



KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL
ÉLŐ SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL
ÉLŐ SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

KUTATÁSI BESZÁMOLÓ

**A PSZICHOSZOCIÁLIS
FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ
SZEMÉLYEK TÁRSADALMI
HELYZETÉT FELTÁRÓ
ORSZÁGOS KUTATÁSRÓL**

A GYÓGYPEDAGÓGIA FEJLESZTÉSÉÉRT ALAPÍTVÁNY

BUDAPEST, 2017

Készült az Emberi Erőforrások Minisztériuma 59467/2015. számú szerződés támogatásával végzett „Országos kutatás pszichoszociális fogyatékos személyek köréről és társadalmi helyzetéről” című kutatási program keretében.

SZERZŐK

Ács Andrea ■ *Bányai Borbála* ■ *Bugarszki Zsolt* ■ *Bulyáki Tünde* ■ *Csabai Lucia* ■ *Cserti-Szauer Csilla*
Gordos Erika ■ *Gurbai Sándor* ■ *Gyarmati Andrea* ■ *Kondor Zsuzsa* ■ *Légmán Anna* ■ *Papházi Tibor*
Perlusz Andrea ■ *Petri Gábor* ■ *Pichler Zsófia* ■ *Simon Dávid* ■ *Tausz Katalin*

A KUTATÓCSOPORT TAGJAI VOLTAK TOVÁBBÁ

Horváth Péter

Mérey Zsolt ■ *Radó Iván* ■ *Szőke Zsolt* tapasztalati szakértők

Acél Réka ■ *Gyöngyösi Katalin* ■ *Lakatos Albertné* ■ *Molnár Anna* ■ *Porkoláb Eszter*,
az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar hallgatói

A KUTATÁST VEZETTE ÉS A KÖTETET SZERKESZTEITTE

Perlusz Andrea

OLVASÓSZERKESZTŐ

Szerencsés Hajnalka

NYOMDAI ELŐKÉSZÍTÉS ÉS GRAFIKA

Szauer Gyöngyi

A borító Lombos Judit alkotásának felhasználásával készült.

ISBN 978-963-12-8507-9

© Szerzők, 2017

© Perlusz Andrea szerkesztő, 2017

© A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, 2017

Kiadja A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány.

Cím: 1097 Budapest, Ecseri út 3.

Felelős kiadó: Nádas Pál, a kuratórium elnöke.

Nyomás és kötetzet: Komáromi Nyomda és Kiadó Kft.

Cím: 2900 Komárom, Igmándi u. 1.

Felelős vezető: Kovács János Ferenc ügyvezető

PREAMBULUM – <i>PERLUSZ ANDREA</i>	7
JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET – <i>GURBAI SÁNDOR</i>	9
A MENTÁLIS PROBLÉMÁK KEZELÉSÉNEK NEMZETKÖZI TENDENCIÁI – <i>BUGARSKZI ZSOLT – CSERTI-SZAUER CSILLA</i>	18
A MENTÁLIS PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ EMBEREK ÉS A MAGYAR PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA – <i>GORDOS ERIKA – ÁCS ANDREA</i>	37
SZEMLÉLETBELI KÜLÖNBSÉGEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MEGÍTÉLÉSÉBEN ÉS A SEKTORKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK SZEREPE – <i>ÁCS ANDREA – PETRI GÁBOR</i>	43
AZ ELLÁTÓRENDSZEREK MŰKÖDÉSE ÉS EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA – <i>ÁCS ANDREA – GORDOS ERIKA</i>	58
PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁG ÉS PREVENCIÓ – <i>PICHLER ZSÓFIA</i>	66
PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAREHABILITÁCIÓJA – <i>BULYÁKI TÜNDE – GORDOS ERIKA</i>	93
A PSZICHOSZOCIÁLIS AKADÁLYOZOTTSÁGGAL ÉLŐK AZ ADATOK TÜKRÉBEN – <i>SIMON DÁVID – TAUSZ KATALIN</i>	107
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK STATISZTIKÁJA A SZOCIÁLIS ALAP- ÉS A NAPPALI ELLÁTÁSOKBAN – <i>PAPHÁZI TIBOR</i>	131
PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGGEL ÉLŐK INTÉZMÉNYI ELLÁTÁSA – <i>GYARMATI ANDREA</i>	155
FÓKUSZCSONPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN – <i>BÁNYAI BORBÁLA – CSABAI LUCIA</i>	183
EGY ALFÖLDI KISVÁROS ÉS BUDAPEST EGY KERÜLETE PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZERÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA	272
HOL A HELYÜK A PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT EMBEREKNEK A TÁRSADALOMBAN – EGY FÓKUSZCSONPORTOS VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI – <i>LÉGMÁN ANNA – KONDOR ZSUZSA</i>	297
PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT SZEMÉLYEK TÁRSADALMI RÉSZVÉTELE – NARRATÍV INTERJÚK ELEMZÉSE – <i>LÉGMÁN ANNA</i>	301
HAZAI SZAKPOLITIKAI AJÁNLÁSOK: AZ ORSZÁGOS PSZICHOSZOCIÁLIS KONCEPCIÓ MEGALKOTÁSA – <i>BUGARSKZI ZSOLT – CSERTI-SZAUER CSILLA</i>	318
MELLÉKLETEK	327

PREAMBULUM

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar alapítványaként működő „A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány” az Emberi Erőforrások Minisztériuma megbízásából 2016. január–2017. március között kutatást folytatott a pszichiátriai betegként diagnosztizált személyek helyzetének feltárására „Országos kutatás pszichoszociális fogyatékos személyek köréről és társadalmi helyzetéről” címmel.

A kutatói team tagjai voltak: *Ács Andrea, Bányai Borbála, Bugarszki Zsolt, Buljádi Tünde, Csabai Lucia, Cserti-Szauer Csilla, Gordos Erika, Gurbai Sándor, Gyarmati Andrea, Horváth Péter, Kondor Zsuzsa, Légmán Anna, Papházi Tibor, Perlusz Andrea, Petri Gábor, Pichler Zsófia, Simon Dávid, Tausz Katalin.*

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar hallgatói: *Acél Réka, Gyöngyösi Katalin, Lakatos Albertné, Molnár Anna, Porkoláb Eszter.*

Tapasztalati szakértők: *Mérey Zsolt, Radó Iván, Szőke Zsolt.*

A kutatást *Perlusz Andrea*, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar főiskolai tanára vezette.

A kutatás legfontosabb kérdései az alábbiak voltak:

1. Hogyan definiálható az érintettek csoportja?
2. Hányan vannak?
3. Milyen az élethelyzetük?
4. Milyen szolgáltatási igényeik vannak?
5. Mibe kerül a mai ellátás az államháztartásnak?
6. Milyen akadályozó tényezők tapasztalhatók az érintettek életében, ellátásában?
7. Hogyan illeszthetők rendszerre a jelenlegi szolgáltatások differenciált szolgáltatások formájában?

Jelen kötet a kutatási program során elkészített dokumentumokat tartalmazza. Az anyag elméleti és empirikus részekből áll, melynek végén a kutatócsoport szakmapolitikai ajánlásokat fogalmazott meg.

A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar történetében nem előzmény nélküli a pszichoszociális fogyatékoság témájával való foglalkozás. Szakmai érdeklődésünk alapját az ENSZ Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezmény adja, s mint a hazánkban egyetlen, a fogyatékoságok széles spektrumára kiterjedő gyógypedagógusképzést folytató intézmény, feladatunknak éreztük, hogy az Egyezmény szellemében e tematika is a szakmai diskurzus fókuszába kerüljön. További célunk, hogy a kutatási projektek során előálló tudást visszaforgassuk a szakemberképzésbe. E projekt előzményeként 2013. szeptember 1.–2014. augusztus 31. között a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete együttműködve a Lélek-Hang Egyesülettel, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvánnyal és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karával 9996,90 euró támogatást nyert el a „Semmit rólunk, nélkülünk! Hiszem vagy tudom? Csinálom!” című projekt megvalósítására. Az EGT/Norvég Civil Támogatási Alap által támogatott projekt célja az volt, hogy a Fogyatékos-sággal élő személyek

jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény 1. cikkének megfelelően aktívan segítse elő a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek társadalmi inklúzióját. A projekt során – egyebek mellett – kidolgozásra és kipróbálásra került egy kurzustematika, melyet választható kurzusként kínáltunk a hallgatóinknak két féléven keresztül. A projekt eredményeképpen a kötet megjelenése idején az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán zajló tantervfejlesztési munkálatok nyomán előálló új tantervben az alapoó képzésbe már kötelező tartalomként kerül be a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek témája.

A kutatócsoport vezetőjeként magam és a kutatásban részt vevő munkatársaim nevében szeretnék köszönetet mondani az EMMI Fogyatékossgügyi Főosztálya vezetőjének, *dr. Juhász Péternek* és munkatársának, *Matus Ágnesnek*, valamint az EMMI Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatások Főosztálya főosztályvezető-helyettesének, *Bódy Évának*, hogy a témát támogatásra érdemesnek tartották, s hogy a feladattal az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar alapítványát, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítványt bízták meg, valamint kooperációjukkal folyamatosan segítették a munkát. Köszönöm továbbá mindazok segítségét, akik a kutatás során érdemben gazdagították az anyagot.

Budapest, 2017. február 14.

Perlusz Andrea
főiskolai tanár
ELTE Bárczi Gusztáv
Gyógypedagógiai Kar

JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET

Bevezetés

A pszichoszociális fogyatékos fogalma, illetve a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő személy definíciója nem található meg a hatályos magyar jogban. Találhatóak azonban olyan terminusok, amelyek egyértelműen összefüggésbe hozhatóak a pszichoszociális fogyatékos-sággal és a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő személyekkel. Ilyenek a következők:

- szellemi károsodás,
- pszichoszociális károsodás,
- pszichiátriai beteg(ség),
- mentális zavar,
- belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú,
- különleges, speciális és kettős szükséglet,
- sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló,
- szellemi fogyatékos,
- tartós betegség,
- kóros elmeállapot.

E fogalmak, meghatározások a magyar jogi környezet legkülönbözőbb területein jelennek meg és alakítják az érintett személyek életét, a velük kapcsolatos bánásmódot. E területek magukban foglalják – többek között – az alábbiakat:

- nemzetközi jog,
- antidiszkriminációs jog,
- magánjog,
- egészségügyi jog,
- szociális jog,
- munkajog,
- oktatási jog,
- gyermekvédelmi jog,
- büntetőjog, büntetés-végrehajtási jog, büntetőeljárás jog.

A fogalmak definiálásával és használatával kapcsolatosan egyrészt elvárás-ként fogalmazható meg egyfajta egységesség és konzisztencia, másfelől azonban a jogterületek különbözősége miatt a jogi szabályozás bevett formája, hogy egy adott jogszabály ún. értelmező rendelkezésekben határozza meg, hogy mit is ért egy-egy terminuson. Mindez azt jelentheti, hogy a pszichoszociális károsodás, a pszichoszociális fogyatékos-ság vagy a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő személy definíciója eltérhet egy-egy jogszabályban, azonban e definícióknak mégis összhangban kell lenniük

egymással, és az esetleges meghatározásbeli eltérésekre csak indokolt esetben és csak indokolt mértékben kerülhet sor.

E szempontok figyelembevételével tekintjük át – a tartalmi korlátok adta lehetőségek között – a magyar jogi környezet releváns rendelkezéseit és hiányosságait.

A nemzetközi jog területe

Az Országgyűlés a 2007. évi XCII. törvénnyel hirdette ki az ENSZ Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezményt [a továbbiakban: CRPD] és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet. Az Alaptörvény értelmében „Magyarország elfogadja a nemzetközi jog általánosan elismert szabályait. A nemzetközi jog más forrásai jogszabályban történő kihirdetésükkel válnak a magyar jogrendszer részévé.”¹ Ily módon a magyar jogrendszer részévé vált CRPD 1. cikke szerint „[f]ogyatékos-sággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó [...] szellemi [...] károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”

A CRPD angol nyelvű szövege értelmében „[p]ersons with disabilities include those who have long-term [...] mental [...] impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.” A pszichoszociális fogyatékos-ság fogalmának meghatározása során a CRPD angol és magyar nyelvű szövege közötti eltérésekkel kapcsolatosan rá kell mutatnunk:

- A CRPD angol nyelvű szövege alapján a „mental impairment” – mely a pszichés károsodást jelenti – lefedi a pszichoszociális károsodás fogalmát. Ezt a magyar nyelvű szöveg nem adja vissza.
- Az angol nyelvű hiteles szöveg az „include” kifejezés miatt nyitott definíciót alkalmaz, azonban ebből a magyar fordítás egy taxatív felsorolást tartalmazó meghatározást hoz létre. Mindez rendkívüli fontossággal bír a pszichoszociális fogyatékos-ság fogalmának meghatározásában, hiszen nem csak és kizárólag a hosszan tartó pszichoszociális károsodással élő személyek tartozhatnak ide – egyéb károsodással élő személyek mellett –, de akár a nem hosszan tartó pszichoszociális károsodással élő személyek is.

Az antidiszkriminációs jog területe

A CRPD-hez hasonló, bár nem azonos megközelítést tesz magáévá a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény [a továbbiakban: Fot.] 4. § a) pontja is, amely alapján „fogyatékos személy az a

1 Alaptörvény Q) cikk

személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan [...] pszichoszociális károsodással [...] él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.” E törvényi definícióval kapcsolatosan két fontos észrevételt kell tennünk:

- a CRPD magyar fordításának megfelelően zárt definíciót alkalmaz, és a pszichoszociális károsodással élő személyek körében csak a tartós vagy végleges károsodással élőket foglalja magában, tehát nem követi a CRPD angol nyelvű szövegének nyitott definíciós meghatározását;
- a fogyatékos személy definícióját a Fot. úgy vezeti be, hogy „[e] törvény alkalmazásában [...]”, amely arra enged következtetni, hogy más jogszabály esetében a Fot.-tól eltérő meghatározás is elképzelhető és elfogadható.

A magánjog területe

A magánjog területét érintően azt fontos tisztázni, hogy miként érinti a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyeket a gondnokság és a támogatott döntéshozatal jogintézménye: milyen összefüggés van, illetve lehetséges a pszichoszociális károsodás/fogyatékossg és az ügyek viteléhez szükséges belátási képesség és a mentális zavar között.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény [a továbbiakban: Ptk.] szerint a bíróság cselekvőképességet részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság alá helyezi azt a nagykorút, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége – mentális zavara következtében – tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent (cselekvőképesség részleges korlátozása) vagy tartósan, teljes körűen hiányzik (cselekvőképesség teljes korlátozása), és emiatt – egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel – gondnokság alá helyezése indokolt. A cselekvőképesség részleges korlátozása esetén a gondnokság alá helyezés meghatározott ügycsoportokra vonatkozóan történik, míg a cselekvőképesség teljes korlátozása esetén általános jelleggel.²

A gondnokság egyik alternatívája a támogatott döntéshozatal jogintézménye. Támogató kirendeléséről az érintett nagykorú személy kérelmére vagy bíróság általi kezdeményezésre az érintett személy egyetértésével kerül sor azon személyeknél, akik az egyes ügyeik intézésében, döntéseik meghozatalában belátási képességük kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szorulnak.³

A CRPD rendelkezéseit figyelembe vevő megoldás az lenne, ha minél több pszichoszociális fogyatékossgal élő személy élhetne a támogatott döntéshozatal jogintézményével és minél kevesebb érintett személyt helyeznének gondnokság alá.

2 V.ö.: Ptk. 2:19–2:24. §.

3 V.ö.: Ptk. 2:38. §.

Az egészségügyi jog területe

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [a továbbiakban: Eütv.] és a kapcsolódó jogszabályok, például a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6). ESzCsM rendelet, nem alkalmazzák a pszichoszociális fogyatékoság vagy károsodás és a pszichoszociális fogyatékosággal vagy károsodással élő személy fogalmát, hanem – orvosi diagnózisként – a pszichiátriai beteg terminust használják. A CRPD és a Fot. társadalmi megközelítést magában foglaló definíciójától eltérően az Eütv. az ún. medikális megközelítést alkalmazza. Az Eütv. kizárólag a pszichiátriai betegek gyógykezeléséről és gondozásáról szóló X. fejezete vonatkozásában definiálja, hogy kit tekint pszichiátriai betegnek: „az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60–X84) diagnózisát állítja fel.”

Azzal összefüggésben, hogy az Eütv. pszichiátriai beteg fogalma miként viszonyul a pszichoszociális károsodás vagy fogyatékoság terminusához, a kiindulópontot a CRPD nyitott definíciós meghatározása kell, hogy jelentse. E meghatározásból kiindulva, bizonyos pszichoszociális károsodások/pszichiátriai betegségek – a környezeti akadályokkal való kölcsönhatás következtében és a társadalmi részvétel korlátozottságát eredményezve – minden bizonnyal a pszichoszociális fogyatékoság fogalmához fognak tartozni (hosszan tartó pszichoszociális károsodások), míg egyéb pszichoszociális károsodások/pszichiátriai betegségek a pszichoszociális fogyatékoság fogalmához tartozhatnak (nem hosszan tartó pszichoszociális károsodások).

A szociális jog területe

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben [a továbbiakban: Szocvtv.] szabályozott pénzbeli, a természetben nyújtott és a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások jogosultjaként nem jelennek meg közvetlenül a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek. Ez jellemzi az Szocvtv.-ben szabályozottakon kívüli ellátásokat is, így elsősorban a fogyatékosági támogatást, melynek jogi alapjait a Fot. 22–23/F. §-ai tartalmazzák. Kardinális kérdés, hogy a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek miként tudnak megjeleníteni a fogyatékosági támogatás jogosult körénél. Ez annál is inkább fontos, mert a különböző ellátások jogosultjaként gyakran nevesítik a fogyatékosági támogatásra jogosult személyeket. Ez jellemző az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásra,⁴ a súlyos mozgáskorlátozottak közlekedési támogatására,⁵ és a parkolási iga-

⁴ Szocvtv. 37. §.

⁵ 102/2011. (VI. 29.) Korm. rendelet.

zolványra.⁶ További fontos ellátásként említhető az ápolási díj is, melyet súlyosan fogyatékos, illetve a 18 év alatti tartósan beteg személyek után folyósítanak, azonban a Szocvtv. 41. § (3) bekezdés a) pontja a pszichoszociális károsodással, illetve fogyatékossgal élő személyeket nem említi a súlyos fogyatékossgal összefüggésben.

A magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékossgokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet érdekes megközelítést alkalmaz a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségek és fogyatékossgok rendszerezésénél. Az említett ESzCsM rendelet 1. mellékletének I. része a releváns fogyatékossgai csoportokat (hallási fogyatékos, értelmi fogyatékos, látási fogyatékos és mozgásszervi fogyatékos) sorolja fel, míg e rendelet II. része betegségecsoportokat nevez meg,⁷ melyek között a „mentális és viselkedészavarok”-nál találjuk a schizophreniát, a schizotipias és paranoid zavarokat, valamint egyéb súlyos pszichiátriai kórképeket. Ez utóbbi értelmezéséhez az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a következő definíciót fűzi: „Egyéb súlyos pszichiátriai kórképek: olyan, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 188. § d) pontja szerinti súlyos pszichiátriai beteg gyermek, aki közösséget, nevelési-oktatási intézményt – ide nem értve a speciális közösség, illetve nevelési-oktatási intézmény esetét – önmaga vagy a közösség veszélyeztetése miatt nem látogathat, és az állapot krónikussága miatt rendszeres gyermekpszichiátriai kezelésben részesül.”

A Szocvtv.-ben szabályozott szociális alapszolgáltatások rendszerében sem egyértelmű, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek mely alapon, milyen szolgáltatásra jogosultak. Értéktetést kell például biztosítani – az egyéb jogosultsági feltételek fennállása mellett – az érintett személyek számára a „fogyatékossguk, pszichiátriai betegségük” miatt.⁸ A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás alanyai lehetnek mind fogyatékossgal élő személyek, mind pedig pszichiátriai betegek.⁹ E szolgáltatások esetében egyértelművé kell tenni, hogy a pszichoszociális fogyatékossg fogalma hogyan viszonyul a fogyatékossg és a pszichiátriai betegség fogalmához. Nem ilyen egyszerű a helyzet például a támogató szolgáltatás esetében: A Szocvtv. egyrészt hangsúlyozza, hogy „[a] támogató szolgáltatás igénybevétele során szociálisan rászorultnak minősül a súlyosan fogyatékos személy”,¹⁰ másrészt hozzáteszi, hogy ebben az esetben súlyosan fogyatékos személynek minősül „a külön jogszabály szerinti fogyatékossgai támogatásban, vakok személyi járadékában, illetve magasabb összegű családi pótlékban részesülő személy.”¹¹ A hatályos jogi szabályozás alapján tehát a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek igen szűk köre veheti igénybe a támogató szolgáltatást.

6 218/2003. (XII.11.) Korm. rendelet.

7 Itt említi az ESzCsM rendelet például a gyermekkori autizmust, az atípusos autizmust vagy az Asperger-szindrómát is.

8 Szocvtv. 62. § (1) c) pont.

9 Szocvtv. 65. §.

10 Szocvtv. 65/C. § (4) bekezdés.

11 Uo. (5) bekezdés.

A munkajog területe

A munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény [a továbbiakban: Mt.] nem határozza meg, hogy kit ért fogyatékossgal élő személyen, ezért a Fot. rendelkezéseit alapul véve a pszichoszociális károsodással/fogyatékossgal élő személyek számára is biztosítani kell az észszerű alkalmazkodásokat.¹² Ehhez hasonló módon, a pótszabadság rendszerénél figyelemmel kell lenni arra, hogy van-e a munkavállalónak pszichoszociális károsodással/fogyatékossgal élő tizenhat évesnél fiatalabb gyermeke. Az Mt.-vel összefüggő egyik fontos kérdés az, hogy a pszichoszociális károsodással/fogyatékossgal élő munkavállaló miként jogosult az Mt. 120. §-ában szabályozott, évenkénti öt munkanap pótszabadságra.¹³

A foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló 1991. évi IV. törvényben [a továbbiakban: Flt.] található – a pszichoszociális fogyatékossgal összefüggő – anomáliák a következők:

A Foglalkoztatási és Közfoglalkoztatási Adatbázis a közfoglalkoztatottakra vonatkozó adatok körében prioritási szintet tartalmaz, mellyel összefüggésben a vizsgálandó szempontok közé tartozik, hogy az érintett személy „fogyatékkal élő munkavállaló”-e.¹⁴ Az Flt. szerint „Fogyatékkal élő munkavállaló, aki

- a) a nemzeti jog szerint fogyatékosnak elismert vagy
- b) elismerten fizikai, elméleti vagy pszichológiai károsodásban szenved.”¹⁵

Kérdésként merül fel ebben az esetben, hogy ha valaki a Fot. szerint pszichoszociális fogyatékossgal él és az említett a) pont szerinti fogyatékossgal élő személy, akkor kiket kell érteni az „elméleti vagy pszichológiai károsodásban szenvedőkön”.

Az Flt. a következő módon definiálja a megváltozott munkaképességű személyeket: „aki testi vagy szellemi fogyatékos, vagy akinek az orvosi rehabilitációt követően munkavállalási és munkahely-megtartási esélyei testi vagy szellemi károsodása miatt csökkennek.”¹⁶ A megválaszolandó kérdés jelen esetben az, hogy e definíció miként viszonyul a pszichoszociális károsodással/fogyatékossgal élő személyekhez.

