő tapasztalatokkal rendelkeznek (pl. első gyermekét nevelő és többgyermekes szülők, egyedülálló szülők, apák az apákkal stb.). A csoportvezető így több lehetőséget talál arra, hogy kimondassanak kérdések, nehézségek. Ha a csoport tartósan együtt tud működni, akkor támogató közösséggé is válhat. A csoportok emellett tematizálhatók is, például:

- Gyermekvállalásra készülő fiatal felnőttek (párok). Számukra a (felnőtt és felelős) szülővé válás, a szülői (apai, anyai) szereppel ismerkedés, múltbéli élmények és jövőbeli vágyak megfogalmazása, felidézése lehet feladat, az egymásközi feladatmegosztás, kommunikáció, eltérő nézetek, esetleges konfliktusok kezelése stb.
- Szülés időszakában levő anyák, párok. A gyermek fogadására való felkészülés, ráhangolódás és konkrét feladatok, a szülés folyamata, történései, esetleg együttszülésre felkészülés, együttszülés élménye, rooming-in, ismerkedés a babával, gondozás elsajátítása.
- Gyermeket nevelő szülők. A gyermek életkor szerinti gondozása, fejlődésének megismerése. Nevelési kérdések, feladatok stb. összehangolása, elvégzése, Problémák kezelése.
- Gyermekvállalással összefüggő élettani, anatómiai ismeretek. A vendégek lehetnek akár iskolázatlan, írni-olvasni nem tudó emberek, akik elemi ismeretekkel sem rendelkeznek saját testük felépítéséről, működéséről. Ezért sem a normális működéseket, sem a veszélyek megelőzését nem értik. Egyszerű és érthető ábrák, filmek, bemutatóeszközök segítségével ismertetjük meg Őket új információkkal.
- Fogamzásgátlás (férfi, nő). Alapvető ismeretek elsajátítása és a számukra hozzáférhető eszközök bemutatása, használatának elsajátítása.
- Abortusz megelőzése. Sajnos a hátrányos helyzetű rétegek körében a fogamzásgátlás helyett az abortusz jelenti a születésszabályozást. A nem veszélytelen beavatkozásokon sok esetben

évente többször is átesnek egyes nők. Ennek oka részben ismerethiány, részben az fogamzásgátlók ára és a pénzhiány, de sok esetben kulturális sajátosság is, mivel egyes lakosságcsoporthoz a nők nem, vagy csak igen korlátozottan dönthetnek sorsuk felől, vagy mehetnek orvoshoz a férjük nélkül. Az abortusznak számos negatív következményét ismerjük.

http://www.behsci.sote.hu/nok/wom_kop_szex.htm

"A saját anyagi helyzet becslése és az abortuszok között szoros a kapcsolat: akiknek saját megítélésük szerint igen rossz vagy rossz az anyagi helyzete, 10,7%, illetve 10%-ban, akiknek igen jó vagy jó az anyagi helyzete, 1,6, illetve 3,0%-ban volt abortuszuk, tehát közöttük a védekezés más formái sokkal gyakoribbak.

A kóros magatartásminták közül az abortusz igen szoros kapcsolatot mutat a dohányzással és a naponta elszívott cigaretták számával. Azok közül, akiknek volt abortusza, 51,1% dohányzik, naponta átlagosan 6,79 szál cigarettát szívnak el, akinek nem volt abortusza, 30,6%-ban dohányoznak és 2,92 cigarettát szívnak el átlagosan naponta. Ennek hátterében az a kóros megbirkózási stratégia állhat, hogy az abortuszon átesettek között sokkal gyakoribb az az állítás, hogy nehéz élethelyzetben evéssel, ivással, dohányzással vezetik le a feszültséget. Természetesen itt nem ok-okozati kapcsolatot kell keresni, hanem közös pszichológiai, szociális háttértényezőket.

A pszichológiai, szociális háttértényezők közül az abortusz előfordulása összefügg a szülők válásával, azok közül, akinek a szülei elváltak, 10,9%-nak volt abortusza. Ha a családban többször is előfordult, hogy az apa bántalmazta az anyát, az abortuszon átesettek aránya 13,1%. Akik úgy érzik, hogy azért, mert nők, hátrányos helyzetben voltak többször is, 14,3%-ban, akik egyszer érezték így, 8,2%-ban éltek át abortuszt.

Az anya iskolai végzettsége és az abortuszok gyakorisága között fordított kapcsolat van, minél magasabb az anya végzettsége, annál alacsonyabb az abortuszok aránya, a nyolc általánost vagy kevesebbet végzett anyák lányainak 7,4%-a, az egyetemet vagy főiskolát végzett anyák lányainak 5,1%-a élt át abortuszt.

Az öngyilkossági kísérletek gyakorisága rendkívül magas az abortuszt átélő nők csoportjában: 11,5% mondta azt, hogy megkísérelt már öngyilkosságot."

- **Fertőző betegségek megelőzése**, szűrővizsgálatok fontossága, igénybevétel módja (HIV-fertőzés nagyfokú kitétsége, HCV kirívóan magas jelenléte miatt). A gyakori és védekezés nélküli partnercsere fokozza a fertőzést. Ezen betegségek nagyon rontják a saját életkilátásokat és veszélyeztetik a közelebbi és a tágabb közösséget is. Mindenki számára fontos, hogy a szűrésekre menjenek el azok, akik fertőzésveszélynek fokozottan vannak kitéve: az iv. droghasználók, ill. prostitúcióból élők. Ehhez az együttműködéshez kellő egészségismeretek, egészségkultúra szükséges, melyet a kellő tájékoztatás alapozhat meg. A védőnői szolgálat sok helyen végzi az emberek meggyőzését a szűrések fontosságáról. Sikeresen zajlanak a méhnyak szűrőprogramok, főként kistélepülésen, ahol személyes meggyőzés eszközével sikerült rábírni a nőket, hogy menjenek el a vizsgálatra.
- **Nőgyógyászati helyiség/védőnői ellátás gyakorlati bemutatója** (demonstrációs helyiség). Mindenki fél attól, amit nem ismer, csak esetleg mások elbeszélései alapján képzel el. A félelem, szorongás megakadályozza, hogy megfelelően cselekedjünk. Így van ez a nőgyógyászati és egyéb orvosi, védőnői vizsgálatokkal is. Ezért fontos, hogy ne csak "élesben", hanem megrendezett bemutató helyzetekben láthassák és próbálhassák ki az egyes eszközöket, felszereléseket (pl. nőgyógyászati vizsgálóágy, vizsgálóeszközök).

- **Gyermek gondozása** (anyai, apai feladatok, demonstráció). "Amit hallok, azt értem, amit látok, azt ismerem, amit csinállok, azt tudom..." - mondja a szólásmondás is. A szülők felkészítése a szülőségre, kell, hogy gyakorlati gondozási ismereteket is adjon. Az apák felkészítése is fontos, hogy segíthessenek, és a gyermekkel minden gondozási műveletet el tudjanak végezni. A baba öltöztetése, pelenkázása, fürdetése, táplálása stb. mind kipróbálható még mielőtt kerül a saját gyermek a kezükbe. Közben nevelési és gondozási tudnivalókat is elsajátítanak. Ezt segítik a programban megszervezendő szituációs játékok, szerepjátékok, melyek a baba gondozásához kötődnek.
- **Terhesség alatti és a szülést követő anyaotthoni elhelyezés.** Nagyon fontos, hogy az anya együtt lehessen az újszülöttel, hiszen a kettőjük közti kötődést meghatározzák az első hetekben, hónapokban való együttlétek, találkozások. Sajnos előfordul, hogy nem alkalmas az anya és családja otthona a baba hazavételére, ilyenkor átmeneti, vagy tartós elhelyezésre szorulnak úgy, hogy együtt maradhassanak. Erre fel kell készíteni az anyát és az apát is. Nincs elegendő hely, csak tervezett szülés előtti bejelentkezéssel tudnak elhelyezni. Ezért fontos, hogy a kismama és családja összes kapcsolatát, segítségét felmérjék a lehetséges megoldáshoz.