12 Vö.: Mt. 51. § (5) bekezdés.

13 Az Mt. 120. §-a szerint: „A munkavállalónak, ha

- a) a rehabilitációs szakértői szerv legalább ötven százalékos mértékű egészségkárosodását megállapította,
 - b) fogyatékossgai támogatásra jogosult, vagy
 - c) vakok személyi járadékára jogosult
- évenként öt munkanap pótszabadság jár.”

14 Vö.: Flt. 57/B. § (3) bekezdés 2. pont ag) alpont és 57/B. § (4) bekezdés 3. pont.

15 Flt. 57/B. § (4) bekezdés 3. pont.

16 Uo. 58. § (5) bekezdés m) pont.

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény [a továbbiakban: Nktv.] értelmező rendelkezései között találjuk a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló fogalmát. E terminus alatt az Nktv. a következő gyermekeket érti: „az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.”¹⁷ A pszichoszociális károsodással/fogyatékossgal élő gyermek és a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló fogalma közötti reláció vizsgálat tárgyát kell, hogy képezze.

A gyermekvédelmi jog területe

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény [a továbbiakban: Gyvt.] nem ismeri a pszichoszociális fogyatékossg fogalmát; az értelmező rendelkezések között azonban meghatározza a „tartós betegség”¹⁸ és a „fogyatékos gyermek, fiatal felnőtt”¹⁹ terminusokat. Ezek a definíciók a magasabb összegű családi pótlékra való jogosultság feltételrendszerére, illetve a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló Nktv.-ben foglalt meghatározására utalnak vissza. Kérdésként merül tehát fel, hogy milyen viszony áll(hat) fenn a pszichoszociális károsodás/fogyatékossg és a „tartós betegség”, valamint a „fogyatékos gyermek, fiatal felnőtt” fogalmak között.

A gyermekvédelmi szakellátások között a Gyvt. nevesíti az otthont nyújtó ellátást és meghatározza, hogy

1. különleges ellátást kell biztosítani
 - a) a tartósan beteg és a fogyatékos gyermek számára;²⁰
2. speciális ellátást kell biztosítani
 - a) a súlyos személyiségfejlődési, érzelmi élet- és impulzuskontroll-zavarokkal küzdő, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutató gyermek (súlyos pszichés tüneteket mutató gyermek),
 - b) a súlyos magatartási és beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális viselkedésformákat tanúsító gyermek (súlyos disszociális tüneteket mutató gyermek),

¹⁷ Nktv. 4. § 25. pont.

¹⁸ Gyvt. 5. § p) pont.

¹⁹ Uo. q) pont.

²⁰ Uo. 53. § (2) bekezdés aa) pont.

- c) az alkohol, drog és egyéb pszichoaktív szert használó gyermek (pszichoaktív szert használó gyermek) számára;²¹
- 3. különleges és speciális ellátást együttesen kell biztosítani
 - a) a különleges és speciális szükségletet egyidejűleg mutató gyermek (kettős szükségletű gyermek) számára.²²

A Gyvt. végrehajtási rendeletei az itt bemutatott rendelkezésekre építve használják a különleges, speciális és kettős ellátás, valamint szükséglet fogalmait. A megválaszolandó kérdés ebben az esetben is az, hogy ezek a terminusok miként viszonyulnak a pszichoszociális károsodás/fogyatékoság fogalmához.

A büntetőjog, a büntetés-végrehajtási jog és büntetőeljárási jog területe

Amíg a Ptk.-t a belátási képességgel, illetve annak hiányával kapcsolatosan említettük meg, addig a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényt [a továbbiakban: Btk.], a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvényt [a továbbiakban: Bv. tv.] és a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvényt [a továbbiakban: Be.] a „kóros elmeállapottal” összefüggésben szükséges megvizsgálni. E körben az a kérdés válaszolandó meg, hogy milyen összefüggés állhat fenn a pszichoszociális károsodás/fogyatékoság és a Btk., a Bv. tv., valamint a Be. által használt kóros elmeállapot fogalma között.²³

Összegzés

Ez az elemzés arra tett kísérletet, hogy a jog néhány területét megvizsgálva rövid áttekintést adjon a hatályos magyar jogi környezet azon fogalmairól, amelyek összefüggésbe hozhatók a pszichoszociális fogyatékosággal és a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyekkel. A pszichoszociális károsodás/fogyatékoság átfogó bevezetése a jog eszközeibe olyan kötelezettség, melyet a CRPD támaszt, és ilyen kötelezettség az is, hogy a jogszabályokban és a közjogi szervezetszabályozó eszközökben a CRPD emberi jogi megközelítése jusson érvényre. A jogi környezet e revíziója arra a megközelítésre kell, hogy épüljön, amely magáévá teszi a CRPD azon alaptételét, miszerint „a fogyatékoság egy változó fogalom.”

21 Gyvt. 53. § 2. bekezdés b) pont.

22 Gyvt. 53. § 2. bekezdés c) pont.

23 CRPD Preambulum e) pont.

1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről
2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről
2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről
2013. évi CCXL. törvény a büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról
- 218/2003. (XII. 11.) Korm. rendelet a mozgásában korlátozott személy parkolási igazolványáról
- 102/2011. (VI. 29.) Korm. rendelet a súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről
- 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról
- 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól

A MENTÁLIS PROBLÉMÁK KEZELÉSÉNEK NEMZETKÖZI TENDENCIÁI

Az alábbiakban arra teszünk kísérletet, hogy áttekintsük, melyek a mentális problémák kezelésének leginkább jellemző nemzetközi tendenciái, és ezek mentén javaslatokat fogalmazzunk meg a hazai szakpolitika alakítására. Tanulmányunkban elsősorban az európai tendenciákra fektetjük a hangsúlyt. Magyarország európai uniós tagsága, jóléti rendszereink növekvő beágyazottsága és szociokulturális tényezők is ezt teszik indokolttá.

Alapvetően négy fő tendencia mentén tárgyaljuk a mentális problémák kezelésének alakulását:

1. A társadalomtudományok növekvő hatása a pszichiátriai ellátórendszerre
2. A felhasználói mozgalmak szerepének növekedése
3. A modern technológia és az új típusú közösségi, gazdasági modellek hatása a közösségi alapú szolgáltatásokra
4. Tudástranszfer: az eredmények és tapasztalatok alkalmazása a gyakorlatban

Mint minden kiemelés, ez is tudatos választás eredménye. Habár a szerzők szakmai meggyőződése, hogy napjainkban leginkább ezek a tendenciák alakítják az ellátórendszert, nyilvánvalóan elképzelhető ettől eltérő felosztás és hangsúlyozás is. Az irányok sosem egyértelműek, egymással ellentétes, sok esetben egymás hatását kioltó mozgásokat is látunk, melyekről az adott pillanatban még nehéz eldönteni, hogy pontosan milyen irányba mozdítják el a gyakorlatot. Azokat a megközelítéseket részesítettük előnyben, melyek számos ország vagy különböző irányadó nemzetközi szervezetek (WHO, Európai Bizottság) szakpolitikai dokumentumaiban, stratégiai terveiben és ajánlásaiban szerepelnek.

A társadalomtudományok növekvő hatása a pszichiátriai ellátórendszerre

A XX. század közepétől kezdve a társadalomtudományok egyre nagyobb hatást gyakoroltak a pszichiátriára. A legnagyobb figyelmet és visszhangot a 60-as évek kritikai megközelítései kapták, azonban a társadalomtudományok, elsősorban a szociológia, majd később a szociálszociológia és a kulturális antropológia ennél jóval több dimenzióban foglalkozott a mentális problémák jelenségével.

Sokáig úgy tűnt, a társadalomtudományi megközelítések megmaradnak a nagy átfogó elméletek, illetve a szociológiai gondolkodástól sosem idegen kritikai szemlélet szintjén. Azonban az eltelt 30-40 évben gyümölcsöző gyakorlati következménye is lett a tudományterület megjelenésének.

Nem függetlenül a 60-as évek emberi jogi, polgárjogi megközelítéseiből táplálkozó pszichiátrikritikától, az ún. intézménytelenítés (dezintitucionalizálás) során

jelentősen átalakult az ellátórendszer. A korábban kórház- és intézményalapú megközelítésről a hangsúly az ún. közösségi pszichiátria szolgáltatásaira helyeződött, a kizárólag egészségügyi szakkérdésnek tekintett mentális problémák egy interdiszciplináris térben ma már számos megközelítés prizmáján keresztül kerülnek értelmezésre. Az erős kritikai szemlélet és az ezek mentén alakuló emberi jogi, betegjogi mozgalmak hozzájárultak az ellátórendszer demokratizálódásához, a társszakmák, közöttük a szociális szakmák megjelenése pedig egy elméleti és módszertani szempontból is plurális, multidiszciplináris területté alakította a pszichiátriát. (Bugarszki, 2015)

Napjaink fejleménye, a felépülésalapú szolgáltatási modellek megjelenése pedig már egy olyan pszichiátria képét vetítik előre, ahol az évtizedek óta egymással párhuzamosan jelen lévő szakmai megközelítések mellett az érintettek saját tapasztalatain alapuló értelmezések és az azokból kialakult gyakorlati megoldások is jelentős szerephez jutnak.

Az intézménytelenítés

A múlt század második felében a társadalomtudományok megjelenése a területen leginkább az intézménytelenítés folyamatában volt tetten érhető. Az intézménytelenítés rendszerint 10-15 évig elhúzódó szakpolitikai reformfolyamat, melynek során a korábban zárt elmegyógyintézeteken és nagy létszámú bentlakásos intézményeken alapuló ellátórendszer átadja helyét a közösségi alapú ellátási formáknak.

A zárt, nagy létszámú intézmények felszámolásának folyamata napjainkban is tart. Kelet-Európában, elsősorban az Európai Unió új tagállamaiban a folyamat igazából most kezd lendületet venni, de még mindig találunk olyan nyugat-európai országokat is, ahol a folyamat nem tekinthető befejezettnek. (Petri és Kozma, 2012)

Ugyanakkor azokban az országokban, ahol az intézménytelenítés folyamata befejezettnek tekinthető (pl. az Egyesült Királyság, Svédország, Olaszország), ma már egyértelmű empirikus bizonyítékok vannak a folyamat sikerét illetően, érdemi szakpolitikai törekvés évtizedek óta nincs az intézményalapú ellátórendszer visszaállítására. (ESN, 2011).

Mivel a hazai szakpolitikák alakításában az intézménytelenítés aktuális kérdés, érdemes a téma nyugat-európai irodalmából néhány olyan jelenségre felhívni a figyelmet, amelyeket ma már a szerzők többsége az intézménytelenítéssel kapcsolatos jellemző kudarcokként tart nyilván.

Az olaszországi intézménytelenítés folyamata a 80-as évek elejétől a 90-es évek közepéig tartott, azonban az erősen decentralizált közigazgatás, illetve az ország északi és déli területei között meglévő fejlettségbeli különbségek következtében végrehajtása felemás eredményeket hozott. Míg az északi, fejlett tartományokban egy a problémák kezelésére hatékonyan képes, teljes lefedettséget biztosító közösségi alapú ellátórendszer alakult ki, a déli tartományokban ez annak ellenére nem történt meg, hogy a nagy létszámú intézményeket ott is felszámolták. A megfelelő számú és színvonalú közösségi alapú alternatívák hiánya a marginalizálódás felé sodorta az elálatlan érintetteket, amit sokan ma is az intézménytelenítés káros hatásaként, nem pedig annak

következetes, az alternatívákat is létrehozó végrehajtásának elmulasztásaként tartanak nyilván. (Mosher és Burti, 1989)

Egy évtizeddel később Svédországban szintén nehézségeket tapasztaltak az intézménykiváltás első körének végrehajtása során.

Az első svéd koncepció értelmében a megszűnő intézmények helyén kisebb lakóközösségek jöttek létre a fogyatékossgal és mentális problémával élő emberek számára, ahol habár a korábbiánál kisebb, személyesebb légkörben, de továbbra is a többségi társadalomtól inkább elszigetelten éltek. Ezek a megoldások az életminőség és az emberi jogok érvényesülésének szempontjait figyelembe véve egyértelműen jobb megoldást jelentettek a korábbiakhoz képest, azonban az önálló életvitellel és a társadalmi beilleszkedéssel kapcsolatos elvárásoknak nem feleltek meg. Látva a mutatók elégtelenségét, a svéd kormány egy újabb, immár a közösségi integrációra törekvő második kiváltási hullám elindítása mellett döntött. (Granerud és Severinsson, 2006)

Mivel az intézménytelenítés kérdése Magyarországon is eldöntötnek tekinthető, a folyamat végrehajtásával kapcsolatban fontosnak tartjuk néhány olyan további jelenségre felhívni a figyelmet, amelyek hasznosak lehetnek a magyarországi végrehajtás során is.

Az intézménytelenítés az ellátórendszer egészét új alapokra helyezi. A WHO szakpolitikai ajánlásaiban az optimális ellátórendszer struktúráját a következőképpen szemléltetik (1. ábra).

1. ábra. A WHO ajánlása az optimális szolgáltatási struktúráról



Az ábrából egyértelműen kitűnik, hogy a pszichiátriai intézmények súlya jelentősen visszaszorul egy ilyen ellátórendszerben, és kiemelt hangsúllyal jelennek meg az alapellátás, illetve a nem hivatalos közösségi gondoskodás elemei. Ez utóbbiakra később még részletesen kitérünk.

A WHO ajánlásához képest ma még egyértelműen egy intézményi alapú ellátási forma jellemzi a hazai ellátórendszert (Állami Számvevőszék, 2012). A hangsúlyok

átalakításához jelentős források bevonására, illetve a meglévő források átcsoportosítására van szükség az alapellátások és a közösségi alapú megoldások javára.

A paradigmaticus léptékű változásokat jelzi az is, hogy az új típusú, közösségi alapú ellátórendszerben megváltoztak azok az alapvető szakmai módszerek és megközelítések, amelyek korábban a kezelések és a szakpolitikai döntések alapját képezték. Míg például a hagyományos, kórház- és intézményalapú pszichiátriai rendszerek rendszerint a különböző biológiai sajátosságokat mérő klinikai vizsgálatok mentén állapították meg egy szolgáltatás vagy konkrét beavatkozás sikerességét, mára ezek mellett már azonos hangsúllyal jelennek meg az élethelyzetre, szociális státuszra vonatkozó szociológiai jellemzők. A mentális jóllét és mentális egészség fogalma gyökeresen átalakult, a korszerű meghatározás már nem a tünetek megléte vagy egyéb kizárólag biológiai diszpozíciók mentén beszél egészségről, hanem elismeri a társas, sőt a társadalmi kontextus jelentőségét is. (Thornicroft és Tansella, 1999)

Az életminőség és annak szociális összetevői önmagában hatással vannak a mentális jóllétre, mely alapvető üzeneteket fogalmaz meg a jövő ellátórendszere számára. Napjaink egyik leginkább figyelemreméltó fejleménye az egyelőre leginkább az angolszász országokban megfigyelhető elmozdulás a felépülésorientált megközelítések irányába, mely valószínűleg nagy hatással lesz a jövő szolgáltatásaira és azok eredményességmérésére is. (Becker, Diamon és Sainfort, 1993).

A hazai ellátórendszerben egyelőre csak nyomokban tapasztalható ez a szemlélet. Habár a különböző juttatások, státuszok megítélésekor az értékelésnél (például a foglalkoztathatóság kérdéskörében) már egyértelműen megjelennek szociális szempontok, azonban arról még nem beszélhetünk, hogy átfogó életminőség-mérések mentén születnének ellátási tervekről, szolgáltatási formákról és az azokat keretbe foglaló szakpolitikákról döntések. Sokat jelent, hogy például a KSH felméréseiben vagy a népszámlálási adatoknál a korábbinál jóval nagyobb jelentősége van egy szubjektív jóllét besorolásnak a klinikai diagnózisokhoz képest, a szolgáltatások értékelésénél ez azonban még nem jelenik meg rendszerszinten.

A közösségi alapú ellátórendszer

Az előző alfejezetben ismertetett WHO-ajánlást alapul véve részleteiben is ismertetjük, hogy a közösségi alapú ellátórendszer megjelenése Nyugat-Európában miképpen alakítja át napjainkban is a szféra fogalmi eszköztárát és alapvető viszonyait.

A közösségi alapú ellátórendszer egyik jellegzetessége, hogy az a mentális jóllét előmozdítását egy jóval tágabb értelemben ragadja meg, melynek elemei túlmutatnak az ellátórendszer szigorú értelemben vett határain. Ha vetünk egy pillantást ismét az előző oldalon szereplő 1. ábrára, akkor látjuk, hogy annak alapját az önségítés, illetve az ún. „nem hivatalos közösségi gondoskodás” képezi. A különböző önségítő kezdeményezésektől kezdve ide sorolhatjuk a családi, szomszédsági viszonyokat, a helyi közösségeknek azokat a támogató mechanizmusait, amelyek képesek megtartani az adott közösség sérülékeny tagjait.

Fontos, hogy ne tévesszük össze az informális segítő hálózat megszervezését az érintettek ellátórendszerből történő pusztá eltávolításával vagy a szakmai szolgáltatások, szakemberek kivonulásával az érintettek életéből. Egy helyi közösség megerősítése és támogatása továbbra is szakmai feladat, ezek nélkül a közösségek nélkül elképzelhetetlen a WHO modelljének működtetése.

Két példáját szeretnénk kiemelni a közösségi erőforrások lehetséges mozgósításának, annak, miképpen kel életre a „nem hivatalos közösségi gondoskodás” napjaink különböző ellátórendszereiben.

Az Egyesült Királyságban több mint 20 éve létezik és folyamatosan bővül az ún. személyes költségvetés és közvetlen fizetés rendszere²⁴. Ez nevében leginkább egy szolgáltatásfinanszírozási formára utal, azonban ennél jóval többről van szó. A közvetlen kifizetés keretén belül az ellátásra jogosult érintettek egy készpénzkerethez jutnak, melyet egy, az állapotfelmérés során megállapított, általuk szabadon választott szolgáltatás megvásárlására költhetnek. (Glasby, 2005)

A rendszer mellett, hogy jóval erősebb kontrollt ad az érintettek kezébe saját ellátásuk megválasztásával kapcsolatban, arra is lehetőséget ad, hogy számos szolgáltatás esetében az érintett saját informális közegében találjon megoldást. Személyi segítés, bevásárlás, szállítás, kísérés alkalmával nem feltétlenül kell professzionális szolgáltatóhoz fordulniuk, ezek megoldhatók a helyi közösség, a szomszédság, a személyes kapcsolatrendszer keretein belül is. A személyes költségvetés ehhez nagyon hasonló megoldást jelent, itt azonban az érintett csak a döntést hozza meg az ellátásában résztvevő személyekről vagy szolgáltatásokról, a kifizetés az önkormányzaton, valamilyen szolgáltatón vagy egy alapon keresztül közvetetten történik.

A megoldást ma már számos országban alkalmazzák, Kelet-Európában is. Nemrégiben a Cseh Köztársaságban, Szlovákiában vezettek be hasonló konstrukciót, de évek óta létezik ilyen lehetőség egy szűk célcsoport számára a balti országokban is, ahol azonban családtagok nem vehetik igénybe (Šiška és Beadl-Brown, 2011).

A konstrukció egyik legnagyobb előnye, hogy az alapvetően alakítja át az érintettek és a szolgáltatók viszonyát.

Svédországban az érintettek választási lehetőségét olyan hangsúlyosnak tartják, hogy a jogszabály külön rendelkezik arról, hogy az önkormányzatoknak kötelessége a szolgáltatók közötti versenyhelyzet megteremtése, az érintettek pedig tréningeket, szolgáltatásokat vehetnek igénybe csak arra, hogy megtanulják, miképpen lehet egy szolgáltatót elbocsátani, hogyan kell vásárlóként viselkedni. Arra is lehetőség van, hogy érintettek egy csoportja ún. szövetkezetet hozzon létre, ahol együttesen lépnek fel megrendelőként a szolgáltatói piacon, jelentősen növelve ezzel piaci erejüket és befolyásukat. (Swedish Code of Statutes, 1993)

A másik nagyon fontos dimenzió az, hogy a demográfiai problémákkal küzdő nyugat-európai országokban ma már szinte lehetetlen az ellátást megfelelő számú szakemberrel biztosítani. Az informális segítő megjelenése pótlólagos erőforrásokat hoz létre az ellátórendszerben. Ennek különösen a távoli kistelepüléseken, forráshiányos területeken van jelentősége, ahol komoly gondot okoz a szakembe-

24 Az eredeti angol szakkifejezések: personal budgeting és direct payment.

rek toborzása, ugyanakkor az erőforrások általános hiánya miatt jóval nagyobbak a gondozási szükségletek. A későbbiekben látni fogjuk, hogy ezeket a szolgáltatási formákat napjainkban aztán előszeretettel kötik össze modern ICT eszközök alkalmazásával vagy a sharing economy típusú gazdasági sémák helyi közösségekre adaptált módozataival.

A közösségi erőforrások mozgósításának másik megközelítése a hagyományos tartós gondoskodást nyújtó szolgáltatási formák²⁵ tehermentesítésén alapul a közösségfejlesztés forrásaival. Ennek a folyamatnak az alapelemeit megtaláljuk az angol elmeegészségügyi ellátórendszerben, ahol komplex szolgáltatásformákat vesznek át felhasználói csoportok vagy helyi közösségek, azonban mi a rendszerszintű szakpolitikai reformok példaként itt elsősorban a holland ellátórendszer teljes átalakítását szeretnénk példaként felhozni.

A tartós gondoskodást nyújtó ellátási formák reformjának keretén belül Hollandiában elsősorban az alapszolgáltatások átalakítására került sor. A hagyományos ellátási modell mentén működő szolgáltatási formák egyre inkább visszaszorulnak, és helyüket a közösségfejlesztés egy sajátos formája veszi át, ahol a különböző sérülékeny csoportok támogatásának felelőssége megoszlik a helyi szomszédság és a professzionális ellátó szervezetek között. (Wilken et al., 2017)

A napjainkban zajló reformfolyamat motorját elsősorban az a felismerés adta, hogy még a jómódúnak tekintett Hollandiában is – ha nem történik beavatkozás – a társadalom idősödésével és általában a tartós gondozási szükségletek növekedésével az egészségügyi és szociális kiadások jelenleg is magas mértéke a jövőben fenntarthatatlan módon emelkedhet. (Ravelli, 2006).

Világossá vált, hogy az állam (illetve az önkormányzatok) egyedül képtelenek a növekvő ellátási igényekkel megbirkózni. Az új holland jóléti politika értelmében a jóléti állam koncepcióját fokozatosan átveszi a részvételen alapuló társadalom koncepciója, ahol az egyes állampolgárok és közösségek aktívan részt vesznek a sérülékeny csoportok támogatásában, amelyet nem lehet a továbbiakban pusztán absztrakt ellátórendszerekre építeni.

Az új holland modellben az is hangsúlyosan jelenik meg, hogy a hagyományos jóléti ellátórendszerek paradox módon inkább elidegenítették egymástól a közösség tagjait. A különböző szakmai szempontok szerint szegmentált szolgáltatásokba kiemelt egyes sérülékeny csoportoknak annak ellenére nem volt létező kapcsolata a helyi közösségekkel, hogy az őket ellátó szolgáltatások földrajzilag a közösségbe integráltnak működtek.