Gyermekfelügyelet

A foglalkozások alatt egy önálló gyerekszoba várja a szülővel együtt érkező kiskorúakat. A Józan Babák Klubban a gyermekfelügyelet gyakorlata régebb óta jelen van (például egyes önsegítő csoportok, vagy egyéni konzultációk alatt). A gyermekfelügyeletben általában 2 fő segítő vesz részt, akik egyúttal igyekeznek bevonni az ügyfélszolgálatot látogató más szülőket is. A családok között ilyen módon új kapcsolatok alakulnak ki, a gyermekek és szülők közös játékan, időtöltésén keresztül, elősegítve egyfajta klubszerű közösség kialakulását és fenntartását.

Megálló Csoport Alapítvány

A Megálló Csoport feladatának a szenvedélybeteg- és szenvedélybetegségben veszélyeztetett fiatalok, fiatal felnőttek és hozzátartozóik számára szociális, terápiás, egészségfejlesztő, speciális oktatási, kulturális, és közösségi szolgáltatások szervezését és működtetését tekinti. Célja olyan komplex, az önsegítés elvein és gyakorlatán alapuló szolgáltatásrendszer kialakítása, működtetése és minőségének folyamatos fejlesztése, mely a prevenció munká mellett a korai kezelésbe vételtől a fejlesztésen-képzésen át a munkába állásig és utógondozásig tartó folyamat feladatait egységesítve, a személy egyedi szükségleteihez alkalmazkodva hosszú távú, ellátási módszerekben és információkban gazdag támogatási formát valósít meg.

Alapvető küldetésünk a közösség támogató erejének felhasználása az egyén bármilyen pozitív változásra irányuló törekvésének erősítésében.

Célcsoportunk család és más kiscsoportok vonatkozásában:

A Megállóban elsőként jellemzően a gyermek/kamasz korú fiatalokkal találkozunk, a 16-24 éves fiatalok „életük rendberakásában”, „visszazökkenni a normál kerékvágásba” szándékával keresnek meg minket. A háttérükben nagyon gyakori az elmagányosodás, a biztonságot jelentő családi kapcsolatok hiánya, destruktív kortárs közösségek felé sodródás.

Ennek megfelelően –változó mértékben ugyan, de jellemző- a rendszeres droghasználat, az iskolából való kimaradás, kisebb-nagyobb bűnelkövetés, „utcázás”, „bandázás”.

A családi háttérük minden tekintetben vegyes képet mutat az egyszülőstől a nagycsaládig, az alacsonyjövedelműtől a milliomosig, az alacsony iskolai végzettségű szülőktől a professzorig, a munkanélküli szülőktől a workoholicig, ám minden esetben –akár extrém formában is- működési zavarok jellemzik, tagjaikat inkább „gyilkolják”, megbetegítik, mintsem építik.

Tevékenységek a projektidő alatt (12 hónap):