A 70-es, 80-as években kialakult ellátórendszer kritikája fogalmazódik itt meg, melynek üzenete éppen azért fontos számunkra, mivel a nagy létszámú intézményrendszer felszámolása mentén Magyarországon éppen napjainkban készülünk megerősíteni azt az alapellátás struktúrát, amelynek gyökeres átalakítása Hollandiában már elkezdődött.

Hollandiában évente mintegy 10 000 szociális munkás állás szűnik meg, és sorra zárnak be a hagyományosan célcsoportokra bontott közösségi alapú szolgáltatási

25 Az angol szakirodalomban: Long Term Care (LTC).

formák, mint például az idősök vagy pszichiátriai betegek nappali intézményei. Ezek forrásai azonban a rendszerben maradnak, az elkülönült alapszolgáltatás a jövőben pl. a helyi közösségi házban bérel magának helyet, ahol az érintettek elsősorban helyi állampolgárként és nem pedig egy klinikailag meghatározott célcsoport tagjaként jelennek meg. Egy másik megoldás az, amikor a hazai szóhasználatban közösségi ellátásnak hívott szolgáltatás feladatainak zömét helyi önkéntesek százait mozgósítani képes közösségi centrumok veszik át, megsokszorozva ezzel egyrészt az ellátórendszer kapacitásait, másrészt növelve a helyi közösségek integráltságát. (Wilken et al., 2014).

A koncepció elméleti hátterét a közösségek revitalizálásáról szóló olyan szociológiai megközelítések adják, mint a Robert Putman által hangsúlyozott szociális tőke (Putnam, 2000) vagy a Manuel Castells nevével fémjelzett hálózati társadalmak rendszere (Castells, 1996). Ebben a megközelítésben egyrészt a figyelem az individualizált klinikai szempontú ellátási formákról a közösségek szintjére kerül, másrészt azonban azonnal megfogalmazódik annak szükségessége, hogy közösségeinket újra kell élesztetni és erre jelentős erőforrásokat kell fordítanunk.

Nem arról van szó tehát, hogy az ellátórendszer leépítésének jegyében a tartós gondozás feladata professzionális szolgáltatások híján a helyi közösségekre hullik vissza, hanem a törekvések elsősorban arról szólnak, hogy a jelenlegi magas szociális ráfordítások jelentős hányadát a közösségek újrateremtésére kell fordítani, hogy a hagyományos ellátórendszer költségeinek további exponenciális növekedésének gátat szabjanak.

A holland reformok üzenete azért lehet fontos a magyarhoz hasonló kelet-európai társadalmak számára, mert egy kedvezőtlen demográfiai változások előtt álló társadalomban, úgy tűnik, illúzió azt gondolni, hogy a jóléti újraelosztás hagyományos keretei között, a meglévő szolgáltatási formákban gondolkodva, a tartós gondozás iránti szükségletek fenntartható módon, hosszú távon kielégíthetőek lesznek. Egyértelműen új megoldásokra van szükség és ezekben újra kell gondolnunk állam és állampolgár, illetve a helyi közösségek és az állampolgár viszonyát.

Végezetül felhívjuk a figyelmet az olasz pszichiátriai reform folyamataira. A Triesztben és környékén (WHO Kollaboratív Centrum) megvalósuló közösségi alapú ellátási modellben a felépülési értékeken kívül a teljesen erőszakmentes egészségügyi ellátás is jelen van. Emellett olyan szociális szövetkezetek, társadalmi mozgalmak, civil szerveződések kapnak szerepet, amelyek megelőzik a felhasználóvá válást – így megvalósul az interszektoriális együttműködés, a prevenció, a lelki egészség promóció. A mentális szolgáltatóknak „bedolgoznak” mások, ugyanakkor a pszichiátria leépítette magát, pénzt, épületeket ad „vissza” a társadalomnak. Az ellátás olcsóbb, mint más nyugati országokban: az akut ellátás mindössze 6 ágygal működik 1,2 millió lakosra, de az igazi „költségcsökkentés” a valódi rehabilitáció, illetve a „lefelé menő társadalmi spirálok” elkerülése és az azzal kapcsolatos indirekt társadalmi költségek radikális csökkenése.²⁶

26 Dr. Harangozó Judit szakmai véleménye alapján.

Napjaink egyik leginkább figyelemreméltó fejleménye a mentális problémák kezelése terén az egyelőre leginkább angolszász országokban megfigyelhető elmozdulás a felépülésorientált megközelítés irányába, mely valószínűleg nagy hatással lesz a jövő szolgáltatásaira és azok eredményességmérésére is.

A felépülés modell egy olyan megközelítés, amelynek alapjául az érintettek saját élményei és öndefiníciói szolgálnak, amelyek a mentális problémákból való felépülést a személyes élettörténetbe ágyazva, attól elválaszthatatlan folyamatként ragadják meg. A felépülés ebben az értelemben messze nem egyenlő egy jól körülhatárolt tünetegyüttes (betegség) kezelésére alkalmazott terápiával, módszerrel (gyógyítás) vagy annak eredményével (gyógyulás). A modell talán leginkább figyelemreméltó vonása, hogy az objektív vagy objektívnek tekintett értelmezési keretek (pl. klinikai értelmezés) helyett a mentális problémákat és az azokkal való megküzdést egyéni narratívák által leírható keretbe helyezi – amelyek különböző kontextusokban nagyon különbözőek lehetnek. (Bugarszki, 2013)

A kifejezéssel először a nyolcvanas években találkozhattunk, és a megközelítés gyökerei egyértelműen a felhasználói mozgalmakhoz köthetőek. (Deegan, 1988; Leete, 1989) A koncepció olyan emberek személyes beszámolóí alapján kezdett formát ölteni, akik sikerrel épültek fel mentális problémáikból és alakítottak ki egy pszichiátrián túli identitást.

Az identitás kérdése szinte automatikusan kötötte azután össze a megközelítést a társadalomtudományok terén központi témának számító társadalmi viszonyokkal, az integráció, a befogadás és az énértelmezés aspektusaival. Ez az egyéni útkeresés, amelyet egyre markánsabb megfogalmazásban találunk meg a felhasználói mozgalmak üzeneteiben, sok tekintetben illeszkedett azokhoz a reformpróbálkozásokhoz, amelyek a hatvanas években a terület progresszív szakmai köreit is jellemezték.

Tehát miközben a felépülés modell egyértelműen a felhasználói mozgalmakhoz köthető, gyors elterjedése annak is köszönhető, hogy szakmai körökben is hasonló irányú mozgásokat figyelhattunk meg a korábbi évtizedekben (Wilken, 2012).

A szakmai interpretációk közül a máig talán leggyakrabban idézett definíció Willam A. Anthony tollából származik:

„Egy mentális problémában érintett ember képes felépülni annak ellenére is, hogy betegségéből nem gyógyul fel. A felépülés az a folyamat, melynek során kielégítő, reményteljes és odaadó élete lehet valakinek, annak ellenére, hogy meglévő problémái gátat szabnak ennek. A felépülés az a folyamat, ami a mentális problémák katasztrofális hatásain túl is képes új értelemmel megtölteni valaki életét.” (Anthony, 1993)

Szakemberek számára a megközelítés igazi változást abban jelent, hogy a hagyományos klinikai megközelítések elsősorban a különböző tünetek alapján ragadják meg magát a problémát (a diagnózisok különböző tünetek együttes megléte esetén állnak elő). Ennek megfelelően a kezelés is ezeknek a tüneteknek a felszámolására vagy legalábbis visszaszorítására szorítkozik. Ezzel szemben a felépülés modell sok-

kal szélesebb spektrumon próbálja megragadni az érintettek életét, az önbizalom, az identitás, a közösségben betöltött szerepek visszaállításának, helyreállításának lehetőségét keresve, akár a tünetek jelenlétének változatlansága mellett. A felépülésorientált vagy felépülés-központú szakmai megközelítések ma ezeknek a szempontoknak az érvényesítésére törekednek.

A gyakorlatban ez nagyjából úgy néz ki, hogy az utóbbi két évtizedben – első sorban a közösségi alapú ellátások keretei között – előtérbe kerültek az olyan megoldások, mint az érintettek bevonása a kezelésbe²⁷, illetve ma már nagy számban találunk az érintettek által működtetett szolgáltatásokat²⁸ is. (Campbell, 2005; Gulliver és Towell, 2002)

Az érintettek bevonása ráadásul ma már nem pusztán azt jelenti, hogy megkérdezzük őket a saját kezelésükről vagy valódi döntési helyzetet alakítunk ki számukra, hanem az ún. „tapasztalati szakértő” státuszának megteremtésével a mentális problémák vonatkozásában saját élménnyel rendelkező emberek bevonásra kerülnek a segítő csapatokba. (Weinstein, 2009)

A felhasználók által működtetett szolgáltatások először önszorgú és tanácsadó, konzultációs szolgáltatások formájában jelentek meg. A fogyatékossgal élő emberek támogatása terén elterjedt önálló életvitel központok vagy az anonim alkoholisták csoportjainak mintájára a felhasználói csoportok, önszorgú klubok formájában, illetve tanácsadó szolgáltatások működtetésével jelentek meg az ellátórendszer szolgáltatói oldalán.

Míg a kis létszámú önszorgú csoportok rendszerint saját tagjaiknak nyújtottak – igen hatékony – segítséget, addig a különböző konzultációs és tanácsadási formák már akár nagyobb számú embert elértek és olyan módon erősítették a szolgáltatások igénybevevőit, hogy azok felkészítést kaptak arra, hogy a kezelések és más beavatkozások passzív elszennvedői helyett miképpen léphetnek fel vásárlói szerepben, miképpen instruálhatják segítőiket egy megrendelői szerepből, és miképpen kontrollálhatják a folyamat egésze során az eseményeket. (Campbell, 2005)

A felhasználók által működtetett szolgáltatások következő generációja már közvetlenül szolgáltatói szerepben vesz részt az ellátórendszerben. Olyan, felhasználók által működtetett szolgáltatásokról van szó, amelyek sok esetben a hivatalos ellátórendszer részeként, állami (biztosítói) finanszírozással nyújtanak közösségi alapú szolgáltatásokat az érintetteknek. Ma már a felhasználók által működtetett szolgáltatások palettáján a rehabilitációs folyamat mintegy csúcspontját jelentő, nyílt munkaerőpiacon tevékenykedő szociális vállalkozásoktól a szakmailag legnagyobb kihívást jelentő, a kórházi ellátáshoz képest alternatívát megfogalmazó krízisintervenciós szolgáltatásokig mindent megtalálunk (lásd például: Chinman, Weingartner, Stayner et al., 2001).

A felépülés modell gyakorlati alkalmazását a relatív földrajzi közelség miatt leginkább a brit példa alapján érdemes ismertetni.

27 Az eredeti angol kifejezés: user involvement.

28 Az eredeti angol kifejezés: user led services.

Nagy-Britanniában a felépülés modell gyakorlati alkalmazása számos szolgáltatás működésében hosszú évek óta tetten érhető. Kutatók, mint pl. a King's College munkatársai évek óta dolgoznak a megközelítés szakpolitikai tervezés céljaira irányuló konceptualizálásán, az eddigi eredmények hasznosításán és elterjesztésén. Nem utolsósorban ennek a szisztematikus munkának az eredményeképpen készült el 2007-ben a brit egészségügyi minisztérium, a Department of Health szakpolitikai keretprogramja, amely a felépülés modellt immár konceptuális szinten helyezi előtérbe. 2010 tavaszán ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) néven 29 nagy szolgáltató bevonásával átfogó pilot projekt indult az NHS Confederation's Mental Health Network és a Centre for Mental Health bevonásával. A projekt célja az volt, hogy feltárják és elősegítsék azokat a szükséges szervezeti szintű változásokat, melyek eredményeképpen a jelenleg működő szolgáltatók tevékenysége a felépülés modell szempontjai szerint alakítható át. (Shepherd et al., 2010)

A felépülés modell alkalmazhatósága Magyarországon

A felépülés modell hazai alkalmazhatósága két szempontból közelíthető meg. Egyrészt érdemes megvizsgálnunk, hogy rendelkezésre állnak-e azok a feltételek, melyek ennek a megközelítésnek az alapját képezik. Másrészt fel kell tennünk a kérdést, hogy van-e a hazai szakmai és társadalmi közegben olyan fogadókészség, amely teret engedhet a felépülés modell jelentette változásoknak.

A felépülés modell elterjedésének egyik előfeltétele az érintettek megjelenése a közösségben. Erre a jelek szerint Magyarországon is van esély, az intézménytelenítés következtetés végrehajtásával, a közösségi alapú szolgáltatási formák elterjedésével várhatóan a természetes megoldássá az válik, hogy mentális problémával élő emberek lehetőség szerint a közösség keretei között kapjanak segítséget.

A következő lépés, és ez valószínűleg nem egyik napról a másikra fog bekövetkezni, az a lehetőség, amikor az érintettek lehetőséget kapnak személyes élményeik mentén a saját interpretációik artikulálására és ennek az interpretációnak az érvényesítésére. Bármi, amit felépülésorientálnak nevezünk, csak ettől a ponttól kezdve tekinthető annak.

További alapfeltétel, hogy a közösségi alapú ellátórendszer és tágabb értelemben véve Magyarország jóléti rendszere alkalmas-e arra, hogy elfogadható életlehetőségeket, egzisztenciát, beilleszkedési csatornákat biztosítson az érintettek számára úgy, hogy ezeken a létező csatornákon belül ők szabadon alakíthassák életüket.

A saját – pszichiátrián túli – identitás kialakításának lehetősége olyan kérdéseket is felvet, miszerint az identitás alakítását lehetővé tevő jogi keretek (jogi cselekvőképesség pl.) rendezhető-e megnyugtató módon az ENSZ Fogyatékosügyi Egyezmény által előírtaknak megfelelően, vagy, hogy a különböző juttatásokhoz, támogatásokhoz való hozzáférés feltétele továbbra is a medikális ellátórendszer által meghatározott kontextusban zajlik-e.

A felépülés modell egy szabad, az egyéni érdekeit kifejezni és érvényesíteni képes ember képéből indul ki, akinek szükségleteit az ellátórendszer az ő egyéni útmutatásai szerint elégíti ki. Ennek a megközelítésnek az érvényesítése a mai nyugat-európai ellátórendszerek egyik fő kihívása.

Az ellátórendszer szervezésének szintjén felmerül például a napjainkig előszere-ttel alkalmazott protokollizáció és sztenderdizáció, a nagy tömegek ellátására ka-librált minőségbiztosítási rendszerek alkalmazhatósága, melyek helyét egyre inkább a személyközpontú szolgáltatási formák, illetve a személyre szabott szakpolitikák veszik át. Ezek lényegi eleme az adott helyzetre való reagálás képessége (responsive approach, tailor made policy making), mely nem elsősorban a központi előírásokra, szakmai protokollokra és módszertani útmutatókra, hanem a konkrét helyi problémák megoldására fókuszál.

Mindez a rendszerben dolgozó szakemberek munkamódszereinek és a mentális problémákat körülvevő társadalmi megítélés alapvető változását vetíti előre. Megítélésünk szerint ez a változás az intézménytelenítés végrehajtásával mindenféleképpen meg fog történni, a kérdés inkább az, hogy akarunk-e 2-3 évtizedet eltölteni egy olyan átmeneti ellátórendszer keretei között, amely a 70-es, 80-as években alakult ki a nyugat-európai rendszerekben, és amely mára egyértelműen elérte növekedésének határait, vagy képesek vagyunk teret engedni napjaink tendenciáinak.

Megítélésünk szerint a felépülés modell alapfeltételei a kelet-európai demokráciák keretei között is adottak, érvényesülésének kérdése elsősorban (szakma)politikai kérdés.

A modern technológia és az új típusú közösségi, gazdasági modellek hatása a közösségi alapú szolgáltatásokra

A modern technológia, különösen az infokommunikációs eszközök alkalmazása egyelőre marginális jelentőségűnek tűnik a jóléti szolgáltatások területén. Az informatika elsősorban az adminisztráció és a szakmai kommunikáció eszközeként jelenik meg, míg a különböző digitális eszközök használata néhány olyan szűk területre korlátozódik, mint az idősellátásban elterjedt jelzőrendszerek alkalmazása.

Ez azonban részben a technológiai fejlődés viharos sebessége, részben pedig a növekvő gondozási szükségletek hatására gyors ütemben változik.

A modern technológiai alkalmazásokra egyébként is nyitott, innovatív észak-európai országokban a különböző IKT-alapú megoldások előtérbe kerülése annak a sajátos dinamikának is köszönhető, hogy a skandináv országok társadalma egyszerre tart igényt magas szintű ellátásokra és nagyfokú önállóságra. Mindez utat nyitott olyan új fejlesztési irányoknak, melyek újfajta közösségi és gazdasági modellekkel kombinálva alapvetően alakíthatják át a tartós gondozás ma ismert rendszerét.

Az idősödő és különböző fogyatékoságok mentén növekvő ellátási szükséglettel bíró észak-európai társadalmakban az egyik jellemző célkitűzés az önállóság elvesz-

tésének késleltetése. Ennek hagyományos eszközei a növekvő igények és a szűkös gondozói kapacitások miatt egyre kevésbé hatásosak, egyszerűen elképzelhetetlen, hogy pár évtized múlva is még arra épüljenek a tartós gondozást nyújtó ellátási formák, hogy jól képzett gondozói csapatok gondoskodnak az érintettekről. Ehhez egészen egyszerűen nem állnak rendelkezésre a szükséges kapacitások.

A technológiai fejlődés azonban jelentős mértékben befolyásolhatja a jövő gondozási szükségleteit. Észak-európai egyetemek képzési programjaiban egyre gyakrabban fordul elő a különböző csúcstechnológiai és üzleti képzések összekapcsolása a jóléti területek szakképzéseivel. Ez a legtöbb esetben először valamiféle szomszédsággal kezdődik, amiből aztán egyre több együttműködés, majd közös kurzusok, végül multidiszciplináris képzési rendszerek keletkeznek. Ráadásul ezek a képzési helyek egyre kevésbé tekinthetők a hagyományos szakképzések terepeinek, sokkal inkább valamiféle fejlesztőműhelyekről, kreatív hub-okról van szó, melyben a tanulás a fejlesztés során történik. Különösen, amikor technológiáról beszélünk, szinte lehetetlen előre látni azt a világot, amibe 3-5 év múlva kikerülnek a jövő szakemberei, ezért erre tantervet készíteni is szinte lehetetlen próbálkozás. (Alapokela és Bugarszki, 2016)

Azért az oktatás példáján keresztül közelítünk ehhez a témához, mert jól érzékelteti azt a tendenciát, hogy alapjaiban kell újragondolnunk a meglévő rendszereink működését. A technológiai fejlődés, a robotizáció és automatizáció valószínűleg olyan mértékben alakítja át gazdaságaink és társadalmaink viszonyait, hogy ezektől elkülönülten már nem nagyon lehet értelmezni a jövő ellátórendszerét sem.

Az oktatás, és azon belül az ún. problémaorientált kutatás-fejlesztés előretörése adja jelen pillanatban a technológia által befolyásolt szolgáltatási rendszerek fő irányait.

A norvégiai Gjøvikben található National University of Science and Technology egy hatalmas egyetemi összehovonás eredményeként az ország legnagyobb egyetemeként jött létre nemrégiben, és képzési programjában tudatosan ötvözi a modern technológiai fejlesztéseket azok azonnali társadalmi alkalmazhatóságával és ennek hatásainak mérésével. Az ápolónőképzéstől a szociális munkás képzésig a technológia segítségével olyan komplex szimulációs rendszereket alakítottak ki, melyekben a különböző szakterületek képviselői az éles helyzeteket tökéletesen szimuláló körülmények között gyakorolhatják például közterületen egy pszichotikus krízis mentén kialakuló helyzet megoldását. (Thomseth, 2010)

Az önálló életvitelt segítő háztartási eszközökön, különböző robottechnikai fejlesztéseken, az ember és az eszközök, valamint az eszközök és eszközök kommunikációjára épülő megoldásokon keresztül jelenítenek meg ezek a technológiai fejlesztések a szociális és egészségügyi ellátórendszert is átalakító jövőképet. Ebben mind az érintetteknek, mind a szakembereknek meg kell találniuk a helyüket.

A digitalizáció terén élenjáró Észtországban az orvos-beteg kapcsolattartás 90%-a online történik, a praxisok és szakmai konzíliumok elveszítették földrajzhoz kötöttségüket, a magas képzettséget igénylő pozíciók időkihátrányosságát maximalizálták azáltal, hogy a technológia és az asszisztensi személyzet minden olyan munkaelemet átvett, mely nem feltétlenül igényli egy orvos személyes jelenlétét. (Widén és Haseltine, 2015)

A mentális problémák kezelésének és a közösségi alapú szolgáltatások fejlesztésének terén különösen fontosak azok a technológiai eszközök, melyek a kommunikációt, a munkavégzést és részvételt teszik lehetővé úgy, hogy azok egyre inkább képesek rugalmasan igazodni a meglévő érzékenységekhez. A digitalizált aláírás megjelenése, a nullára csökkenő bürokratikus teher, a távmunka lehetősége vagy éppen a gyors kommunikációs eszközök megjelenése korábban nem létező lehetőségekhez juttatja a fizikailag elszigetelten élő, hátrányos helyzetű csoportok tagjait.

Egészen új dimenziót jelent a közösségépítésben és -fejlesztésben a különböző online platformok mentén működő sharing economy vagy on-demand jellegű szolgáltatások megjelenése, melyekre egyre több példát látunk már szociális területen.

A Finnországi Espoóban tízenévesek számára fejlesztettek ki olyan mobiltelefon-alapú alkalmazást, amely egy virtuális ifjúsági irodaként működik azok számára, akik az ország északi, távol lévő településein ilyen irodákat nem tudnak igénybe venni. Helsinkiben átfogó kutatási program indult, hogy a városban népszerű megosztáson alapuló különböző sharing economy kezdeményezésekből milyen módon profitálnak hátrányos helyzetű csoportok tagjai és hogyan lehet ezeket a kezdeményezéseket az ő javukra fordítani. (Harvey, 2016)

A jövő ellátórendszere fokozatosan idomul egy változó világhoz, amelyben a különböző technológiai fejlesztéseknek kulcsfontosságú szerepe lesz. Robbanásszerű ez a fejlődés. Egyelőre a képzési rendszerek és kutatás-fejlesztési központok reagálnak erre a változásra, azonban első jelei már érzékelhetőek néhány nyugat-európai ellátórendszer hétköznapijaiban is.

Az előző fejezetekben említett holland reformok egyik fontos eleme az innováció megjelenítése az ellátórendszerben. Miközben hagyományos szociális munkás állások tömegével szűnnek meg, egyre nagyobb igény van olyan kreatív szociális vállalkozókra, akik nem előre számukra kialakított munkakörökben dolgoznak, hanem egy adott közösség, önkormányzat meglévő erőforrásaira támaszkodva dolgoznak ki helyzetre szabott megoldásokat és azokat képesek megvalósítani is. Egy ilyen rendszerben projektmenedzserként vagy fejlesztőként tevékenykedő helyi aktorok jelennek meg, akik a modern technológia és a közösség humán erőforrásainak összekötésével teremtenek lehetőségeket a helyi közösségekben.

Akár felhasználói szempontból, akár a szakemberek szemszögéből közelítünk a technológiai változásokhoz, érdemes leszögezni: a törekvések egyértelműen arról szólnak, hogy minél többen alakítói, mintsem passzív elszenvetői vagy fogyasztói legyenek egy ilyen rendszernek. A technológia addig képes szolgálni a növekvő igényeket, amíg az lehetőségeket teremt a továbblépésre és nem új függőségeket hoz létre.

Mindez különösen azért fontos, mert a magyarországi fejleményeket is leginkább az fogja meghatározni, hogy milyen a különböző szereplők viszonya a modern technológiához. Mivel az észak-európai országokban már az oktatás elég korai szakaszában megjelennek ezek az eszközök, ráadásul tudatosan történik az idősebb generáció számára is adaptálható technológiák bevezetése és oktatása, egy fokozatos átállásnak lehetünk tanúi.

Észtországban a teljes állami közigazgatás internetre költözésekor komoly aggodalmat keltett, hogy fizikailag elérhető ügyintézők, államigazgatási szervek és banki szolgáltatások helyett miképpen fog az idősebb generáció a különböző digitális eszközökkel boldogulni. A pár éve bevezetett és napjainkban is fejlesztés alatt álló e-közigazgatás intézményei azonban kiválóan szerepeltek, alig öt-hat évvel a rendszer bevezetése után minimálisra csökkent az abból kimaradók száma, ugyanakkor meghatványozódtak a hozzáférés és a részvétel lehetőségei korábban kirekesztett csoportok számára. (Widén és Haseltine, 2015)

Számunkra nem kérdés, hogy a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás mintájára Magyarországon is meg fognak jelenni a különböző modern eszközök és közösségi, gazdasági rendszerek. Amit fontosnak tartunk, az azoknak az oktatási programoknak a bevezetése, amely lehetővé teszi nem csak azt, hogy a különböző szereplők lépést tartsanak ezekkel a fejlesztésekkel, hanem azt is, hogy aktív részeseivé is váljanak annak.

Tudástranszfer: az eredmények és tapasztalatok alkalmazása a gyakorlatban

Sok esetben kerülünk szembe azzal kérdéssel, hogy az új tudások, tapasztalatok és innovatív eredmények hogyan kerülnek be leghatékonyabban az adott szakterület közgondolkodásába, mindennapi gyakorlatába. Ez különösen izgalmas és fontos kérdés a mentális problémában érintett személyek számára akkor, amikor a XXI. század elején a világon, Európában és Magyarországon, köszönhetően az ENSZ Egyezményben foglaltaknak, a felépülésszemlélet alakítja át, szervezi rendszerbe és újíttja meg a számukra nyújtott szolgáltatásokat, az azokat biztosító szakmai szolgáltatókat és hálózataikat²⁹.

A WHO 2013–2020-as időszakra vonatkozó akcióterve³⁰ 2. célkitűzésének 55. pontjában nevesíti a megfelelő képzések fontosságát. Ez egyrészt szakemberképzéseket, másrészt a szakemberek és a mentális problémában érintett személyek együttműködését támogató innovációk létrehozását jelenti.

A WHO MiNDbank elnevezésű felület³¹ egy olyan virtuális platform, ahol 170 ország 4000 különféle dokumentuma férhető hozzá, ideértve a nemzeti, regionális szakpolitikai stratégiákat, jogszabályokat, szolgáltatási standardokat, lehetőséget adva ezzel a különféle tapasztalatok megosztására, megvitatására és a tudástranszferre.

A WHO QualityRights kezdeményezése³² pedig egy olyan szolgáltatásfejlesztési program, ahol a közösségi alapú szolgáltatások minőségének és elérhetőségének javítása mellett, közösségépítés, emberi jogi fókuszú humánerőforrás-fejlesztés, hálózatépítés történik.

29 Erre az egyik legerősebb és legfrissebb példa a 1023/2017 (I. 24.) Kormány határozat, mely az intézeti átalakulás vezermotívumaként a felépülésalapú szervezetfejlesztést nevesíti.

30 WHO (2013): Mental Health Action Plan 2013-2020, letölthető. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

31 Itt érhető el: http://www.mindbank.info/page/about_this_site

32 A kezdeményezéstről bővebben itt található információ: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

A Mental Health Europe által is támogatott ELOSH program³³ olyan képzési modulokat tartalmaz, mely az önálló lakhatás hatékony támogatásának lehetséges eszközeit teszi hozzáférhetővé a középfokú végzettségű szakmai stáb számára.

A hazai fogyatékoságügyi fejlesztések között is találunk számos olyan példát, amelyek a szakemberképzés oldaláról segítettek megerősíteni az adott innováció paradigma-váltó jellegét³⁴. Ezek a kezdeményezések az alábbi területeken igyekeztek beavatkozni:

1. A szakterület legfrissebb nemzetközi és hazai ismeretanyagának az összegyűjtése és hozzáférhetővé tétele a fejlesztésekben érintett célcsoportok számára digitális tudásbázisok által.
2. A teljes és szélesen értelmezett szakemberképzési területet lefedő képzésfejlesztési komponens megtervezése és létrehozása, mely a köznevelés, a szakképzés, a felsőoktatás és a felnőttképzés formális és informális felületein, általában blended learning megoldásokkal biztosít naprakész ismereteket és gyakorlati tapasztalatokat.
3. A különféle szakemberek és a tapasztalati szakértők együttműködésének megalapozása participatív és inkluzív képzési módszertanok kialakítása, adaptálása által.
4. A participativitás szellemében azoknak az érintett csoportoknak a bevonása a tudásbázisok létrehozásába, a képzésfejlesztésbe és magukba a képzésekbe is, akik saját tapasztalati szakértelmükkel teszik hitelessé és életszerűvé a fejlesztéseket.
5. Újszerű képzési, együttműködési felületek hozzáférésének növelése, amelyek az előítéletek lebontását erősíthetik (antistigma programok, közösségfejlesztési kezdeményezések³⁵, tapasztalati szakértői tanácsadói hálózatok bevonása).
6. A fejlesztés hatásának nyomon követése és folyamatos feedback lehetőségének a biztosítása a szereplők számára. A képzések folyamatos megújulásának biztosítása az igények mentén.

Alapvetőnek gondoljuk, hogy a mentális problémában érintett személyekkel kapcsolatba kerülő valamennyi szakember számára a képzés és a továbbképzések során (ideértve a szakképzési, felsőoktatási képzési vagy felnőttképzési struktúrákat) legyenek elérhetőek az emberi jogi megközelítés eredményeit, a felépülésszemlélet tapasztalatait közvetítő legújabb ismeretek és gyakorlatok.

33 European Core Learning Outcomes for Integration of Support and Housing, itt található bővebb információ a kezdeményezésről: <http://www.housingeurope.eu/section-47/elosh>

34 Ide sorolható az egyenlő esélyű hozzáférés biztosításának tudásbázisát megalapozó „TÁMOP 5.4.5-11/1 – A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai tudásának kialakítása” és az ahhoz kapcsolódó „TÁMOP 5.4.6 A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai tudásának elterjesztése és hozzáférhető szolgáltatások fejlesztése” című projekt; az iskolai lemorzsolódás megakadályozását támogató „Dobbantó” program és a hozzá kapcsolódó CroCoos és CAPE programok; a „Semmit rólunk, nélkülünk! Hiszem vagy tudom? Csinálom!” című projekt, mely épp a mentális problémában érintett személyekkel kapcsolatos előítéletek lebontásáért hozott létre vitafórumokat.

35 A nemzetközi és hazai tapasztalatokról lásd bővebben Maróti, 2010.

A különféle szakpolitikai és szolgáltatási szinteken dolgozó szakemberek felkészítése mellett kiemeljük a mentális problémában érintett személyek megerősítésének (empowerment) fontosságát.

A Disability Rights Fund³⁶ egyik vezető munkatársa, Paul Deany a legfontosabb öt cselekvés között a mentális problémában érintett személyek és az általuk vezetett érdekérvényesítő szervezetek, hálózatok megerősítését nevesíti. (Deany, 2016)

Az International Disability Alliance és az International Disability and Development Consortium által megalkotott BRIDGE CRPD-SDG képzési program³⁷ a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezeteit hivatott megerősíteni, hogy minél hatékonyabban képviseljék az ENSZ Egyezmény alapelveit az adott tagállam szakpolitikai, jogszabályi és költségvetési kereteinek megalkotása során. (IDA és IDDC, 2015)

A BasicNeeds által összeállított, önérvényesítést támogató képzési segédlet³⁸ kifejezetten mentális problémában érintett emberek és szervezeteik számára tartalmaz modulokat.

A hazai kezdeményezések közül az Ébredések Alapítvány által akkreditált tapasztalati és kísérő szakértői képzéseket emeljük ki ezen a ponton mint az empowerment lehetséges és jól működő gyakorlatait.

Szükségesnek tartjuk azokat a hálózat- és kapacitásépítő kezdeményezéseket, amelyek a mentális problémában érintett személyek empowermenttjét széleskörűen szolgálják (ide értjük az önérvényesítést támogató tréningeket, az érdekérvényesítő klubokat, a tapasztalati szakértői képzéseket, valamint a sorstárs segítői hálózatok fejlesztését).

Felhasznált irodalom

Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments. Swedish Code of Statutes, 1993.

Alapoikela M., Bugarszki Zs. (2016). Teaching e-service competence with the learning by developing (LBD) action model in Finland and Estonia. In Teija-Kaisa Aholaakko, Kati Komulainen, Arja Majakulma & Susanna Niinistö-Sivuranta (ed.). *Crossing Borders and Creating Future Competences* (98–103). Helsinki: Laurea University of Applied Sciences. (Laurea Publications; 72).

36 A Disability Rights Fund egy olyan forrásteremtő szervezet, mely fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezeteit támogatja az ENSZ Egyezmény céljainak megvalósítása érdekében. Paul Deany, a szervezet vezető munkatársa maga is mentális problémában érintett személy. A DRF cselekvési tervét a CRPD Bizottság 2016. június 15-i ülésén ismertette. A beszéd itt érhető el: <http://www.disabilityrightsfund.org/our-impact/insights/psychosocial-disability/>

37 A programról bővebb információ itt található: <http://www.internationaldisabilityalliance.org/content/bridge-capacity-building>

38 Elérhető: http://www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Self_Advocacy_Toolkit_-_For_Mental_Health_Service_Users.pdf

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. ses 1993:387

Állami Számvevőszék (2012). *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.

Becker, M., Diamond, R., Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2(4), 239–251.

Bugarszki Zs. (2013). A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély*, 5, 68–85.

Bugarszki Zs. (2015). A pszichiátria társadalmi vonatkozásai. In Füredi J., Németh A. *A magyar pszichiátria kézikönyve* (185–204). Budapest: Medicina.

Campbell, P. (2005). From Little Acorns – The mental health service user movement. In *The Sainsbury Centre for Mental Health: Beyond the Water Towers – The unfinished revolution in mental health services 1985–2005*. London.

Castells M. (1996). *The rise of the network society*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Chinman M. J., Weingartner, R., Stayner, D. et al. (2001). Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37, 215–229.

Deany, P. (2016). *A Disability Rights Fund cselekvési tervének ismertetése a CRPD Bizottság 2016. június 15-i ülésén*. <http://www.disabilityrightsfund.org/our-impact/insights/psychosocial-disability/> (utolsó elérés: 2017. 02. 15.)

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, II, 11–19.

Developing Community Care – Report of European Social Network. 2011. Brighthon UK. <http://esn-eu.org/developing-community-care/index.html> (utolsó elérés: 2017. 07. 31.)

Glasby, J. (2005). Direct payments and the social model of disability. *Social Work & Social Sciences Review*, 12(2), 48–58.

Gulliver, P., Towell, D. (2002). Information, consultation or control. User involvement in mental health service sin England at the turn of the century. *Journal of Mental Health*, 11, 441–451.

Granerud, A., Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 288–293.

Harvey, C. (2016). *Using ICT, digital and social media in youth work. A review of research findings from Austria, Denmark, Finland, Northern Ireland and the Republic of Ireland*. National Youth Council of Ireland.

International Disability Alliance, International Disability and Development Consortium (2015). Bridge Capacity Building. IDA, IDDC. <http://www.internationaldisabilityalliance.org/content/bridge-capacity-building>

Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605–609.

Maróti A. (2010). *Nemzetközi összehasonlító felnőttoktatás*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.

Mosher, L., Burti, L. (1989). *Community Mental Health. Principles and Practice*. Norton.

Ntulo, C. A. (n.a): *The Self Advocacy Toolkit for Mental Health Service Users. BasicNeeds UK Trust*. http://www.cbm.org/article/downloads/54741/The_Self_Advocacy_Toolkit_-_For_Mental_Health_Service_Users.pdf (utolsó elérés: 2017. 02. 15.)

Petri G., Kozma Á. (2012). *Mapping Exclusion – Institutional and community-based services in the mental health field in Europe*. Mental Health Europe.

Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.

Ravelli, D. P. (2006). *Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach*. *Int J Integr Care*. 2006 Jan-Mar; 6: e04.

Shepherd, G., Boardman, J. Burns, M. (2010). *Implementing recovery: a methodology for organisational change*. Centre for Mental Health. Available at: www.repsych.ac.uk/pdf/Implementing_recovery_methodology.pdf

Šiška, J., Beadl-Brown, J. (2011). Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(2), 125–133.

Thomseth, E. (2010). *Simulation in Nursing Education. Case Study*. Laerdal Medical. Gjøvik University College. Norway

Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 76–767.

Weinstein, J. (2009). *Mental Health, Service User Involvement and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Widén, S., Haseltine, W. A. (2015). *The Estonian eHealth and eGovernance System*. New York: Access Health International.

Wilken, J. P. (2012). Az ellátórendszer átalakítása Nyugat-Európában. Átmenet az intézményi alapú klinikai ellátásoktól a felépülés-orientált megközelítésekbe. *Esély*, 3, 17–20.

Wilken, J. P., Medar, M., Bugarszki, Zs., Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 44–59.

Wilken, J. P., Bugarszki, Zs., Hanga, K., Narusson, D., Saia, K., Medar, M. (2017). Community orientation of services for persons with a psychiatric disability Comparison between Estonia, Hungary and the Netherlands. *European Journal of Social Work*, 1–12.

World Health Organization (2007). *The optimal mix of services*. Geneva: World Health Organization.

A MENTÁLIS PROBLÉMÁVAL KÜZDŐ EMBEREK ÉS A MAGYAR PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA

Bevezetés

Az emberiség történetében akár a legtávolabbi időkre visszatekintve is azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a mentális zavarok különböző formái mindig jelen voltak az emberek életében. Írásos emlékek bizonyítják, hogy az ókorban nem a „társadalomra veszélyes” egyéneket láttak a betegekben. Elsődleges cél volt a betegek önmaguktól való védelme. Nem építettek számukra intézeteket, hanem az otthonukban ápolták őket. A középkorban sajnálatosan rossz irányt vett a mentális betegekhez való viszonyulás. Az egyház erőteljes befolyása nyomán nem betegségnek, hanem ördögtől való megszállottságnak hitték a sokszor furcsa viselkedésmódokat, bizarr, megmagyarázhatatlan cselekedeteket. Ördögűző szertartások, kínzás, máglyahalál következtében számtalan szerencsétlen, beteg ember lelte halálát. A XVI. században a reformáció idején kezdték felvilágosult emberek egyre inkább betegségnek és nem boszorkányságnak tartani ezeket az állapotokat. A kínzások és kivégzések megszűntek és kiürült lepraintézetekbe „utalták” a mentálisan zavart személyeket, ahol köztörvényes bűnözőkkel, gyilkosokkal közös láncon vegetáltak életük végéig. Még a XVIII. században is az elzárás, bebörtönzés volt a pszichésen beteg emberekkel kapcsolatos fő eljárás, ami a társadalom, illetve a jómódú polgárok megkímélését szolgálta a súlyos beteg, rokkant, szegény emberek látványától. A Párizsban, illetve Péterváron létesült „Bolondok háza” és a londoni Betlehem Kórház (Bedlam) vagy a bécsi „Bolondok tornya” is gyakorta biztosított lehetőséget pénzért a borzalmas körülmények között, rongyokba burkolózva, leláncolva, állati szinten tartott emberek mutogatására. Óriási jelentőségű volt 1788-ban az olasz Chiarugi által bevezetett „erőszakmentes ápolás”, majd 10 évvel később a francia Philippe Pinel végleg megszabadította a láncoktól a betegeket. Ez egy új korszak kezdetét jelentette, ez időtől lett elfogadott az a tény, hogy a mentális zavar betegség. (Irinyi, 2013) A következő két évszázad során jelentős fejlődésen ment keresztül az elmegyógyászat, sikeres terápiás módszerek és hatékony gyógyszerek egész sorát vonultatták fel a gyógyszerkutatók és az elmegyógyászati tudomány művelői. Megváltoztak ugyanakkor az egyes betegségek kiváltó okairól alkotott nézeteink és a mentális problémák megközelítése is átalakulóban van. Tény, hogy a XXI. század civilizált társadalmi már megannyi új pszichiátriai kórképet mondhatnak a magukénak. Számos betegségről bebizonyosodott, hogy kialakulásának lelki okai vannak, és a statisztikák azt mutatják, hogy a mentális betegek száma növekszik. (Ács, 2012)

A pszichiátriai betegség fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát. Ez kiegészül a spirituális jólléttel. Az egészség nem csupán cél, hanem egy erőforrás, melyet a mindennapokban használunk.

Mentális egészség esetén, ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint „*a jólét olyan fokáról van szó, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, stresszhelyzeteivel, képes az eredményes és termékeny munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni közösségének életéhez*”. (WHO, 2001)

Meghatározott körülmények között vagy bizonyos tényezők hatására zavar következhet be a mentális folyamatokban és működésekben. A mentális működések zavarai és az ezek által okozott betegségek felismerésével, kezelésével, illetve kutatásával foglalkozik a klinikai orvostudományok pszichiátriai területe. Az esetek többségében a lelki folyamatok és működések zavarait, illetve a konkrét betegségeket kiváltó okokat a felszínre jutó tünetek (szorongás, az érdeklődés hiánya, izgatottság, lehangoltság, instabilitás, érzelmi bénultság, ingerlékenység, gyanakvás, kényszeresség stb.) alapján csak a pszichiáter és a pszichológus szakemberek képesek megtalálni (Kéri, 2009).

Pszichiátriai betegnek tekintjük azt a személyt, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00–F99), illetve szándékos önártalom (X60–X84) diagnózisát állítja fel. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről X. fejezet, 188. § d)

A Központi Statisztikai Hivatal definíciója szerint viszont az a pszichiátriai beteg, aki „mentális, illetőleg viselkedészavar következtében pszichiátriai intézményi felvételre került.” (<https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum>)

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság hivatalos klasszifikációs rendszere, a DSM 1952 óta tartja számon a mentális zavarokat, amelyek száma a rendszer sokadik megújítását követően is folyamatosan gyarapszik. Ugyanakkor egyre hangsúlyosabban felvetődik a kérdés, hogy a megszámlálhatatlan pszichiátriai diagnózis validnak tekinthető-e. A betegségfogalom kialakulása és fejlődése lehet a kulcs a mentális problémák megítéléséhez Kéri Szabolcs szerint, aki a Magyar Tudományban írt munkájában ekképpen vélekedik:

„A furcsa, visszahúzódo vagy extatikusán viselkedő, a hallucinációival magában társalgó ember látványa önkéntelenül is tartózkodást, félelmet és elkerülést, vagy ellenkezőleg, romantikus vonzódást, misztikus túlértékelést vált ki. Ezzel szemben egy fájdalomtól szenvedő, legyengült vagy sérült ember együttérzést és empátiát hív életre, esetében kétségkívül betegségről van szó.” (Kéri, 2009)

Véleménye szerint meg kell értenünk az emberi viselkedést, az eltérő módokat és megfelelően kell kezelnünk a változatosságot, a különböző emberi jelenségeket. Egyre többen vallják azt, hogy inkább kritériumokat kell meghatározni és káros olyan kórképeket létrehozni, amelyekről valójában nem tudható, hogy öt év múlva

relevánsak maradnak-e. Ha egy adott napot, hetet írunk le, és azokra a tényezőkre reagálunk, amelyek a páciens számára elakadást okoznak vagy a normál életében zavarják, közelebb kerülhetünk a megoldáshoz. Ezzel érvényes információt szerezhethetünk és a validitási problémákkal küzdő diagnózisok egy részét elfelejtethetjük. Jim van Os és munkatársai dolgoztak ki például egy új rendszert Momentary assessment néven, amely egy pillanatnyi állapotfelmérő eszköz egy adott páciensnél a páciens és a szakember által együttesen értékelt különböző tüneti dimenziók meghatározására. Abból indulnak ki, hogy nem feltétlenül egyféle tüneti dimenziója van valakinek. (Harangozó, 2015)

Tény, hogy a mentális megbetegedések az egyén számára jelentős szenvedést okoznak, a testi megbetegedések kockázatát növelik, és emellett súlyos szociális és gazdasági terhet jelentenek. A mentálisan zavart ember küzdelmes élete a társadalom tagjai számára nem nyilvánvaló. A pszichiátriai betegség az egyén viselkedésmódjának változásában nyilvánul meg, és ez a változás társadalmilag nem indokolható. A pszichiátriai beteg az adott szociokulturális környezetéhez nem tud alkalmazkodni, viselkedése a szociális környezet számára indokolhatatlan, motiválatlan és érthetetlen.