- Kamasz Csoport a Megálló egyik, ha nem a legmeghatározóbb alappillére. Önségítő csoportokat szervezünk, működtetünk, fogadunk be, támogatjuk és motiváljuk azok létrejöttét, ez működésünk egészének alapelve. A mi felfogásunkban az önségítés egy új, értelmes és boldog életvitel megmutatását jelenti a sorstársi közösség támogató ereje, feltétlen kompetenciája és hitelessége révén. A csoporttagok sorsközösséget vállalnak egymással, feltárják egymásnak egyéni problémáikat, gondolataikat, és azokat átbeszélve, több egyéni megközelítés szűrőjén átszűrve közösen dolgoznak ki megoldási stratégiákat. A csoport működésének fontos eleme, hogy azt tapasztalati szakemberek, azaz talpra állt szenvedélybeteg segítők, valamint szenvedélybetegségben nem érintett szakképzett munkatársak közösen moderálják, irányítják. A problémamegoldás hosszabb-rövidebb folyamatát nyomon követik, szükség esetén újabb és újabb terápiás tervet dolgoznak ki. A csoporttagok így rövid időn belül érzik, hogy tartoznak valahová. Az elkeseredett, magányos, kapkodó döntések helyébe a csoport kollektív ereje és bölcsessége lép. A sorstársak alkotta csoport szokatlanul hiteles tükröt tart az egyes résztvevőknek. Ezek az olykor könyörtelennek tűnő őszinte visszajelzések jelentik a csoport hatékonyságának alapját. Hosszútávon „elbújni” sem lehet a visszajelzések elől, hiszen a körben ülve mindenki mindenkit lát és „érez”. A csoport tagjai hamar megtapasztalják, hogy annak működése és hatékonysága elsősorban rajtuk múlik, a csoportot nem a segítők „csinálják”. Mindenki „annyit tud kivenni belőle, amennyit beletesz”. Visszajelzéseket adunk és kapunk. Az önségítő csoportok rendszeres heti programmá szerveződnek, állandó ritmust adva így a Megálló Ház életének.

- Hozzá tartozói csoport. A hozzátartozói csoport szenvedélybeteg, illetve deviáns fiatalok szüleinek, hozzátartozóinak önségítő csoportja. A csoportot tapasztalati szakember és pszichológus vezeti, akik az interaktív csoport jelleget biztosítják, szükség szerint a beszélgetést moderálják. A csoport a szenvedélybetegek hozzátartozóinak azon csoportjával kíván foglalkozni, akik felismerték a változás fontosságát, a csoport erejét. A drogfogyasztás soha nem ok, mindig tünet. Tünete valaminek, ami az egyénre olyan meghatározott irányt kényszerít, amelytől később már csak komoly erőfeszítés árán képes eltérni. A szenvedélybeteg a család tünethordozója. Nem kap elég hangsúlyt az a tény, hogy ahol szenvedélybeteg van a családban, nem csak a függőre kell koncentrálni, hanem ugyanolyan intenzitással a többi családtagra is. A család egy dinamikus rendszer, tagjai állandóan interakcióban állnak egymással, ezért egyetlen családtag magatartása sem értelmezhető a többi családtag viselkedésétől függetlenül. Ahhoz, hogy a gyógyulás útjára lépett gyermek képes legyen megszilárdítani a terápia során elsajátított új magatartásformákat, működési mechanizmusokat, ebben a szülőknek is partnereknek kell lenniük. A hozzátartozói

csoporthoz az önségítés alapvető gondolata. Az azonos problémával küzdők megfigyelik egymást, saját magukra érvényesítik a másoktól tanultakat, egyfajta tükröt kapnak magukról, amelyben sajátjukéhoz hasonló történeteket látnak más szereplőkkel. Mindannyian másképp látjuk magunkat és másképp másokat, saját cselekedeteinket sokszor mások cselekedetein keresztül tudjuk csak megérteni. Az azonos élethelyzet a hitelesség miatt feltétel, ugyanis a visszajelzést a szülők egymástól sokkal könnyebben elfogadják.

Váltó-sáv Alapítvány

A Váltó-sáv Alapítvány fogvatartottak és szabadultak társadalmi és munkaerő-piaci beilleszkedésének támogatásával, valamint kriminális életvezetésűek és bűnelkövetők reszocializációjával foglalkozó civil szervezet. Programjainkat 1997 óta működtetjük, a szervezet bejegyzésének dátuma 2002.