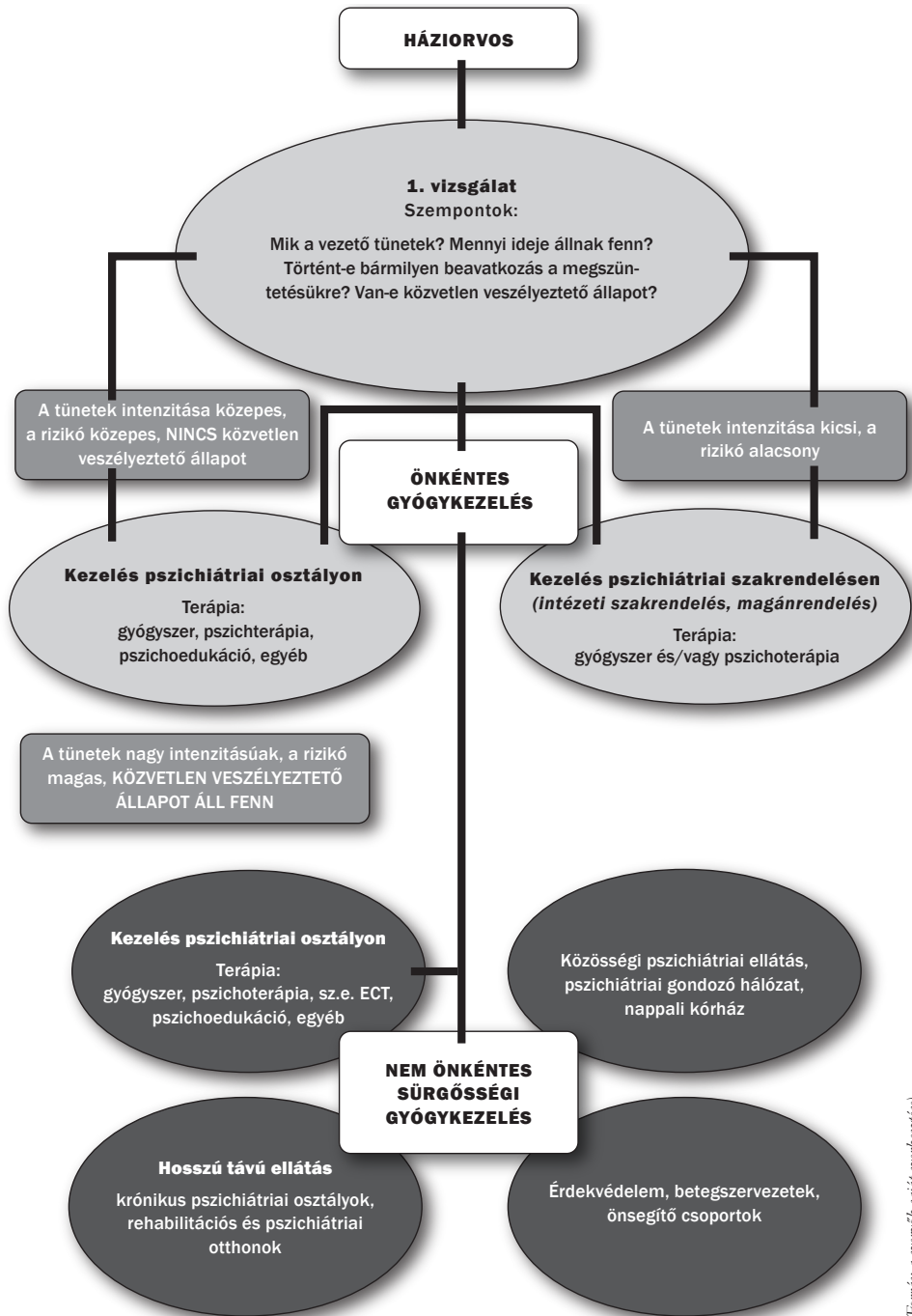
Egy ideje a pszichiátriai zavarok/betegségek kialakulásában nagy hangsúlyt kap a vulnerabilitás/fokozott hajlam vagy sérülékenység, amely lehet biológiai, genetikai, pszichológiai vagy szociális eredetű. Önmagában a vulnerabilitás nem elég a betegség kialakulásához, ahhoz nagymértékben hozzájárulnak az életesemények stresszhatásai. Napjainkban a pszichiátriai betegségek értelmezésében a bio-pszichoszociális egység nyert teret, tehát adott esetben egyik vagy másik tényező determináns hatását elismerik, egészében a betegségek és betegek megítélése csak holisztikus módon történhet. Az egész embert tekintve kell megvizsgálni, hogy a mentális betegség következtében az egyén küzd-e olyan károsodással és hiánnyal, fogyatékossággal, amely nem teszi lehetővé számára, hogy teljes életet éljen.

Az első tünetek észlelésétől az ellátórendszerbe való bekerülésig

A mentális zavar típusa, a kliensek életkora és az ellátási formák alapján számos részterületet különböztetünk meg az ellátórendszerben.

A mentális zavarok induló tünetei nagyon sokfélék lehetnek. A megjelenésüktől függően észlelheti őket maga a páciens, illetve a közvetlen környezet hívhatja fel rá a figyelmet. Az első orvosi vizsgálat történhet a háziorvosi rendelőben, de sok esetben más orvosi területek szakrendelése pl. gasztroenterológia, kardiológia, foglalkozás-egészségügy, neurológia stb. irányítják a saját szakorvosi észlelésük alapján pszichiátriai járóbeteg-szakellátásba az egyént, akinél a mentális betegség gyanúja felmerül. A vizsgálatra jelentkezhet a területileg illetékes pszichiátriai szakrendelésen vagy felkereshet pszichiátriai magánrendelést is. Az első interjún iránydiagnózist kap a beteg és a vizsgáló orvossal közös döntést hoznak a megfelelő kezelési formáról. A folya-

2. ábra. A pszichiátriai ellátás folyamata az ellátórendszerben



(Túrrás: a szerzők saját szerkesztése)

matnak ezen a pontján a vizsgálatot végző szakorvosnak számos tényezőt kell mérlegelnie. A tünetek súlyossága, az önkárosítás vagy a másokkal szembeni agresszió rizikója, a kliens családi helyzete és környezete befolyással lehetnek a kezelés további jellegére. Előfordulhat, hogy az érintett személynek nincs betegségbelátása és nem várható, hogy önkéntesen gyógykezelését kéri, de a környezete úgy ítéli meg, hogy önmagára vagy másokra közvetlen veszélyt jelenthet. Ilyen esetekben a gyógykezelés sürgősségi jelleget ölt és a veszélyeztető állapotot észlelő orvos azonnali pszichiátriai intézetbe való beszállításról dönthet. A felvételt követő 24 órán belül az intézmény vezetőjének kezdeményeznie kell a bíróságnál a beszállítás indokoltságának megállapítását. A bíróság a kliens személyes meghallgatása és az esetében eljáró orvossal való konzultáció mellett független igazságügyi elmeorvosi szakértő véleményét is kikéri. Ezek alapján születik meg az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül a határozat, ami a gyógykezelést jóváhagyja (Réthelyi és Pulay, 2015). Ez által a pszichiátriai gyógykezelés kötelezővé válik (2. ábra). A határozat meghozataláig a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás megszüntetésére kell elsősorban törekedni oly módon, hogy az alkalmazott intervenciók a lehető legkevésbé nehezsítsék a bíróság számára a kliens aktuális pszichés állapotának objektív megítélését.

Felhasznált irodalom

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Ács A. (2012). Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. *ÁpolásÜgy*, 26(1), 14–18.

Harangozó Judittal beszélgetés *A pszichiátria Szent Grálja* címmel (2015). 2000, 4. <http://ketezer.hu/2015/08/a-pszichiatria-szent-gralja/>

Irinyi T. és mtsai (2013). *Pszichiátriai szakápolástan*. Elektronikus könyv. Elérés: <http://www.pszichiapolas.hu/data/pszichiapolas20131020.pdf>

Kéri Sz. (2009). A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében. *Magyar Tudomány*, 8, 899–905.
Elérés: <http://www.matud.iif.hu/2009/09aug/02.htm>

A pszichiátriai beteg definíciója a Központi Statisztikai Hivatal módszertani dokumentációjában. Elérés: https://www.ksh.hu/apps/meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=220&p_ot_id=200&p_obj_id=1255&p_session_id=27233680

Németh A. (2010). *Pszichiátria vázlatosan*. Budapest: Medicina.

PÉF (2012). *A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása*. Elemzés: 2009-2011. <http://docplayer.hu/861865-A-magyarorszag-i-pszichiatriai-gondozok-es-a-kozossegi-pszichiatriai-ellatok-monitorozasa-elemzes-2009-2011-isbn-978-963-89497-0-7.html>

Réthelyi J., Pulay A. (2015). *Bevezetés a pszichiátriába*. Semmelweis.hu/pszichiatria/.../Bevezetés-a-pszichiátriába-I.1-A-pszichiátriai betegek útja... <http://docplayer.hu/1521564-A-lelki-egeszseg-es-a-pszichikus-mukodesek-zavarai.html>

WHO (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva.

SZEMLÉLETBELI KÜLÖNBSÉGEK A PSZICHIÁTRIAI BETEGEK MEGÍTÉLÉSÉBEN ÉS A SZEKTORKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK SZEREPE

Bevezetés

A pszichiátria társadalmi és orvosi megítélésében jelentős változások mentek végbe az utóbbi néhány évszázad folyamán, amelyek még jobban felerősödtek az elmúlt évtizedekben. Ennek ellenére a pszichiátriai kezelésekre való viszonyulás továbbra sem mentes az ellentmondásoktól. A viták abból az örökérvényű kérdésből fakadnak, hogy miként ítéljük meg a mentális zavarokat. Más kérdés, hogy ez működik-e (általában nem) a gyakorlatban. Ez a biomedikális megközelítés alapvetően tehát a test betegségének tartja a mentális zavarokat, ellentétben a pszichológiai megközelítéssel, amely a lelki eredetű zavarok kezelését nem elsősorban orvosi módszerekkel gyógyítaná. A két nézőponttal ellentétes az a felfogás, amely szociológiai értelemben devianciának tartja a mentális betegségeket a társadalomban élő, hagyományos testi betegségképtől való eltérés miatt. A pszichiátriai betegek egészségügyi intézményekben történő ellátása során mindhárom nézőpont érvényesül, az ellátórendszer egyes területein nincs egységes szemléletmód (Pikó, 2002). A krónikus pszichiátriai betegek állapota életük során többször változik és az ellátórendszerektől különböző kezelési eljárásokat és támogatási formákat igényelnek. Az ellátásra szorulóknál az aktuális állapottól függően változik az öngondoskodás képességének mértéke, illetve az adekvát szociális kapcsolattartás képessége is. Ebből kifolyólag mind az egészségügyi, mind a szociális ellátórendszer vonatkozásában az ellátórendszer más és más szintje lesz alkalmas az ellátásukra (Szentes, Kapócs és Kurimay, 2013).

Az egészségügyi rendszer szemléletbeli sajátosságai

Bár a hazai egészségügyi ellátórendszer minden szintjén megjelennek a pszichiátriai problémával élők, valójában a járóbeteg-szakellátásba, illetve pszichiátriai gondozóba való felvétel jelenti a „bemenetet” a rendszerbe. A háziorvosi alapellátás szintjén megjelenő klienst érdemi kompetenciák és kapacitás hiányában előbb-utóbb átirányítják a területi gondozóba. A konzultációs-kapcsolati pszichiátria vagy „LIAISON” – a pszichiátria határterületén, illetve az orvostudomány egyéb szakterületeinek határán a nem pszichiáter orvosoknak konzultációs és oktatási szolgáltatást nyújtó alterület (háziorvos-pszichiáter interakció) – a magyar rendszerben alig van jelen (Tringer, 1999). A mentális zavarok ellátásának gerincét az egészségügyi szektorban a pszichiátriai gondozók és az aktív pszichiátriai fekvőbetegosztályok al-

kotják. A járóbeteg-ellátás mint alapellátás a pszichiátriai gondozókon túl történhet kórházi szakrendelésen vagy magánrendelésben, a vonatkozó törvényi és hatósági minimumfeltételek megvalósulása mellett. A pszichiátriai gondozókban folyó tevékenység megkívánná az optimális várakozási és orvos-beteg konzultációs időt, a nyugodt, zavarmentes környezet biztosítását és a hatékony teammunkát, de ez sok esetben nem tud megvalósulni a gondozó intézetek forráshiánya miatt. (Tringer, 2007). A gondozók számának csökkentése, helyenként a kórháztól független működésének megszüntetése szintén nem a hatékonyság növelését szolgálta. A klienseknél tapasztalt korai figyelmeztető jelek idejében történő felismerése és a hatékony krízisintervenció alkalmazása a kórházi kezelések megelőzésére szolgál. Olyan fokú akut állapotromlás esetén, amikor az ambuláns kezelés már nem képes optimális segítséget nyújtani, a fekvőbeteg-szakellátásban folytatódik a betegek gyógyítása. A pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban leképeződnek az ellátórendszer globális problémái, melyek a szemléletmódban is megmutatkoznak. A humán erőforrás folyamatos hiánya, a rendszerben dolgozók leterheltsége nem kedvez a holisztikus szemlélet érvényesítésének. Az orvosok egy betegre fordított ideje minimalizált, mely sokszor nem teszi lehetővé az orvos-beteg kapcsolat során a partneri viszony kialakítását, és hagyományos, paternalisztikus elemek fenntartására készteti a gyógyítókat. A kórházi orvoslásban az intervenciókra alapozott, tisztán természettudományos megközelítés jellemző, amely az olyan nonspecifikus tényezőknek, mint a felépülés értékei, a személyes szükségletek prioritása, a méltányos bánásmód, az empowerment vagy az önsegítő aktivitás még nem tudott teret adni (Kiss és Sz. Makó, 2013). Az ápolás gyakorlata főként a testi szükségletek kielégítésére és az akut tünetek megszüntetésére szorítkozik. A humanisztikus megközelítés szerint elvárható „pluszokra” ritkán van lehetőség, a mentális zavarban szenvedők ápolásának eredeti missziója a kórházi kezelése során gyakran tapasztalhatóan elhalványult (Ács, 2012). Jellemző probléma az ápoló személyzet kontraszelektáltsága, sokszor nagyon „fájdalmas” kompromisszumot kell kötni, ha azt szeretné az intézmény, hogy legyen kit beosztani a betegek mellé. Előfordul, hogy hetekig nem jelentkezik a hirdetésre senki, aztán ha mégis „betéved” valaki, mérlegelni kell, hogy az alacsony képzettsége, nyilvánvaló emberi hibái mellett vállalható-e a felvétele. Diplomás ápoló, aki pszichiátriai szakápoló is egyben, ritka, mint a fehér holló, a többség külföldre ment. (Nem is nagy a kereslet irántuk itthon, hiszen az intézmények igyekeznek csak E kategóriás ápolót alkalmazni, hogy ne kelljen diplomás bért fizetniük.)

A mentővel érkező új beteg, illetve a betegek állapotában bekövetkező esetleges negatív változás az ellátó személyzet számára sokszor teher. Mindemellett a pszichiátriai betegeket ellátó szakkórházak, klinikák, kórházi osztályok finanszírozási deficiettel látják el a feladatukat, amely a betegellátást érintő folyamatokban is megmutatkozik. A kényszerből lerövidített ápolási idő miatt az akut ellátást nyújtó osztályokra felvételi presszió nehezedik, az alacsony finanszírozás hatására onnan mihamarabb, sokszor idő előtt átirányítják a beteget a krónikus, illetve rehabilitációs részlegekbe. Erre a döntésre gyakran nem szakmai indok, csupán a finanszírozás kényszeríti az

ellátókat. Az emiatt kialakult helyzetet jól mutatja a számtalan sikertelen rehabilitációs kísérlet, a visszaeső betegek száma. Az egészségügyben a pszichiátriai intézmények jó része rendelkezik rehabilitációs részleggel, amelyek célja, hogy lehetőséget biztosítsanak az akut ellátást követően a már megkezdett reintegrációra. Jellemzően a védett foglalkoztatás hagyományos formáira (pl. borítékolás, csomagolás, kosárfonás stb.) „tréningezik” a segítségre szorulókat, nem a normál munkaerőpiacra való visszatérést célozzák meg. Az intézeti rehabilitáció során túlsúlyban vannak a kreatív és művészetterápiák, a mozgásterápiák, illetve a kombinált foglalkozásterápiák. Valódi terápiás értékük ezeknek akkor van, ha a tevékenységek gyakoroltatásán túl az önkifejezés hozzájárul a személyiség differenciálódásához és a társas kapcsolatokra való képesség erősítéséhez. Alapvető eleme a hatékony rehabilitációnak a pszichoedukáció, ami strukturált információnyújtás a betegségről, egyfajta lelki-pedagógiai támasz a betegeknek, hozzátartozóknak felvilágosító célú oktatás keretében. A módszer használatát nem sikerült azonnal elfogadtatni minden szakemberrel. A betegségről, annak okairól, a tünetekről, az állapotot javító vagy súlyosbító tényezőkről, illetve a lehetséges kimenetelről való őszinte beszéd sokak számára idegen volt. A paternalisztikus orvosláshoz szokott gyógyítók nehezen tudtak azonosulni a saját sorsát irányító, felvilágosult, felelős döntéseket hozó kliens eszményképével – ami a pszichiátriában zajló paradigmaváltás következtében egyre közelebb került a mindennapi tevékenységekben. Az a tény, hogy az orvoslás pusztán „objektív” tudományos tények végrehajtása a páciensen, túlhaladottá vált. Ma már a pszichoedukáció is egyre több intézet rehabilitációs repertoárján szerepel. Ugyanakkor a bizonyítottan hatékony életvezetési készségek tréningje, a szociáliskészség-fejlesztő tréning, a családi intervenciók elsősorban a közösségi ellátásban érhetők el. Ez az ellátási forma az egészségügyben finanszírozás híján nem tud működni. Vannak példák arra, hogy egy egészségügyi intézmény biztosít helyet, erőforrásokat a szociális ágazatból finanszírozott civil szervezetnek. A kórházi, klinikai környezetben működtetett közösségi pszichiátriai ellátások a tapasztalatok szerint eltérhetnek az eredeti koncepciótól és a strukturált módszertani elemek mellőzésével, a közösség szó „átértelmezésével” – amikor nem a beteg saját otthoni környezetében, a hozzátartozóival megosztott közösségében zajlik az ellátás, hanem az intézménybe szervezett betegek közösségében – valójában nappalklub-szerű tevékenységeket folytatnak.

A szociális ágazat ellátási formáiban uralkodó szemléletmód

A közösségi pszichiátriai ellátás a szociális ágazat alapszolgáltatásai közé tartozik és a benne uralkodó szemléletmód sok tekintetben óriási különbségeket mutat az egészségügyi ellátáshoz viszonyítva. Míg az egészségügyi ellátás fókuszában az akut tünetek megszüntetése és hosszú távú állapotjavulás biztosítása áll, annak kontrollálása nem célkitűzés, addig a közösségi ellátás a felépülésalapú elvek mentén, komplex rehabilitációs program keretében, a kliens és családtagjainak egyéni

céljait figyelembe véve, a lehető legjobb állapot elérésére helyezi a hangsúlyt. A hatékony gyógyszeres terápiával integrálva a pszichoszociális problémákban való segítségnyújtás az ellátás fő feladata. A közösségi pszichiátria legjobb gyakorlatai ma a szociálpszichiátriai felépülés modellre, a klienscentrikus kapcsolatra, a szükséglet-alapú gondozásra alapozott ellátások, ahol 24 órás elérhetőséget biztosító, bármikor mobilizálható és rendelkezésre álló, terepen dolgozó, rendszerszemléletet alkalmazó multidiszciplináris teamek tevékenykednek, és asszertív esetkezelést valósítanak meg. Az ellátásban érintett személyek mindegyike szabad, döntéseiért felelős, egyenrangú partnere a szakembereknek. A hagyományos, „passzív” betegszerep a közösségi ellátás szemléletmódjába nem illeszthető bele. Az önségítő aktivitás olyan, kiemelten fontos eleme a szociálpszichiátriai felépülés modellnek, amely elősegíti a felépülést a tünetek megléte mellett is. Önségítő csoportok működésére számos pozitív példát láthatunk a mentális problémával élőket ellátó intézményekben, melyek elsősorban civil kezdeményezések. Az ilyen típusú szerveződéseknek az egészségügyi ellátórendszerben nincs valódi létjogosultságuk. A közösségi ellátás a hagyományos pszichiátriai ellátáshoz képest újszerű megközelítéseivel a modern szociálpszichiátriai ellátás „zászlóshajójának” tekinthető.

Ugyanakkor a szociális ágazat egy másik ellátási formájában, a pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonaiban a szemlélet az egészségügy biomedikális modelljéhez kapcsolódó, hagyományos, erős paternalisztikus viszonyokat idézi. Évtizedekig az intézményközpontú ellátás jegyében, a társadalomból távolabbra „száműzve”, az országhatár közelében nyitottak nagy létszámú bentlakásos otthonokat mentális betegeknek. A területileg, földrajzilag szegregált intézményekben a társadalmi integráció lehetősége már a térben akadályozva van. Ezzel megvalósultak a kirekesztés egyéni, bizonyos csoportokat sújtó és szociális helyzethez kapcsolódó dimenziói. A családtól elszakított, szociálisan visszafordíthatatlanul izolált emberek rehabilitációja az otthonok többségében csekély hatékonysággal, leginkább az intézményben végezhető tevékenységekre korlátozva történik. A bentlakásos otthonokba került pszichiátriai betegek fokozatosan elveszítik az önállóságukat, a sorsukat érintő felelős döntéseket nem hoznak, és személyes célok, valamint az intézményi ellátásból való kilépés lehetősége nélkül élik az életüket. Alapvető probléma, hogy a bentlakásos intézményekben nem rehabilitációs szemlélet uralkodik, és az otthonban dolgozók nem bíznak a betegek felépülésében. Valójában ezek az intézmények az otthonukban különböző okok miatt nehezen ellátható, az egészségügyi rendszerben „forgóajtós” betegként megjelenő mentális zavarban szenvedő emberek „gyűjtőhelyeivé” váltak. A megfelelő számú és kompetenciájú szakszemélyzet és tárgyi feltételek hiányával küzdő intézményekben nem képesek a lakókat reális egyéni célok megfogalmazására és azok elérésére motiválni. A jellemzően nagy mennyiségű, különböző mellékhatásokkal járó gyógyszerek szedése a bentlakásos intézményi ellátás alapeleme, mely a biomedikális szemlélet dominanciáját bizonyítja.

Szemléletváltozást az intézményi férőhelykiváltás folyamata hozhat, amelynek nyomán az otthonból kikerülő, lakóköznyezetbe integrált, kis létszámú támogatott

lakhatásba kerülő emberek ellátása a medikális megközelítés felől a közösségi és emberi jogi megközelítés felé veszi az irányt. A komplex pszichoszociális segítségnyújtásban részesülő pszichiátriai betegek számára új lehetőség nyílt az önálló, de együttműködésen alapuló, felépülést célzó életvitelre. A program szemlélete segíti a betegségük miatt képességeikben károsodott, bizonyos funkcióikat elvesztő személyek közösségi életvitelét, támogatva ezzel az aktív, egyenrangú társadalmi szerepvállalásukat. Bár az intézménytelenítés nem eredményezi automatikusan a közösségi integrációt, ez az a megközelítés, ami a leginkább szolgálja a társadalom szemléletmódjában való változások elérését és a megbélyegzés elleni küzdelmet.

A mentális zavarral küzdő emberek stigmatizációja és a társadalmi szemléletformálás szükségessége

A társadalmi szinten tapasztalható szemlélet leginkább a szociológiai megközelítést képviseli. A mentális zavarok a közösség általánosan elfogadott normáival ütköznek, ezért sokan devianciának tartják ezeket. Ezt erősíti az addiktológiai betegek orvosi szempontból a pszichiátria tárgyköréhez való tartozása is, ami által az ellátórendszer bizonyos szintjein (pl. kórházi sürgősségi osztályok) a tapasztalatok szerint az alkohol-, illetve drogbetegeket a mentális betegekkel együtt „kategorizálják”, és a problémás, „nem kívánatos” esetek közé sorolják. Az egyes kórképek esetenként furcsa, néha ijesztő tüneteit nem mindenki képes mélységeiben vizsgálni és megérteni, az emberek nagy része az alapján ítél, amit a betegségről hallott akár ismerőseiktől vagy a médiából. Bár összességében a társadalom betegek csoportjaként azonosítja a mentális zavarban szenvedőket, gyakran társít mellé ellenérzéseket kifejező fogalmakat. Vizsgálatok igazolták, hogy a diszkrimináció, a pszichés problémával élők megbélyegzése az egészségügyi szakemberek körében is valós jelenség. A szakemberek előítéletei, a régóta mentális zavarban szenvedő páciensekkel foglalkozóknál megjelenő terápiás pesszimizmus kihat a kliensekkel kapcsolatos döntésekre és a velük való kommunikációra is. A különböző, szórványosan előforduló antistigma kezdeményezések hatékonyak, de hosszú távú haszna az oktatás tartalmi elemeként megjelenített stigmaellenes programoknak lenne (Henderson et al., 2014). Több ország egészségügyi és szociális képzéseinek bizonyos szintjein a kliensek mint tapasztalati szakértők bevonásával történő érzékenyítés a legnagyobb hatékonyságú. Az Egyesült Királyság vagy Kanada lehet a követendő példa, ahol a mentális zavarral küzdő ember mint a betegsége tapasztalati szakértője, vendég előadóként, tiszteletdíjban részesülve vonódhat be az ápoló, szociális munkás és orvostanhallgatók képzésébe, és ezáltal tehet minden beteg stigmatizációja ellen. A hosszú távú szemléletformálásnak több szektorra kiterjedően van a legpozitívabb hatása, tekintettel a kliensek szektorok közötti átjárására. A két terület szeparált működése, a külön folytatott stigmaellenes tevékenységek, egyéb, a mentális betegséggel élők elfogadtatására irányuló programok nem segítik a szemléletváltást, összehangolt működésre van szükség.

Szociális és egészségügyi területek együttműködése

A pszichiátriai betegek (pszichoszociális fogyatékossgal élők) ellátása, támogatása kapcsán több közszolgáltatási szektor felelőssége és szerepvállalása is felmerül. A szektorközi együttműködés megoldása és menedzselése a nemzetközi tapasztalatok szerint komoly problémát jelent Európa-szerte (Wahlbeck et al., 2015). A szociális, egészségügyi és más szektorok egyes feladatkörei országonként erősen változók, azokat igazgatási, jogi, erőforrásbeli és kulturális hagyományok is befolyásolják, ezért országszintű példák csak nehezen összehasonlíthatók.

Magyarországon – hasonlóan bármely országhoz – sajátos módon történt a mai pszichiátriai ellátórendszer kialakulása, történelmi (Osztrák–Magyar Monarchia, államszocialista rendszer) és jelenkori hatások jeleit (az állam visszahúzódása a jóléti ellátásokból) egyaránt mutatva. A helyi sajátosságok helyi megoldásokat kívánnak, ezért a későbbiekben ismertetendő nemzetközi példákat inkább saját kontextusukban kell látni, mintsem átveendő gyakorlatokként tekinteni rájuk (lásd az 1. számú táblázatot az 54. oldalon).

A következőkben a szektorközi együttműködések néhány sajátos kontextusát mutatjuk be röviden, amit nemzetközi jó gyakorlatok összefoglalója követ.

Szektorközi együttműködés – kontextusban

A kiváltás programok hatása és a történelmi örökség

Történetileg a pszichiátriai diagnózissal élők ellátása a XIX. század második felétől hagyományosan az egészségügyi szektorok feladata volt Európa-szerte, habár regionális különbségek mindig léteztek. A második világháborút megelőzően azért sem igazán beszélhettünk szektorközi együttműködésekről, mert a modern értelemben vett szociális ellátórendszerek csak az 1950-es évektől épültek ki (széles körű társadalombiztosítási rendszerek, garantált nyugdíj, elérhető szociális szolgáltatások), sőt, a fogyatékos embereket is támogató szociális szolgáltatások még ennél is később, csak az 1970-es és 1980-as évektől kezdtek megjelenni. A kései kiépülés Magyarországon az 1990-es évektől – nem függetlenül nemzetközi tendenciáktól – a jóléti rendszer (szociális szolgáltatások, pénzbeli juttatások) rapid leépüléséből torkollott (Ferge, 1997), miközben a rendszerben továbbra is megjelentek szigetszerűen létező újszerű ellátások, amelyek rendszerint nyugat-európai ellásmintákat igyekeztek követni. Mindez egy csonka, egyre szigetesebben létező szociális szektort eredményezett a 2000-es évekre, amelyben együtt léteznek a kivételként megmutatható, elkülönülten megjelenő jó gyakorlatok és az alulfinanszírozott, romló minőségű állami ellátók, valamint az ellátásból teljesen kiszorult érintettek tömegei. A 2010 után folytatódó, a rendszert érintő megszorítások és intézményrendszer-átalakítás tovább rombolta a meglévő szolgáltatásrendszert és rontotta az érintettek helyzetét (Szívós és Tóth, 2013). A hiányzó szolgáltatásokat a fogyatékosellátás terén – hason-

lóan például a hajléktalanellátáshoz és a pszichiátriai területhez is – civil szervezetek kezdték átvenni (Balázs és Petri, 2010; Tausz, 1997), amelyek alulfinanszírozottsága azonban folyamatosan nehezíti működésüket, és rendszerbeli szerepvállalásuk az el-látottak számát tekintve továbbra sem jelentős.

A közösségi életet támogató szolgáltatásokra – szociális szolgáltatások kialakítása, közösségi szolgáltatások elérhetősége – az intézményi férőhelykiváltási programok több országban pozitívan hatottak (Beadle-Brown, Mansell és Kozma, 2007). A szolgáltatási hálózatok fejlesztése, és ezzel kapcsolatos szakpolitikai szabályozók változása az intézetek bezárásával általában egyidejűleg történt, például Olaszországban, az Egyesült Királyságban, Görögországban és Hollandiában (Amadeo et al., 2007).

A magyar intézménykiváltás során a jelenlegi információk alapján azonban nem történik meg a szociális és egyéb közösségi szolgáltatások országos fejlesztése (Kozma és mtsai, 2016; Magyar Kormány, 2011), ehelyett csak elkülönült fejlesztések folynak a kiköltözők körére vonatkozóan, melyek nem érintik a már eleve intézetben kívül élők sokkal szélesebb körét. Habár a pszichoszociális fogyatékossgal élő embereknek, hasonlóan a fogyatékos emberekhez, csak töredéke kap jelenleg nagy intézeti ellátást, ezen többségnek a szociális szolgáltatások hiánya és a meglévő közösségi ellátások kapacitáskorlátai miatti ellátatlansága várhatóan nem változik majd a kiváltási programok nyomán sem. Ugyanakkor nemzetközi tapasztalatok szerint a hatékony szektorközi együttműködések nemcsak, hogy jobb mutatókat eredményeznek a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek közösségi életvitelében, de az ilyen együttműködések hiányában még a futó intézetkiváltási programok sem hozhatnak jó eredményeket (Almeida Caldas, Mateus és Tomé, 2015).

A fentiek miatt a pszichoszociális fogyatékossgal élőket érintő szektorközi együttműködés kérdésében a magyar kormányzat elsődleges feladata a közösségi pszichiátriai rendszer komoly, a szociális alap- és szakszolgáltatások országos, rendszerszintű fejlesztése lenne, amelyet megfelelő humán erőforrással (meglévő dolgozók továbbképzése és új dolgozók felvétele, bérek emelése) és szolgáltatásbővítéssel lehetne orvosolni. Ezek hiányában csak a meglévő, több térségben szinte teljesen hiányzó szociális szolgáltatások és a leromlott állapotú, súlyos szakemberhiánnyal küzdő pszichiátriai ellátás (2010–2015 között 119 pszichiáter kért az ENKK-tól hatósági bizonyítványt szakképesítése külföldön történő elismeréséhez) együttműködéséről beszélhetünk, amely lényegi megoldást nem jelent a jelenlegi súlyos erőforráshiányok és a lefedettség korlátozottsága miatt.

Betegút – lelki egészség minden területen

A szektorközi együttműködésben hiba lenne csak a szociális és egészségügyi területekre szűkíteni a fókuszot. Az ember életében a pszichés problémák általánosak, és bármilyen esetben az egészségügyi ellátás csak egyetlen eleme lehet mind a betegútnak, mind az érintett személlyel betegsége előtt (prevenció, korai felismerés)

és után dolgozó közszolgáltatásoknak, hatóságoknak. Potenciálisan számos állami szerv, illetve szektor kapcsolatba kerülhet a pszichoszociális fogyatékossgal élő személlyel. A lelki egészséget holisztikusan megközelítő szakpolitikák hangsúlyozzák, hogy a pszichiátriai ellátás az érintettek kísérése és támogatása tekintetében csak egyetlen, és nem is a legfontosabb terület (Wahlbeck et al., 2015). A teljesség igénye nélkül a következő szektorok lehetnek érintettek:

- munkaügy (munkahelyi pszichés problémák, „bekattanás”, kiégés, pszichés okok miatti betegszabadság és állásvesztés),
- foglalkoztatás, támogatott foglalkoztatás (munkába állás, betegség utáni munkaerőpiaci integráció, munkahelyi támogatás, felkészítés, munkahelyek átalakítása),
- oktatás (köznevelésben, felsőoktatásban, szakképzésben részt vevő érintettek kísérése, támogatása, oktatási tananyagban korszerű, holisztikus és emberi jogi szemléletű tudás átadása, kamaszkori lelki problémákkal kapcsolatos programok),
- szociális ellátás (megfelelő otthoni és szükség esetén bentlakásos támogatás, kísérés, nappali ellátás, asszisztencia),
- lakhatás (szociális lakhatás, albérleti lehetőségek, hajléktalanság kezelése),
- bíróságok (a méltányos eljáráshoz való jog, a törvény előtti egyenlőség vagy a megfelelő támogatás biztosítása a jogi eljárásban részt vevő pszichiátriai betegek számára),
- gyermekvédelem (megelőzés, korai felismerés, a családok támogatása és nem a családból kiemelés pszichés problémákkal küzdő gyerekek esetében),
- rendőrség (veszélyeztető magatartást tanúsító személyekkel szembeni intézkedés),
- büntetés-végrehajtás (büntetés-végrehajtási intézményben élő pszichoszociális fogyatékosok jogvédelme).

Amikor a szociális és egészségügyi területek együttműködéséről beszélünk, akkor gyakran mesterségesen leszűkítjük a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek támogatásának kérdését két szektorra – ehelyett az értelmezési keretnek tágabbnak kell lennie és a „lelki egészség minden szakpolitikában” elv mentén kell történnie (Wahlbeck et al., 2015). Ennek megvalósítása természetesen bonyolult igazgatási, koordinációs, jogi és gyakorlati (szolgáltatásnyújtás) kérdés, amelynek lehetnek országos (jogszabályok, jogosultságok/pénzbeli juttatások, nemzeti stratégiák), regionális vagy településszintű (kistérségi vagy önkormányzati programok, helyi együttműködések hatóságok és civilek vagy más intézmények között), sőt intézményszintű (pl. helyi iskolai programok egy adott oktatási intézményben) akciói is.

Emberi jogi keret – a fogyatékos emberek jogairól szóló ENSZ Egyezmény végrehajtása

A szektorközi együttműködést nemcsak az érintettek élet- és betegútja, valamint történeti okok befolyásolják, de az elmúlt 10 évben az igazgatás számára egyre hangsúlyosabban feladatokat előíró emberi jogi gondolkodás is. A hazánk által is ratifikált ENSZ Egyezmény a fogyatékos emberek jogairól (Magyar Országgyűlés,

2007) széles körben határozza meg azokat a jogokat, amelyek a fogyatékos emberek számára biztosítandók az Egyezmény végrehajtását vállaló részes államok által. Az Egyezmény teljesítéséről szóló jelentések és beszámolók is lefedik mind a pszichiátriai, mind az egyéb szakmaterületeket, ezzel jelezve, hogy a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő emberekkel kapcsolatban nem csak az egészségügyi igazgatásnak és szolgáltatásainak van feladata (Gombos és mtsai, 2010).

Ennek megfelelően a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő személyek esetében az induló intézkedéseknek az Egyezmény szellemében érintenie kell az összes olyan szektort, ahol az érintettek megjelenhetnek. Ez igaz horizontális elvekre (diszkrimináció tilalma, amely például bizonyos szociális szolgáltatások igénybevétele esetén, de akár munkavállaláskor is nagy eséllyel sújthat pszichiátriai betegeket), és igaz lehet egyes igazgatási szektorokat érintő jogokra is. A szektorközi együttműködések megléte, az érintettek szolgáltatásokhoz vagy ellátásokhoz történő hozzáféréseinek és érdemi támogatásának biztosítása szektorokon átívelően tehát az Egyezmény szellemének is megfelel, sőt végrehajtásának egyik eszköze.

A Magyar Kormány rendszeresen beszámol az Egyezmény végrehajtását érintő lépéseiről az ENSZ illetékes bizottsága előtt (Gurbai, 2012), ez pedig potenciálisan alkalmas lehet arra, hogy a szektorközi együttműködések erősödését vagy hiányát a hivatalos állami vagy a civil szervezetek által elkészített alternatív jelentéseken keresztül is vizsgáljuk. A rendszeresen benyújtott magyar kormányzati és civil ENSZ-jelentések nemcsak adatforrásként használhatók a „lelki egészség minden szakpolitikában” elv teljesülésének ellenőrzésére, de összeállításuk előtt mind a kormányzat, mind a civil szervezetek figyelmét fel lehet hívni az elv megjelenítésének fontosságára.

Az érintettek bevonása a szakpolitikai és szakmaközi tervezésbe

A szakmaközi együttműködések elősegítésénél nemcsak a meglévő állami igazgatási területek, de a civil szektor szerepére is ki kell térni. A pszichiátriai ellátottak, volt ellátottak és szövetségeseik (szakemberek, segítők, családtagok stb.) a világ több pontján sikerrel működtetnek civil szervezeti szolgáltatásokat, tesznek szakmapolitikai javaslatokat és ellenőrzik a jelenlegi szolgáltató rendszer minőségét.

Az ENSZ Egyezmény, illetve az annak kapcsán a pszichoszociális fogyatékos-sággal élők világszervezete által kiadott értelmezés (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2008) szerint reprezentatív szervezeteiken keresztül kimondtan javasolt az érintettek bevonása a szolgáltatások és a szakpolitikák tervezésébe. A bevonáskor figyelmet kell fordítani az érintettek szervezeteinek felkészítésére, „empowerment”-jére, képessé téve őket az elvárt feladatokra – a bevonásnak nem szabad csak jelképesnek lennie, amit az Egészségügyi Világszervezet is hangsúlyoz (WHO, 2010).

A pszichiátriai ellátásban részesülők, illetve tágabb körben a pszichoszociális fogyatékos-sággal élők és szervezeteik ezen kívül a szociális ágazatban kifejezetten

hangsúlyosan jelenhetnek meg mint a szolgáltatásban aktívan részt vevők, például a növekvő terhekkel alulfinanszírozottsága miatt szembenézni képtelen szociális munka megújításában. A közösségi szociális szolgáltatások személy- és igényközpontúsága jobban megteremthető, továbbá a szociális szakmának a neoliberális megszorító politikák következtében való pozíció- és forrásvesztése, szakmai ethosának kiürülése is jobban ellensúlyozható például, ha szociális munkások és más közösségi feladatot ellátók együtt dolgoznak az érintett pszichiátriai ellátottakkal és szervezeteikkel (Beresford és Croft, 2004). Ehhez természetesen elengedhetetlen az érintettek szervezeteinek célzott, rendszerszintű támogatása anyagi és egyéb eszközökkel (WHO, 2010, 6–7.).

A pszichoszociális fogyatékkal élőket képviselő szervezeteknek a pszichiátriai szakma megújításában és a pszichiátriai gyakorlatnak az új, emberi jogi kívánalmaknak való megfelelő átalakulásában is szerepe lehet – a pszichiátriai ellátottak tudása saját állapotukról, szükségleteikről, „őrültségük” társadalmi és személyes hátteréről (Beresford, 2016) elengedhetetlen ahhoz, hogy érdemi szakmaközi együttműködések alakuljanak ki. A bevonás történhet meglévő civil szervezetek ösztönzésén, képzésén, önszerveződő csoportok, szolgáltatást alapító vagy abban részt vevő civil tömörülések anyagi és szervezeti támogatásán keresztül – nem lehet elvárni a civilektől, hogy finanszírozás nélkül végezzék a szolgáltatások ellenőrzését vagy indítsanak alternatív szolgáltatásokat.

A fenti, gyakorlati (szolgáltatástervezés, szolgáltatásnyújtás) területeken kívül maga a társadalomkutatás is bizonyítottan más adatokat és információkat hozhat, ha azt olyan kutatók (is) végzik, akiknek maguknak is van lényegi tapasztalatuk a pszichiátriai ellátórendszerrel, a pszichiátriai zavarként leírt problémákról. A jelenlegi vagy volt pszichiátriai beteg kutatók által végzett kutatások mind szemléletükben, mind eredményeikben erősen megkérdőjelezzik a hagyományos orvosi, neurológiai vagy farmakoterápiai szempontú kutatásokat, és az érintettek kizárásával történt társadalomkutatási gyakorlatokkal is kritikusak (Russo, 2012). Az érintettek aktív bevonásával (már a kutatások tervezésének fázisától) és vezetésükkel végzett kutatások alapjaiban járulhatnak hozzá annak megértéséhez, milyen támogatásra van szükség és azt milyen szakmaközi együttműködések, új vagy együttműködő szolgáltatástípusok biztosíthatják (Beresford és Wallcraft, 1997; Sweeney, 2016).

Költségek és finanszírozás

McDaid és szerzőtársai (2007) nemzetközi adatok alapján mutatták be, hogy a pszichiátriai betegek szektorközi ellátására Európa-szerte nagyon különböző gyakorlatok léteznek, és hogy az érintettek szektorok közötti mozgásának sarkalatos problémája a finanszírozás. Sok esetben a finanszírozás nem követi az ellátottat, más esetben, ha bár új ellátásokat nyitnak például a szociális szektorban, ez nem csökkenti az egész-

ségügyi ellátórendszer költségvetését. Néhány országban a gyakorlatban szociális ellátást nyújtó szolgáltatásokat nem a társadalombiztosítás, hanem sajátos adónemek vagy helyi közigazgatási szervek (tartomány, városi önkormányzat) finanszírozzák.

Maguknak a szociális vagy más szektorbeli szolgáltatásoknak a létrehozására több országban egyéb forrásokat használtak: Görögországban a PsychArgos program keretében, a pszichiátriai intézetek bezárásával egyidejűleg, a 90-es évek végétől kezdve európai uniós támogatással alapítottak országosan közösségi pszichiátriai szolgáltatásokat, nappali ellátókat, gyermekeknek szóló szolgáltatásokat és foglalkoztatási szolgáltatásokat is. Izlandon a Nemzeti Szerencsejáték társaság finanszírozásával alapítottak 600, jelképes összegért bérelhető szociális bérlakást fogyatékos emberek számára – a bérlők negyede pszichoszociális fogyatékossgal élő ember (McDaid et al., 2007).

A nem egészségügyi ellátásért több országban (pl. Portugália) gyakran maguk az igénybevevő pszichiátriai betegek vagy családjaik fizetnek, saját jövedelmükből vagy erre a célra fordítható célzott pénzbeli juttatásból, ám ezek a rendszerek értelemszerűen tovább növelik az egyenlőtlenséget az érintettek jövedelmi csoportjai között – a kispénzű igénybevevők nagy eséllyel nem fordulnak szolgáltatáshoz, így továbbra sem kapnak segítséget (McDaid, Knapp és Medeiros, 2007).

A szektorközi együttműködés egyik legkomolyabb problémájaként a finanszírozás azonosítható, mivel az egyes szolgáltatók és szektorok nem szívesen bővítik ellátotti körüket, ha nem kapnak mellé megfelelő finanszírozást. A szolgáltatók a kliensek által hozott finanszírozásért néha versenyezhetnek is, ami megint csak több, egyidejűleg szükséges szolgáltatás közötti választásra kényszerítheti az érintett pszichiátriai beteget. A töredezett, az igényekre nem válaszoló finanszírozás az erőforrásokat is szükségszerűen elégtelenül allokálja: nem oda megy a forrás, ahol az érintettnek támogatásra van szüksége, így a támogatás az egyén számára hiányos vagy egyáltalán nem is elérhető, miközben a finanszírozás állami kiadási oldalon megjelenik. Ezen anomáliák kezelésére az 1990-es évektől kezdődően Svédországban olyan közös finanszírozási mechanizmust alakítottak ki a munkapiacról pszichés gondok miatt tartósan kieső egyének támogatására, amelybe a szociális ágazat, a betegségbiztosítók és az egészségügyi szektor is egyaránt pénzt biztosít. A SOCSAM nevű finanszírozási program a 2000-es évek második felében országossá vált (McDaid et al., 2007). A nemzetközi példákból az látszik, hogy központi szabályozók és ösztönzők nélkül a szektorok közötti együttműködés finanszírozási problémái nem oldhatók meg.

Ország	Beavatkozás szintje, jellege	Leírás	Előnyök	Hátrányok
Litvánia	Országos koordináció	A Nemzeti Egységügyi Bizottság miniszterhelyettesek és más állami intézmények vezetőinek részvételével ülésezik, biztosítva a különböző ágazatok kooperációját. 1996 óta működik. A Bizottság 2014-ben elkezdett céloztan a lelki egészséggel szektorközi szempontból foglalkozni, és egyes részterületeken (kábítószer-függőség, alkoholizmus, öngyilkosság) indítandó intézkedéseket áttekinteni.	Felsővezetői részvétel erős elkötelezettségre ad lehetőséget egyes ágazatok részéről. A magas szintű részvétel széles körben jelzi a lelki egészség fontosságát.	A Bizottság ritkán ülésezik és napirendjén a lelki egészség csak egy téma a sok közül. 2013-ban alapították újra.
Románia	Országos és regionális Oktatásügy	A román nemzeti tantervben az egészségudatosságról és egészségügyi ismeretekről szóló tananyag foglalkozik a pszichés problémákkal is (1. és 12. évfolyam között). A 2000-es évek elején próbaidőszakban több régióban futott a program, amelyet közben folyamatosan értékelték is.	Az ismeretek csökkentik a stigmát és pontos, meg-alapozott tudást nyújtanak. Kamaskorai veszélyeztetettség csökkent. Foglalkozásügyi ismeretekkel összeköthető.	A program nem elérhető országosan.
Norvégia	Országos jogszabály	A norvég egészségügyi törvény elismeri, hogy a legtöbb egészségügyi problémához az egészségügyi rendszeren kívül eső faktorok vezetnek. Az lakosság egészségi állapota nem csak egy országos szolgáltató rendszer, hanem a helyi közösségek (önkormányzatok) felelőssége is. A törvény önkormányzati szintű közegészségügyi koordinátorokat hoz létre, akik a helyi közösség sajátosságai alapján jelölik ki a beavatkozási területeket. A törvény hangsúlyt helyez arra, hogy a pszichés eredetű egészségügyi problémákat szektorközi együttműködéssel kell kezelni.	Ún. „közegészségügyi barométer” méri a helyi problémákat, ezeket a rendszer közlésezi. A mérés a pszichés és pszichológiai problémákat is tartalmazza (pl. helyi szolgáltatók statisztikái), azokat összeköti releváns helyi problémákkal (pl. iskolai erőszak, droghasználat, munkanélküliség). Az önkormányzati tapasztalatok jók.	Kevésbé szankcionál, ha önkormányzatok nem teljesítik a feladatot. Több önkormányzat nem kezdett el foglalkoztatni koordinátorokat. Eltérő méretű önkormányzatok nagyon változó feladatok elé állítják a felelősöket.
Románia	Helyi konzultáció	A Suceava megyei pszichiátriai betegek (és magukat „túlélő”-ként nevező) volt ellátottak önkormányzati, céges és média-képviselőkkel rendszeresen konzultálnak. A kezdeményezés („Szakpolitikai utak” munkanén) lehetőséget ad az érintettek véleményének közlésére, útmutatók, szakmai anyagok kiadására. A Suceava megyei gyakorlat 2002 óta működik.	Az érintettek bevonása a (szektorokon átnyúló) szakpolitikai tervezésbe és szolgáltatások nyújtásába fontos elv, de kevés helyen történik meg a gyakorlatban. Szemléletformáló. Szakpolitikai javaslatok közül többet a minisztérium is elfogadott.	Finanszírozása bizonytalan, sokszor teljesen hiányzik. Izolált példa.
Ausztrália	Helyi szolgáltatás	Melbourne belvárosában az utcán élő pszichiátriai betegek ellátására helyi együttműködés alakult. A szociális ellátás pszichiátriai ellátásban tapasztalt speciális segítőket kezdett alkalmazni. Mozgó teamek segítettek a hajléktalan pszichoszociális foglalkozásokkal élőket.	Szinte minden elérhető statisztika javult (kórházi napok, tudatosság, felismerés, megelőzés). Lakhatási esélyek javultak. Költséghatékonny.	Helyi példa.