Célcsoportunk **család és más kiscsoportok vonatkozásában**: interjúink és a kérdőívek¹ arról tesznek tanúbizonyságot, hogy a fogvatartottak **családi kapcsolatai instabilak, a családban igen gyakoriak (voltak) a konfliktusok**. Gyakori az **egyszülős modell**, valamint **felülreprezentált a családon belüli erőszak illetve az alkoholbetegség** (kiemelten apa vonatkozásában). 2006-os kérdőíves vizsgálatunkból az derül ki, hogy az átlagos testvérszám 3 fölött van a hosszúidős fogvatartottak körében (átlag: 3,3). A börtönnépesség kb. 10%-át adják azok, akik állami gondoskodásban nevelkedtek. Ők még a speciális fogvatartotti csoporton belül is sajátos csoportot alkotnak, hiszen általában laza kinti kapcsolataik vannak, kötődési nehézségekkel terheltek, rengeteg negatív élményük gyűlt fel az évek során. A fogvatartottak körében elterjedtek az élettársi kapcsolatok, akár nagyon fiatal kortól. A gyerekek felneveléséhez gyakran a nagyszülők is segítséget adnak. Előfordul, hogy a gyerekek intézetbe kerülnek. A családi kapcsolatok ziláltságának okai lehetnek az alkoholfogyasztás miatt kialakult konfliktusok, valamint ezek anyagi vetületei is. Nehézséget jelent, hogy nincs lehetőségük (lakáskörülmények, anyagi helyzet) független életet élni, elvonulni, intimitási igényük csak korlátozottan kielégített. A fogvatartottak jelentős hányada nem saját tulajdonú, hanem valamelyik családtagja lakásában vagy bérelt ingatlanban él. Általánosságban elmondható, hogy az előzetes letartóztatás esetén a bizonytalanság és a találkozások hiánya vezet a kapcsolatok felbomlásához, letöltendő szabadságvesztésnél pedig a hosszú idő befolyásolja kedvezőtlenül a kapcsolatokat. A fogvatartás hosszával arányosan emelkedik a kapcsolat felbomlásának esélye is. Egyes vélemények szerint **a fogvatartottak 70%-át nem várja kint család**, továbbá a börtönben lévők rendkívül zárt közösségekben élnek, **külső kapcsolataik beszűkülnek a fogvatartás ideje alatt**. Ez riasztó, hiszen ezek az emberek így a teljes bizonytalanságba mennek ki szabaduláskor, és egyedül nagyon kevés esélyük van a visszaesés elkerülésére. Ezzel ellentétes a helyzet, amikor „barátok” várják kint a szabadulót, akik a továbbiakban „segítséget” nyújtanak számára. A gyakorlat azt mutatja, hogy ezek a „baráti közösségek” sorstársakból, esetleg aktívan jelenleg is bűnözésből élők közül állnak, akik a „segítségért” cserébe vizsontszolgáltatást várnak, esetleg bűnözéssel összefonódó „munkalehetőség” kínálnak.

¹ Csáki Anikó - Kovács Klaudia - Mészáros Mercedes - Sponga István: Fogvatartásból szabadult fiatal felnőttek társadalmi (re)integrációjának lehetőségei. Bp., 2006. www.valtosav.hu. Támogató: Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. Kutatási összefoglaló kivonata megjelent: Börtönügyi Szemle, 2007/1.

A célcsoport hátrányos helyzetű; a magyar börtönökben a romák felülreprezentáltak (bár erre vonatkozó pontos adatok nincsenek az adatvédelem miatt). Általában alacsonyán iskolázottak, kiszorultak a munkaerő-piacról, szocio-ökonómiai státuszuk alacsony. A célcsoport számára sem a börtönben, sem szabadulás után nem áll rendelkezésre elegendő és megfelelő segítségforrás.