1. táblázat. Jó gyakorlatok szektorközi együttműködésekre a pszichoszociális foglalkozások esetén (Lee et al., 2010; Wahlbeck et al., 2015)

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

1257/2011.(VII.21.) kormányhatározat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájára.

Ács A. (2012). Mentális zavarban szenvedőkkel szembeni attitűd vizsgálat BSc ápoló hallgatók körében. *Ápolásügy*, 26(1), 14–18.

Almeida Caldas, J., Mateus, P., Tomé, G. (2015). *Towards community-based and socially inclusive mental health care. situation analysis and recommendations for action*. Brussels: Join Action on Mental Health and Well-being.

Amaddeo, F., Becker, T., Fioritti, A., Burti, L., Tansella, M. (2007). *Reforms in community care: The balance between hospital and community-based mental health care*. Mental Health Policy and Practice Across Europe, 235.

Balázs Zs., Petri, G. (2010). Az autizmussal élőket segítő magyarországi civil ellátórendszer kialakulása. In V. Bognár (ed.). *Láthatatlanok. Autista emberek a társadalomban*. [Organisations helping people with autism in Hungary and their role in the development of policies and services] (pp. 36–77.). Budapest: SCOLAR.

Beadle-Brown, J., Mansell, J., Kozma A. (2007). Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 437–442. doi:10.1097/YCO.0b013e32827b14ab [doi]

Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. In J. Russo, A. Sweeney (eds.). *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp. 25–34.). Monmouth: PCCS Books.

Beresford, P., Croft, S. (2004). Service users and practitioners reunited: The key component for social work reform. *British Journal of Social Work*, 34(1), 53–68.

Beresford, P., Wallcraft, J. (1997). Psychiatric system survivors and emancipatory research: Issues, overlaps and differences. In C. Barnes, G. Mercer (eds.). *Doing disability research* (pp. 66–87.). Leeds: The Disability Press. doi:https://pdfs.semanticscholar.org/fe68/e2bfa6ed2cab6ddae12e22c8f1496307af68.pdf

Ferge Zs. (1997). The changed welfare paradigm: The individualization of the social. *Social Policy & Administration*, 31(1), 20–44.

Gurbai S. (2012). A Bizottság aggodalmát fejezi ki: ENSZ ajánlások a magyar kormány számára a fogyatékossgal élő személyek jogait illetően. *Esély*, 6, 108–117.

Gombos G., Kovács M., Szöllősiné F. E., Tapolczay G. (2010). *Fogyatékos személyek jogai vagy fogyatékos jogok? – A magyar civil caucus párbuszamos jelentése az ENSZ egyezményről*. Budapest: SINOSZ–MDAC–FESZT.

Harangozó J., Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Wernig R., Slezák A., Bulyáki T. (2001). Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege Artis Medicinae*, 11(8–9), 573–586.

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482.

Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (2013) *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pécs: Pro Pannonia.

Kozma A., Petri G., Balogh A., Birtha, M. (2016). *Az európai unió támogatásainak a szerepe az intézménytelenítésben és a férőhelykiváltás eddigi tapasztalatai*. Budapest: Társaság a Szabadságjogokért.

Lee, S., Castella, A. d., Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: An integrated approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 505–512.

McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H. (2007). Mental health and economics in europe: Findings from the MHEEN group. *Eurohealth-London*, 13(3), 1.

McDaid, D., Oliveira, M. D., Jurczak, K., Knapp, M. (2007). Moving beyond the mental health care system: An exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2), 181–194.

Pikó B. (2002). Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához. *Szociológiai Szemle*, 2, 99–113.

Russo, J. (2012). *Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health*. Paper presented at the Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 13(1) Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1790>

Sweeney, A. (2016). The transformative potential of survivor research. In J. Russo, A. Sweeney (eds.). *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp. 61–75.). Monmouth: PCCS Books.

Szentes T., Kapócs G., Kurimay T. (2013). Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinae*, 23(1), 47–51.

Szívós P., Tóth I. G. (2013). *Egyenlőtlenségek és polarizálódás a magyar társadalomban*. Budapest: TÁRKI monitor jelentések. Retrieved from http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2012_teljes.pdf

Tausz K. (1997). A fogyatékos gyermekek helyzete és a civil társadalom az átmenet időszakában. *Esély*, 6, 77–87.

Tringer L. (ed.) (1999). *A pszichiátria tankönyve. Egyetemi tankönyv*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Tringer L. (2007). A pszichiátria társadalmi beágyazottsága. *Psychiatria Hungarica*, 22(2), 124–133.

Wahlbeck, K., Botezat, I., Campion, J., Garcia-Cubillana, P., Guðmundsdóttir, D., Halliday, W., Sajevičienė, J. (2015). *Joint action on mental health. mental health in all policies – situation analysis and recommendations for action*. Brussels: Join Action on Mental Health. doi:<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>

World Health Organization (2010). *User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe-empowerment is not a destination, but a journey*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf (utolsó elérés: 2017. 04. 16.)

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2008). *Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities WNUSP*.

AZ ELLÁTÓRENDSZEREK MŰKÖDÉSE ÉS EGYMÁSHOZ VALÓ VISZONYA

Magyarországon a mentális zavarban szenvedők az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben egyaránt ellátásban részesülhetnek. A kapcsolat az ellátórendszerek között esetleges, mivel működésüket a hatályos törvények és egyéb jogszabályok nem megfelelően, a köztük lévő kapcsolatot, illetve a rendszerben több helyen is megjelenő kliens érdekében szükséges együttműködésüket pedig egyáltalán nem szabályozzák. Az ellátások izolált megjelenése azt eredményezi, hogy a rászorulóknak nincs lehetősége a szükségleteiknek és igényeiknek legmegfelelőbb szolgáltatást igénybe venni. (Szentés, Kapócs és Kurimay, 2013). Az ellátórendszerek összehangolt működéséhez szükségszerű szemléletmódbeli változások még nem következtek be. Emellett nemcsak az ellátórendszerek, hanem az egyes ágazatokon belül működő szolgáltatók közötti együttműködés is fejlesztésre szorul. Az egészségügyi ellátórendszer jelentős tradíciókkal rendelkező, gyakran „hungaricumként” aposztrofált pszichiátriai gondozóinak tevékenysége kiemelt fontosságú az érintett betegcsoport kezelésében. Az ezredforduló óta többször a „túlélésükért küzdő” gondozók jelentős forráshiány mellett próbálják ellátni a területükön a pszichiátriai problémával jelentkezőket.

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) 2009–2011 között a magyarországi pszichiátriai gondozók tevékenységét is monitorozta (PÉF, 2012.) A vizsgálatból többek között az derült ki, hogy helyenként „hadipszichiátriai helyzet” uralja a gondozók működését, túlterheltek, a kliensek sokszor hosszan váraкоznak, és csak percek jutnak rájuk. Általános tapasztalat volt, hogy az ideálisnál 40-50%-kal több beteget látnak el, és előfordult olyan gondozást végző intézmény, amely 1–2 hónapos előjegyzéssel dolgozik, ami a mentális problémák esetén elvárható preventív megközelítésnek nem kedvez. Az említett felmérés szerint vannak gondozók, akik jó kapcsolatot ápolnak a fekvőbetegeket ellátó intézménnyel, és a kliensek beutalása, a kórházi kezelés utáni követés, a kontrollált gyógyszerfelírás kölcsönös együttműködés keretében történik. Arra is talált a vizsgálat példát, hogy a területen működő közösségi pszichiátriai ellátó, a pszichiátriai gondozó, a kórházi pszichiátriai osztály, a háziorvos, sőt még a helyi családsegítő is kapcsolatban állt egymással egy-egy kliens gyógykezelése során. Ez az ideális működés sajnos nem általános, jellemzőbb, hogy az ellátók nem kommunikálnak egymással. Eltérő a kórházból elbocsájtott betegekkel kapcsolatos eljárásrend is, a gondozóknak megküldött tájékoztató jellegű zárójelentés „fakultatív”. A saját otthonban-lakóhelyen történő látogatás gyakorlata nagyon változó. A közösségi ellátást végző intézményekkel történő hasznos együttműködés folytán vannak olyan jó gyakorlatot folytató ellátók, akiknél nem marad el a kórházi kezelés utáni kontrollvizsgálat.

Aggasztó hiányosságként tárta fel a monitorozás, hogy a fiatalok számára biztosított ellátás nagyon kevés településen érhető el. A területi egyenlőtlenségek ellenére kijelenthető, hogy a magyar egészségügyi rendszerben viszonylag jól kiépített úton mozognak a mentális problémával élők. A szociális ellátórendszerrel való együttműködést, a feladataik egymással történő megosztását viszont nem szabályozzák részletesen a jogszabályok. Emiatt a két ellátórendszer között gyakorlatilag semmilyen szervezett és irányított kapcsolat nincs. Ez annak ellenére így van, hogy jogszabályi kötelezettség áll fenn, azonban ez a gyakorlatban kérdésesen valósul meg. Az egészségügyben ellátást végző szakemberek túlnyomó része nem rendelkezik ismeretekkel a másik ágazat tevékenységét illetően. A krónikus pszichiátriai betegekkel kapcsolatos, bentlakásos intézményi elhelyezésen túlmenően nincs rálátásuk a szociális ágazatban működő közösségi ellátások valós tevékenységére, nem ismerik a támogatott lakhatás intézményét, illetve csak nyomokban vannak információik a kiváltás stratégiáról. Az egészségügyi képzésekben minimálisan sem jelenik meg a szociális ellátással kapcsolatos tananyag, így különösen aggályos, hogy úgy ápolnak autista személyeket pszichiátriai osztályon, hogy az ott dolgozók soha nem tanultak az autizmusról, a megfelelő bánásmódról semmit. A szociális ágazat bentlakásos intézményeiben dolgozó, szociális ápoló-gondozó képzést végzők nagy részének alapvető pszichiátriai ismeretei sincsenek. A felépülés mint reális célkitűzés a mentális betegek számára, sajnálatos módon nem jelenik meg az egészségügyi ellátórendszer legtöbb szereplőjének tevékenységében, a szociális ágazatban, különösen a bentlakásos intézményekben pedig még kevésbé fellelhető ez az irány.

A pszichiátriai betegek részére szociális szolgáltatást biztosító intézményrendszer bemutatása

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) alapján a szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást az állam biztosítja. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat. Szociális alapszolgáltatások körébe soroljuk a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, a családsegítést, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, a közösségi ellátásokat, a támogató szolgáltatást, az utcai szociális munkát, a nappali ellátást. A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, a rehabilitációs intézmény, az átmeneti elhelyezést biztosító intézmény és a lakóotthon nyújtja, amelyet együttesen tartós bentlakásos intézményi ellátásként is nevezünk. A támogatott lakhatási szolgáltatás is a szakosított ellátások közé tartozik. 2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással mint szakosított, de nem intézményi ellátási forma. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit a többször módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza. A fenti szabályzók alapján a célcsoport részére speciális alapszolgáltatásként a közösségi ellátást és a

nappali ellátást nevesítik, emellett igénybe vehetik a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást, az étkeztetést, a házi segítségnyújtást, a családsegítést, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást is.

Alapszolgáltatások

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére

A közösségi ellátás az a szolgáltatásforma, melynek esetében az igénybevétel formája önkéntes, a szolgáltatás térítésmentes, és a jogszabály által adott keretek között az orvosi gondozás, kezelés mellett pszichoszociális támogatást is igénylő, pszichiátriai problémával élő emberek eredeti lakóhelyükön, környezetük (hozzátartozóik, az érintett számára fontos személyek), a pszichiátriai betegek ellátásában résztvevő társszakmák intézményei és az adott térség ellátásáért felelős szociális szolgáltatások aktív bevonásával részesülnek ellátásban.

A szolgáltatás célcsoportját a saját otthonukban élő, nem veszélyeztető állapotú pszichiátriai betegek képezik, akik pszichiátriai kezelésben részesülnek, betegségük ambuláns szakorvosi ellátás mellett egyensúlyban tartható, de a szükségleteiknek megfelelő életvitelük, rehabilitációjuk és szociális biztonságuk csak intenzív közösségi ellátás által segíthető optimálisan. A célcsoportához tartoznak azok a szociális intézményben élő, valamint támogatott lakhatási szolgáltatást igénybe vevő pszichiátriai betegek, illetve ilyen elhelyezésre várakozó (várólistán szereplő) személyek, akik csak intenzív támogatással képesek otthonukban élni, illetve oda visszailleszkedni.

A közösségi ellátás célja, hogy az általa gondozott pszichiátriai betegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve reintegrálódjanak a közösségbe. Ennek érdekében a komplex pszichoszociális rehabilitáció minden formáját a pszichiátriai beteg otthonában, illetve lakókörnyezetében biztosítja. Segítséget nyújt a pszichiátriai betegek számára problémáik megoldásában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában; a szociális és mentális gondozásukban és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban, az ellátott céljainak megfogalmazásában és megvalósításában. A szolgáltatás az igénybevevők szükségleteire alapozott és felépülésüket előtérbe helyező komplex rehabilitációt célozza meg, amely épít a szolgáltatásban részesülők aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra, őket is oktatta és támogatva. A közösségi ellátás során gyakran egy időben több egészségügyi és szociális szakember összehangolt munkájára van szükség, a szolgáltatás összekötöttségét biztosít az egyén és az ellátórendszerek között, az intenzív esetenmenedzselési tevékenység révén, amelynek eredményeként megvalósul a szolgáltatást igénybe vevők felépülése.

A közösségi ellátás a 2005 és 2009 közötti időszakban a települési önkormányzatok részére kötelezően előírt speciális alapfeladatként jelent meg. Az ellátásszervezés 2009-től átalakult: állami feladatszervezésbe került a szolgáltatás pályáztatása és a

finanszírozása is. A szociális törvény alapján a szolgáltatások működését az állam főszabályként 3 évre megkötött finanszírozási szerződések útján támogatta. 2016-tól a pályázat útján történő finanszírozást felváltotta a normatív támogatás, ami szintén két részből, egyrészt az alapvető működést finanszírozó alaptámogatásból, másrészt pedig a vállalt feladatmutatótól függő támogatásból áll. A szolgáltatás esetében az éves feladatmutatót a 191/2008. (VII. 30.) Kormányrendelet határozza meg. A jogszabály szerint a kötelezően teljesítendő feladatmutató éves átlagban 40 fő. A teljesített feladatmutató meghatározása során pedig nem vehető figyelembe a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás esetén az a BNO 10 kódkönyv F 20–29 vagy 31–33 diagnóziskódba nem besorolható ellátottakkal teljesített feladatmutató, amely éves szinten meghaladja az összes figyelembe vehető feladatmutató 10%-át.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

Személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás a tizennyolcadik életévüket betöltött fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek részére. Az igénybevétel formája: önkéntes, az ellátott kérelmére történik, a szolgáltatás az öntevékenységre, az önsegítésre épülve biztosítja az ellátást igénybe vevők igényei alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését. A nappali ellátás a szociális munka eszközzrendszerével, az igénybevevők szükségleteire építve egyéni szolgáltatási/gondozási terv mentén komplex rehabilitációs tevékenységekkel vesz részt a pszichiátriai betegek felépülésében. Ebben erőteljesen jelen van a remény, a saját identitás, az önálló döntések és kockázatvállalás, felelősségvállalás, teljes vagy részidejű munka vagy tanulás, független életvitel, baráti kapcsolatok, önbecsülés, a betegség átfogalmazása, szociális szerepekkel való azonosulás, az empowerment és az étellel kapcsolatos elégedettség érzése. A nappali ellátás ennek megfelelően készségfejlesztéssel segíti az önálló életvezetést, az emberi kapcsolatok kialakítását és fenntartását, a munkavállalást, a szabadidős tevékenységeket. A készségfejlesztés történhet egyéni esetvitel kapcsán vagy csoportos formában. A szociális munka mellett érdemes támaszkodni a hatékonyan működő önszorgító csoportokra is. A szabadidős és sportprogramok, klubfoglalkozások esetében előtérbe szükséges helyezni a nappali intézmény falain kívül megvalósuló programokat, amelyek csökkentik a stigmatizáció érzését, segítik a reintegrációt.

Az ellátás a pszichiátriai betegek mellett szolgáltatást nyújthat a promóció és elsődleges prevenció céljával is a mentálisan sérült, krízisben lévő személyek részére is. A nappali ellátás keretében olyan programokat kell biztosítani, amelyek hozzájárulnak az ellátottak/klubtagok társadalmi reintegrációjához. A nappali ellátás alapvetően egy nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten háttérét adhatja az alapszolgáltatások összekapcsolásának.

Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonai

A pszichiátriai betegek otthona azt a krónikus pszichiátriai beteget látja el, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt ön maga ellátására segítséggel sem képes. Az intézmény teljes körű ellátást biztosít az ellátottak számára a lakhatás, az étkezés, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területén. A lakók mentális gondozásban részesülnek, amelynek keretében készségfejlesztő-educatív programok segítik képességeik fejlesztését, szinten tartását. Szocioterápiás és munka jellegű foglalkoztatás segíti a munkavégző készségek megtartását és fejlesztését, az aktivitás és kezdeményezőkézség fokozását. A bentlakásos intézményben biztosítani kell a napi huszonnégy órás szolgálatot.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményei

A rehabilitációs intézményi keretek között indokolt biztosítani annak a rászoruló személynek az elhelyezését, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén együttesen zajló, komplex, átfogó segítséget igényel és ennek hatékony megoldása ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg. A rehabilitációs intézmény feladata az intézményi ellátást igénybe vevő önálló életvezetési képességeinek kialakítása, illetve helyreállítása, fejlesztése, továbbá a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésének támogatása és az utógondozás megszervezése. A szakosított szolgáltatást jogszabályi előírásoknak megfelelően, három évig vehetik igénybe a célcsoporttagok, amennyiben az önálló életvitelre történő felkészülés nem lett teljes körű, az ellátást az intézményvezető két évvel meghosszabbíthatja.

Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátásra legfeljebb egy évig kerülhet sor. A pszichiátriai betegek, valamint a szenvedélybetegek átmeneti intézményében folyó munka célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával, komplex rehabilitációs és képzési programok szervezésével – készségfejlesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

A lakóotthoni ellátás során – az intézmény sajátosságaitól függetlenül – biztosítani kell a lakóhelyi, munkahelyi feladatok és a szabadidő eltöltésének szétválasztását,

lehetőség szerint foglalkoztatást, esetleg szabadidős tevékenységeket, illetve azok szervezését; az ellátást igénybe vevő életkörülményeivel kapcsolatos problémák önálló megoldását, szükség esetén segítséget a döntések meghozatalához, az ellátást igénybe vevő szükségletei szerinti szolgáltatások elérhetőségének megkönnyítését.

A lakóotthonban nem helyezhető el olyan személy, aki közösségi együttlétre alkalmatlan, a vele együtt élő társaira nézve veszélyes magatartást tanúsíthat. A lakóotthonban biztosítani kell a szükséges egészségügyi ellátást, illetve annak szervezését. A lakóotthonban dolgozó szociális segítő aktív kapcsolatot tart fenn az ellátást igénybe vevők kezelőorvosával, szakorvosával, valamint a hozzátartozókkal. A lakóotthon életét lehetőleg nyitottan kell megszervezni, a rendezvényeken, programokon a közeli hozzátartozók részvételét biztosítani kell.

Pszichiátriai betegek támogatott lakhatása

Lakhatási szolgáltatás, amely az egyén szükségleteihez illeszkedő módon, természetes és professzionális támogatói hálózat létrehozásával és működtetésével támogatja a lehetőség szerinti önálló életvitel kialakítását és fenntartását a szociális ellátórendszer kapacitásain belül. Személyközpontú, egyénre szabott szolgáltatások, támogatások, programok nyújtásával, illetve a csoportos és a képviseleti megoldások mellőzésével biztosítja a döntés szabadságát az egyén elvárásaihoz és igényeihez igazodó lakhatási és támogatási forma megválasztásában. Az egyén meglévő képességeire építve, a lakhatás és a mindennapi életvitel támogatásának különválasztása révén lehetőséget biztosít az önálló életvitelhez szükséges új készségek elsajátítására. Az életviteli támogatás fontos eleme a kliens autonómiájának, önálló életvitelének erősítése. A segítő munka ezen szakaszában a segítő jelenléte, aktivitása nagymértékben a lakhatási szolgáltatásban részesülő igényeihez igazodik, és egyre inkább egy igénybe vehető háttér szolgáltatásként van jelen, és szükség szerint „alacsony küszöbű szolgáltatásként” hosszú távon elérhető.

A szociális ellátórendszer diszfunkciói

A célcsoport számára elérhető szociális szolgáltatások az elmúlt húsz évben jelentős átalakuláson mentek keresztül, ugyanakkor a rendelkezésre álló férőhelyek tekintetében mind a szolgáltatási formák, mind a területi lefedettség vonatkozásában számos egyenlőtlenséggel kell szembenézni. Az alapszolgáltatások és a szakosított ellátások is hosszú várólistákkal dolgoznak, ugyanakkor a közösségi és a nappali ellátásokhoz való hozzáférés a meglévő szükségletek esetén is mindenhol biztosított. A 88 közösségi ellátó által biztosított szolgáltatások között is jelentős különbségek vannak, amik jórészt a területi elhelyezkedésből adódnak. A vidéki területeken a feladat ellátását nagymértékben megnehezíti a települések közötti távolság, az utazási nehézségek és költségek. A gondozásra szánt időtartam jelentősen lerövidül az utazási idő miatt, különösen akkor, ha a közösségi gondozó tömegközlekedési esz-

közzel jár. Változást hozna, ha ezen fenntartók a kötelező szakmai létszámon felül több kompetens szakembert alkalmaznának.

A szociális törvény minden tízezer főnél nagyobb települési önkormányzat számára kötelező feladatként nevesíti a pszichiátriai betegek nappali ellátását. Az önkormányzatok mulasztásos törvénysértésének következményeként a nappali intézmények száma lényegesen elmarad a törvényben foglaltaktól, szakmai programjuk és a szolgáltatást nyújtók szakmai kompetenciáját tekintve rendkívül változatosak, a szükségletekre alapozott, személyre szabott rehabilitációs tevékenységet nem minden esetben képesek klubprogramok keretében megvalósítani, így sérül az igénybevevők felépülést szolgáló reális egyéni céljai elérésének támogatása.

Az átmeneti otthonok alacsony férőhelyszámmal – megközelítőleg 100 férőhely biztosított országosan – állnak csak a célcsoport rendelkezésére, és a szolgáltatás legtöbb esetben nem éri el célját, mert a saját otthonukba történő reintegrációs folyamat, a család bevonása nem valósul meg, az itt ellátott pszichiátriai betegek a legtöbb esetben az ápoló-gondozó otthoni elhelyezésig nyerne felvételt.

A rehabilitációs intézmény, illetve a rehabilitációs célú lakóotthon befogadó társadalom, helyi környezet, munka- és oktatási lehetőségek nélkül, megfelelően képzett és kompetens segítők nélkül nem produkálhatja az elvárt eredményeket. Ezen intézményformák sikertelenségéért egyszerre okolhatóak rendszerszerű problémák, valamint a helyi rossz beidegződések és gyakorlatok.

Az ápoló-gondozó otthonok mint a legkorábbi, a célcsoport ellátását biztosító szociális intézmények földrajzilag szegregáltan helyezkednek el, totalitárius rendszerként működnek, ahol a lakók hamar hospitalizálódnak, még meglévő készségeiket is elvesztik. A jogszabályban meghatározott tárgyi feltételek nem minden esetben biztosítottak vagy az épületek elavultak, lelakottak, felújításra nincsenek források. Az egyéni és közösségi élettér zsúfolt, nem teszi lehetővé az intimitást, az elkülönülést. A személyzet a korszerű és hatékony gondozási ismereteknek nincs birtokában. A lakók emberi méltósághoz való joga sérülhet, mint ahogy a felépüléstől is egyre távolabb kerülnek.

A szociális törvény és az ehhez kapcsolódó 1/2000-es SzCsM rendelet 2013. augusztus 1. óta biztosít lehetőséget a támogatott lakhatásra mint szociális ellátási formára. Az új lakhatási szolgáltatás alapját az ENSZ Egyezmény adja, amelynek 19. cikke rendelkezik a közösségbe való befogadásról és az önálló életvitel biztosításáról. Az eltelt három év alatt 220 új férőhelyet hoztak létre az intézményi férőhelykiváltási folyamat részeként, ezen felül néhány civil és egyházi szervezet nyújt támogatott lakhatási szolgáltatást.

A mentális problémákkal küzdők számára az alapszolgáltatások és az azokkal szoros hálózatszerű együttműködésben dolgozó támogatott lakhatási szolgáltatások teszik lehetővé, hogy a helyi közösségek egyenrangú tagjaiként gyakorolhassák szociális szerepeiket.



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

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről

Állami Számvevőszék (2012). *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről.*

Jim van Os et al. (2013). Beyond DSM and ICD: introducing „precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*, 12(2), 113–117.

Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (2013). *Mentálhigiéné és segítő hivatás. Fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről.* Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, Pécs

PÉF (2012). A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása. Elemzés: 2009-2011 <http://docplayer.hu/861865-A-magyarorszag-pszichiatricai-gondozok-es-a-kozossegi-pszichiatricai-ellatok-monitorozasa-elemzes-2009-2011-isbn-978-963-89497-0-7.html>

Szentes T., Kapócs G., Kurimay T. (2013). Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinæ*, 23 (1), 47–51.

PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁG ÉS PREVENCIÓ

A mentális, érzelmi és viselkedészavarok prevenciójának mára már igen kiterjedt szakirodalma van, ezen kívül számos program jött létre világszerte, amelyek egyes zavarokat, egyes rizikócsoportokat vagy a háttérben álló kockázati és védőtényezőket célozzák meg, kompetenciát fejlesztenek, a mentális jóllétet, lelki egészséget erősítik vagy éppen a rehabilitációban és a visszaesés megelőzésében játszanak szerepet. A szakirodalom áttekintéséhez és a bizonyítékon alapuló gyakorlatok megtalálásához irodalmi áttekintések, metaanalízisek, programkereső weboldalak állnak rendelkezésre, a döntéshozatal támogatásához az eligazodást módszertanilag segítő irodalmak jelennek meg (pl. Rith-Najarian et al., 2016). A pszichoszociális fogyatékoság fogalmat azonban még nemigen használják ebben a kontextusban, ezért a fejezet további részében többnyire a szakirodalomban használatban lévő szakki-fejezésekre támaszkodtam, tekintettel arra, hogy több kifejezés is használatos és a fogalmak sokszor fedésben vannak, de mégsem szinonimái egymásnak, ugyanakkor a programok értékelése szempontjából lényeges, hogy az átfogalmazással ne adjunk hozzá vagy vegyünk el területeket vagy célcsoportokat.

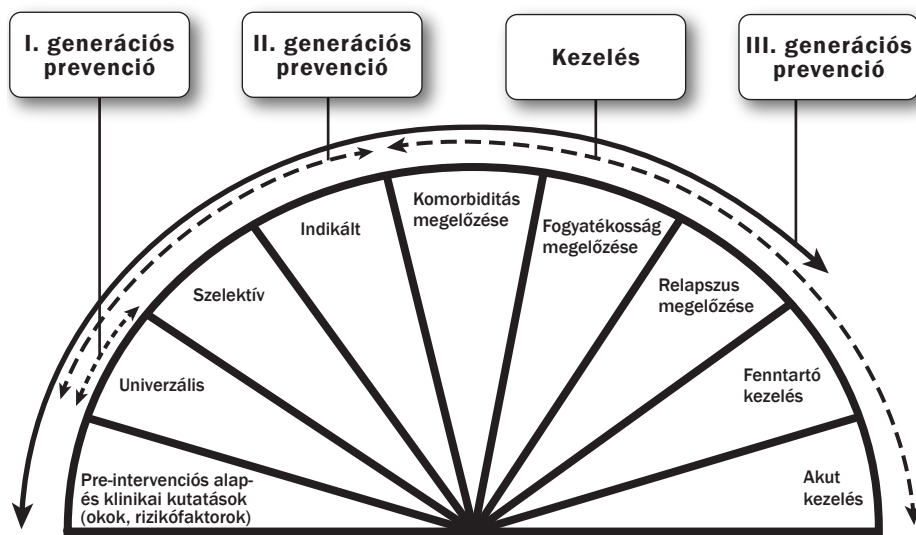
A mentális, érzelmi és viselkedészavarok prevenciója

A prevenciótudomány (prevention science) a beavatkozásokat többféleképpen csoportosítja: Caplan alapján elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevencióról beszélhetünk, annak megfelelően, hogy tünetek még nem jelentek meg (elsődleges), korai tünetek észlelhetők (másodlagos) vagy már diagnosztizált, kezelt zavarról van szó, amelynél a visszaesés, illetve a további károsodások megelőzése a cél (harmadlagos prevenció). Ez a felosztás általánosan ismert egészségügyi téren. Fejlődési perspektívából szemlélve azonban az összes mentális, emocionális és viselkedési zavar kockázati tényezője lehet más zavar vagy fogyatékoság kialakulásának, így az összes kezelési eljárás is tekinthető egyben prevenciónak is. Gordon univerzális/általános (az egész népességet megcélzó), szelektív/célzott (magasabb kockázattal rendelkező alpopulációkat megcélzó) és indikatív/javallott (magasabb sérülékenységgel bíró, de jelenleg tünetmentes egyéneket megcélzó) szolgáltatástípusokra osztotta a prevenció tevékenységet. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Az Egyesült Államok Nemzeti Tudományos Akadémiája (National Academy of Sciences) Nemzeti Kutatási Tanácsának (National Research Council) és Orvostudományi Intézetének (Institute of Medicine) projektjeként létrejövő Bizottság a mentális zavarok és a szerhasználat megelőzésére gyermekek, fiatalok és fiatal felnőttek körében: kutatási eredmények és ígéretes beavatkozások (Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and

Young Adults: Research Advances and Promising Interventions) című beszámolója (National Research Council and Institute of Medicine, 2009) megjegyzi, hogy sem Caplan, sem Gordon rendszere nem a mentális zavarok megelőzésére készült. Az IOM 1994-es jelentése Gordon rendszerét kibővítve vette alapul, az indikált prevencióba beleértve azokat a magas kockázatú egyéneket is, akik nem merítik ki egy zavar diagnosztikus kritériumait, de észrevehető jelek utalnak a kialakulás veszélyére. Azt is elismeri, hogy egy jó kezelés is tartalmaz preventív elemeket, amelyek csökkentik a relapszus vagy fogyatékoság esélyét, de hangsúlyozza, hogy azok a beavatkozások, amelyeket egy létező zavar alapján választottak ki, kezelésnek tekintendők és nem prevenciónak. (Institute of Medicine, 1994 id. National Research Council and Institute of Medicine, 2009) A National Advisory Mental Health Council (NAMHC) vitatta a diagnózissal rendelkező egyénekre irányuló beavatkozások kizárását a prevenció fogalmából, ezért javaslatot tett arra, hogy a tünetmentes és a szubklinikai tünetekkel bíró eseteken túl a visszaesés és a kiújulás megelőzését, valamint a komorbid zavarok és az akadályozottság megelőzését is a prevenciós beavatkozások körébe sorolják. A Bizottság ellenben, részben attól tartva, hogy egy túl tág definíció alapján történő szakpolitika-alkotási folyamat eredménye az lenne, hogy az univerzális és szelektív eljárások nem jutnak elegendő forráshoz a kezelésekhez társuló beavatkozásokkal szemben, azt javasolja, hogy a már kialakult zavarral rendelkező egyének további károsodást megelőző beavatkozásait a kezelések részeként értelmezzük, és a preventív eljárásokat a tünetmentes vagy korai, szubklinikai tüneteket mutató egyéneknek nyújtott szolgáltatásokra értsük. Ehhez azonban hozzáteszi, hogy a mentális egészség promócióját előmozdító beavatkozások olyan közel állnak az univerzális

3. ábra. A mentális egészség intervenciók spektruma (SAMHSA, 2007)



prevenációs eljárásokhoz, hogy akár annak egy válfajának is tekinthetők lennének. Így a Bizottság a másik irányba bővítené a fogalmat: a kezeléshez kapcsolódó eljárásokat kizárná, azonban a promóciót ajánlja hozzátenni a szakpolitikai programok alapját képező definícióhoz. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Elméletileg tehát kijelenthetjük, hogy széles értelemben véve a mentális egészség promóciójától az univerzális, célzott és javallott prevención át egészen az egyes zavarok kezelésének relapszust, akadályozottságot vagy komorbiditást megelőzni szándékozó elemeig értelmezhető a mentálhigiénés prevenációs tevékenység, illetve az aktuálisan nem beleértett elemek (pl. a promóció vagy a kezelés) részben szakpolitikai és forrásbiztosítási megfontolások miatt kerülhetnek ki ebből a körből. A források hozzáférhetőségének biztosítása azonban önmagában is jelentős kérdés egy olyan területen, ahol a megtérülés, bár eszmei és emberi értékben kifejezhetetlen, anyagi értelemben nehezen mérhető, és számos problémát vet fel. Ezek közül az egyik az ellátórendszer különböző szekciói között megoszló költség és haszon kérdése, vagyis az a mentálhigiénés prevenció kapcsán gyakran előforduló helyzet, hogy míg az ellátórendszer egyik ágára jelentős költségek hárulnak a prevenációs programok bevezetésével (pl. egészségügy), addig a „haszon” (vagyis a későbbi kevesebb és enyhébb eset) esetleg egy másik területen vagy megosztva jelentkezik (pl. szociális szféra, foglalkoztatás). Nehezíti még a megtérülés felmérését az is, hogy a betegségek megelőzése vagy enyhébb lefolyása révén az életminőség javulása számos más területre is hosszú időn át kihat (családi állapot, foglalkoztatás, szabadidő, a jobb anyagi helyzet révén magasabb vásárlóerő, a gyermekek mentális egészsége stb.), melyeket nehéz számszerűsíteni, ugyanakkor az egyéni és társadalmi hasznuk felbecsülhetetlen.

A holland COPMI (children of parents with a mental illness; mentális betegséggel élő szülők gyermekei) ellátásban alkalmazott Preventive basic care management megtérülését vizsgálva több lehetséges szempontot is számba vettek a szektorközi költség-haszon kimutatására: a szűken vett egészségügyi ellátás területét, a szociális gondoskodás és gyermeknevelés költségeit és a széles értelemben vett társadalmi perspektívát. A kutatás alapján a preventív alap esetkezelés költségesebb, de hatékonyabb is volt, mint a szokásos eljárás, de a megtérülés sokkal nagyobb volt, ha tágabb perspektívában vizsgálták, mintha csak a szűken vett egészségügyi területen lecsapódó megtérülést nézték. (Wansink et al., 2016)

Vannak ugyanakkor olyan felmérések is, amelyek egyes prevenációs beavatkozásokat különösen költséghatékonyak találtak például a depresszió és a szorongás indikált megelőzése terén. (Mihalopoulos és Chatterton, 2015)

A Bizottság jelentése a preventív beavatkozásokat azok színterei, a célcsoportok és az egyes megelőzendő zavarok alapján osztja fel (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Tekintve, hogy az egyes zavarok kialakulása általában multikauzális (több oki tényező járul hozzá a kialakulásához) és multifaktoriális, a prevenációs programok is ezt a sokszínűséget tükrözik. Mivel nincs egyetlen, mindezt elsöprő kiváltó ok, amelyre fókuszálhatnánk, ugyanakkor a háttérben rejlő

okok és kockázati tényezők általában többféle zavar kialakulását is valószínűsíthetik (multifinalitás), ezért a különböző beavatkozások egyrészt váltakoznak a széles spektrumú, tág célcsoportot és több zavart megcélzó, valamint a szűkebb célcsoportot és kevesebb potenciális diagnózist érintő lehetőségek között. S bár a lehetséges zavarok mind súlyosságuk és tartósságuk, mind kialakulásuk jellemző ideje alapján különféle variációkat képeznek, éppen a közös kockázati tényezők és a hasonló szükségletek egy-egy beavatkozáshoz jól csoportosíthatóak lehetnek, és így alapszinten az ezt megcélzó programok a problémák széles skálájával szemben tudnak valamekkora védettséget nyújtani. Másrészt a specifikus programok ezekre épülve, ezeket kiegészítve alkalmasak lehetnek arra, hogy diagnózisspecifikus faktorokat célozzanak meg.

Hasonló logika alapján érvelnek Hosman és munkatársai amellett, hogy a mentális betegségek transzgenerációs hatásainak csökkentése érdekében kifejtett prevenciók tevékenység esetében az alapellátás a közös, széles spektrumú rizikófaktorokra és a szintén közös, nem diagnózisspecifikus védőfaktorokra irányuljon, mert ez könnyebben megszervezhető és elérhető országos szinten is, több gyermek és fiatal részesülhet benne, és a problémák széles skáláját érintő pozitív hatásai vannak. Ugyanakkor bizonyos szülői diagnózisok esetében fontos lehet specifikus programok indítása a gyermekeknek, ezek azonban jól rá tudnak épülni a széles körű alapellátás szolgáltatásaira. (Hosman, van Doesum és van Santvoort, 2009).

A mentális, emocionális és viselkedészavarok rizikó- és védőfaktorai azonosításának mára már igen kiterjedt szakirodalma van. Több szakember fejlesztett ki többszintű rizikómodelleket, amelyek a kockázati és védőfaktorok különböző szintjeinek komplex interakcióit jósolják be. Ezek közül megemlíthetjük a Masten által kidolgozott fejlődési kaszkádok koncepcióját. A kifejezés arra a folyamatra vonatkozik, ahogy a kompetenciák és a problémák összekapcsolódnak az idő múlásával, illetve a fejlődés előrehaladtával. Például azt találták, hogy az externalizáló, vagyis elsődlegesen viselkedéses problémák (magatartászavar, nyílt oppozíciós zavar) megjelenése gyermekkorban az iskolai sikerességhez szükséges készségek alacsonyabb szintjéhez vezet serdülőkorban, ami viszont növekvő internalizáló, vagyis elsősorban érzelmi problémához vezet (szorongás, depresszió) fiatal felnőttkorban. (Masten, 2015)

A specifikus és nonspecifikus rizikófaktorok összetettségét és összekapcsolódását mutatja, hogy bár a szülői munkanélküliség és az anyai depresszió általánosságban megnövekedett kockázatot jelent a legtöbb mentális, érzelmi és viselkedészavar szempontjából, a szülői depresszió egyben specifikus kockázati tényezőt jelent a magatartászavar és a depresszió kialakulása tekintetében, viszont a szorongás esetében nem, míg a szülői munkanélküliség a szorongással igen, de a depresszióval nem állt specifikus kapcsolatban. Ezen túl a szexuális abúzus, az elégtelen szülői felügyelet és deviáns kortárs csoportok mind a magatartászavarral, mind a nyílt oppozíciós zavarral kapcsolatban állnak, a szülői depresszió kivül a közeli rokonok és barátok elvesztése viszont csak a magatartászavarra nézve specifikus. Az érzelmi za-

varok terén pedig a szülői munkanélküliség mellett például a szülők droghasználata is specifikusnak bizonyult a szorongás szempontjából, de a depresszió kialakulása szempontjából nem. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Ha az ellátórendszer alakítása és a prevenció szempontjából nézzük tehát, akkor a munkanélküliség csökkentése általában a társadalomban tekinthető a mentális, érzelmi és viselkedésszavarok univerzális prevenciójának, ugyanakkor a gyermeket nevelő szülők körében történő növekvő foglalkoztatottság szelektíven preventív a felnővekvő generáció szorongásos zavarainak kialakulása szempontjából. A depresszió kezelése a felnőttek körében jelentheti egyben a visszaesés megelőzését és/vagy az akadályozottság csökkentését és a társadalmi részvétel, valamint az életminőség növelését saját részről, ugyanakkor az érintettek gyermekei számára a szülő sikeres kezelése a problémák széles spektrumát megelőzheti, egyszersmind a magatartászavar és a depresszió kialakulásának megelőzésében specifikus szerepe is van.

A szülői mentális zavarok transzgenerációs hatásaival kapcsolatosan Hosman és munkatársai a rizikó- és védőfaktorokat a specificitás alapján különböző csoportokba sorolják. A betegség-specifikus kockázati tényezők körébe azok tartoznak, amelyek közvetlen összefüggésbe hozhatók az adott diagnózissal, így a genetikai és biokémiai faktorok, a szülő viselkedéses tünetei mint modellviselkedés a gyermek számára, illetve a patológikus megküzdési stílusok megerősítése, mint pl. a szerhasználat, érzelmi evés, túlvédő viselkedés stb. A nonspecifikus tényezőket két csoportja osztja, az egyik csoportba azok a rizikófaktorok tartoznak, amelyek a szülő tüneteinek általános következményei, amelyek számos diagnózis esetében kialakulhatnak, ilyen például, az átmenetileg vagy tartósan csökkent válaszkészség vagy a gyakoribb konfliktusok, esetleg erőszak a családban, illetve ha a gyermekre nagyobb terhelés hárul a szülő érzelmi támogatásában vagy a mindennapi életvezetés biztosításában, mint ami az életkorának megfelelő mértékű, vagyis megnő a szülői szerepbe kényszerülés, a parentifikáció veszélye. A másik csoportba azok a nem specifikus tényezők tartoznak, amelyek mind a szülő, mind a gyermek tüneteinek, nehézségeinek közös hátterét adják. Ilyen például az alacsony szocioökonómiai státusz, a rossz lakókörnyezet vagy a családon belüli erőszak. A protektív tényezők, amelyek ellensúlyozhatják a kockázati tényezők hatását, szintén nem betegség-specifikusak, ilyen például a másik szülő mentális egészsége és gondoskodása, a gyermek saját megküzdési stratégiái, illetve a szűkebb és tágabb környezettől kapott társas támogatás, beleértve az ellátórendszerből érkező segítséget is. (Hosman et al., 2009)

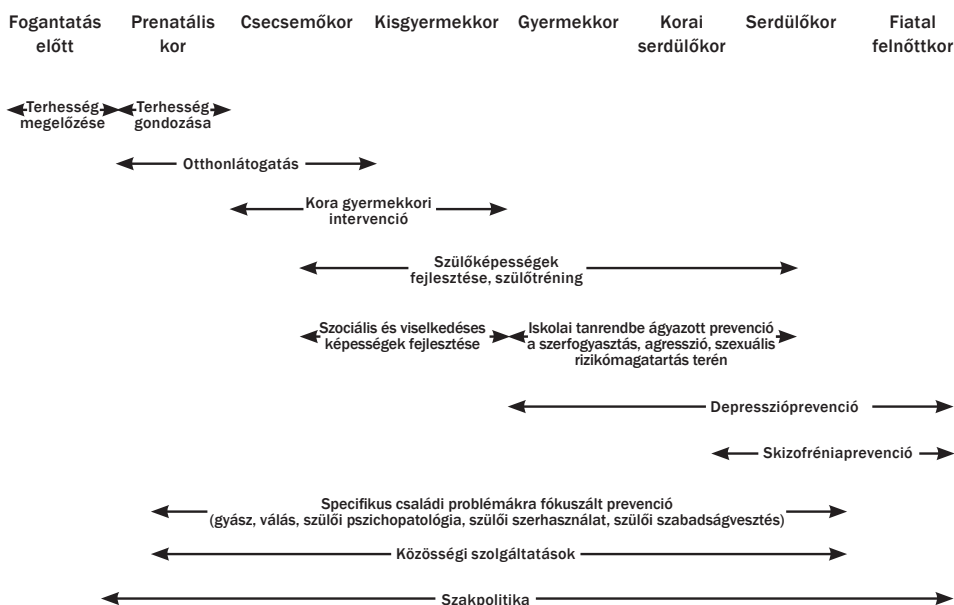
A genetikai háttér kutatása is jelentős kérdéssé vált napjainkra. Az ikerkutatások és adoptációs kutatások alapján majdnem minden gyermek- és serdülőkorai pszichiai zavar mögött találhatunk genetikai komponenseket, ugyanakkor eddig nem sikerült olyan géneket azonosítani, amelyek specifikusan okoznák ezeket, bár bizonyos génvariációk egyértelműen hozzájárulnak egyes betegségek kialakulásához. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Az életkor szerepe a prevencióban

A mentális betegségek megelőzésének legfontosabb időszaka a gyermek-, serdülő- és ifjúkorra tehető. Az élet során megjelenő mentális betegségek fele 14 éves kor előtt kezdődik. (Min, Lee és Lee, 2013), ezért a prevenciós forrásokat is erre az életkorra érdemes fókuszálni. Az adatok alapján általában van egy 2-4 évig tartó ablak az első tünetek és a teljes zavar megjelenése között, ami egy lehetőség lehet a prevenciós programok számára. Az újabb mérőeszközök lehetővé teszik, hogy számos zavar tüneteit már korai életkorban szűrjék. Ezen kívül a fejlődési szempontokat figyelembe vevő intervenciók, amelyek az ismert rizikófaktorokat célozzák meg gyermek- és kiskamaszkorban, szintén fontos eszközei a megelőzésnek. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Az egyes életkori fázisokra jellemző gyakori betegségmegjelenések alapján a prevenciós tevékenység is tervezhető, az egyes programok optimalizálhatók *(lásd 4. ábra)*.

4. ábra. Beavatkozások fejlődési fázisok szerint
(National Research Council and Institute