A KMR büntetés-végrehajtási intézeteiben² fogvatartottak közül sokan a fővárosban élnek, gyakori a józsefvárosi lakhely, ill. sok esetben „barátok”, rokonok élnek itt. TÁMOP 6.1.2³-es projektünk keretében kiemelten foglalkoztunk a családi életre való felkészítés támogatásával, a biztonságos szexuális életre való neveléssel. Akár fiatalok, akár felnőttek bv. intézetben jellemző, hogy a fogvatartottak saját testük működéséről, ill. partnereik testéről keveset tudnak, ennek ellenére igen fiatalon már több gyermekük van (a társadalmi esélyegyenlőtlenségek újratermelődnek). Jellemző, hogy a férfi fogvatartottak felelősségvállalása saját gyermekeik gondozása/nevelése tekintetében vagy csekély, vagy nem rendelkeznek ismerettel arra vonatkozóan, milyen szükségletei lehetnek az egyes életkorokban a gyermekeknek. A felelős párkapcsolat, a családtervezés, a szülői feladatok, gyermekvállalás – mind-mind olyan ismeret/kompetencia, mely a célcsoport esetében fejlesztésre szorul.

Tevékenységek a projektidő alatt (12 hónap):

- Fókuszban a család: csoportok a börtönben – a projektidő alatt 4 csoport a KMR 4 bv. intézetében (1 csoport / 10 alkalom / 15 fő): családi életre nevelést és szülői feladatokra felkészítő, a gyermeknevelést segítő csoportos tréningek, foglalkozások
- Váltó-sáv Információs Bázis: fogvatartás alatt és szabadulás után gyűjt, tárol és frissít releváns információkat a célcsoport számára. Munkakeresés, munkaerő-piaci reintegráció, életvezetés támogatása, lakhatási megoldások segítése, új és családi támogató emberi kapcsolatok kialakításának segítése, egyéni segítő kapcsolat kialakításának lehetősége – összességében az életvezetési, szociális kompetenciák fejlesztése, az öngondoskodás képességének támogatása, mely a családi kapcsolatokra is pozitívan hat. A Váltó-sáv Információs Bázis tevékenységei közé tartozik még a tanácsadás a családi élettel, gyermekneveléssel összefüggő kérdésekben, tájékoztatás a családtámogatási ellátásokkal, családi kedvezménnyel kapcsolatos kérdésekben
- Hozzá tartozók gondozása: fővárosi bv. intézetekben, valamint a tököli intézetben beszélők alkalmával lehetőség felkínálása az egyéni/családi konzultációkra, ill. hozzátartozó csoport működtetése.

A projekt megvalósulása helyszínének egészén nyújtandó szolgáltatások és konkrét helyszínek

² Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézet (előzetes ház), Budapesti, Márianosztrai, valamint Váci Fegyház és Börtön (ún. letöltő ház), Fiatalok Büntetés-végrehajtási Intézete, Tököl (fk. bv. intézet).

³ „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok. Egészségnevelés és –fejlesztés, szemléletformálás a börtönben” (TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0336)

A program fő helyszíne a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány ügyfélszolgálat. Ez jelenleg Budapest VIII. kerület, Magdolna utca 43. szám alatt található, 124 négyzetméteren. (Aktuálisan, az alapítvány a Józsefvárosi Önkormányzathoz pályázott Budapest VIII. kerület, Baross utca 118. szám alatti, 281 négyzetméteres, korábban háziorvosi rendelőket magába foglaló ingatlan használatára, ahová a Magdolna utcai ügyfélszolgálat átköltözhet.)

Az ügyfélszolgálaton a program időszakában a következő szolgáltatások érhetők el (átlagos teljes héten belül):

1. 1515. számú jogi segítő szervezet;
2. Józan Babák Klub Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás alacsonyküszöbű szolgáltatás (anonim jogi tanácsadás, szociális munka, alap-pszichoterápiák, színházterápiás csoportok);
3. Józan Babák droghasználó szülők önszolgáltató csoportja;
4. 12 lépéses önszolgáltató csoportok (alkoholfüggők, drogfüggők, érzelemfüggők csoportjai);
5. TÁMOP 5.2.5/B-10-1-2010-0099 (nyitott művészetterápiás csoportok, nyitott playback-színházi foglalkozások, disszociális serdülők zárt playback-színházi tréningje, tapasztalati segítői és pszichológiai tanácsadás droghasználó várandós nők részére, egyéb kézműves és vizuális művészeti tanfolyamok, alkotói műhelyek).

További helyszín a Megálló Csoport Alapítvány Budapest VIII. kerület, József utca 49. szám alatti székhelye, az alábbi programokkal:

1. nappali rehabilitáció
2. elterelés
3. foglalkoztatás
4. oktatás
5. prevenció
6. félutas lakás
7. önismereti csoportok
8. hozzátartozói csoportok
9. alkotói csoportok

Az egyes célcsoport-részekre korlátozódó szakmai szolgáltatások

A szervezetek működésében elérhető szolgáltatások nyitottak, azokat bárki igénybe veheti.

A jelen programban a zárt csoportokba (gyermekdráma, művészetterápiás foglalkozások, színházi csoport) a megadott résztvevők (óvodáskorúak, értelmileg akadályozottak, szenvedélybeteg fiatal felnőttek) jelentkezhetnek.

Időbeli ütemezés

<i>év</i>	<i>2012.</i>						<i>2013.</i>					
<i>hó</i>	7.	8.	9.	10.	11.	12.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
gyermekdráma			x	x	x			x	x	x		
színházi csoport	x	x	x				x	x	x			
további programelemek	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

2. számú melléklet



Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány - MEJOK
Telefon: (06-20) 912-71-62 – Levélcím: 1384 Budapest, Pf. 750.
E-mail: info@mejok.com – Internet: www.mejok.com
Józan Babák Klub szociális szolgáltatások
E-mail: jozanbabakklub@gmail.com – Internet: www.jozanbabak.hu

Józsefvárosi Önkormányzat
Képviselőtestület

1082 Budapest,
Baross utca 63-67.

2011. 12. 01.

Tárgy: kérelem
(Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány,
Megálló Csoport Alapítvány,
Váltó-sáv Alapítvány
TÁMOP-5.5.1.B-11/1 pályázata)

Kérelem

Alábbiakban, mint a Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (1085 Budapest, Baross utca 28.) képviselője, azzal a kérelemmel fordulok a Józsefvárosi Önkormányzat T. Képviselőtestületéhez, hogy támogassa Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (főpályázó) és Megálló Csoport Alapítvány, Váltó-sáv Alapítvány (konzorciumi partnerek) Civilek a családbarát Józsefvárosért című pályázatát, amelyet a szervezetek 2012. január 6-án nyújtanak be a TÁMOP-5.5.1.B-11/1, „A családi közösségi kezdeményezések és programok megerősítése” című kiírásra.

A bírálati folyamatban előnyt jelent, ha „1.2.2. A pályázatban bemutatott cél megvalósulását a települési önkormányzat képviselőtestülete is támogatta” (pályázati útmutató, 16. oldal).

Jelen kérelemhez csatolom:

- a tervezett programot,
- a pályázat útmutatóját,
- valamint nyilatkozatot, hogy a pályázatnak pénzügyi, költségvetési hatása a Józsefvárosi Képviselő-testületre vonatkozóan nincs, sem közvetett, sem pedig közvetlen módon.

Bízva a kedvező döntésben

Tisztelettel:



Oberth József
elnök

Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány



Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány - MEJOK

Telefon: (06-20) 912-71-62 – Levélcím: 1384 Budapest, Pf. 750.

E-mail: info@mejok.com – Internet: www.mejok.com

Józan Babák Klub szociális szolgáltatások

E-mail: jozanbabakklub@gmail.com – Internet: www.jozanbabak.hu

NYILATKOZAT

A Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány (1085 Budapest, Baross utca 28.) képviselőjeként nyilatkozom, hogy az alapítvány Megálló Csoport Alapítvánnyal és Váltó-sáv Alapítvánnyal benyújtandó TAMOP-5.5.1.B-11/1 „Civilek a családbarát Józsefvárosért” című pályázatának pénzügyi, költségvetési hatása a Józsefvárosi Képviselő-testületre vonatkozóan nincs, sem közvetett, sem pedig közvetlen módon.

Kelt: Budapest, 2011. november 29.



Oberth József
elnök

Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány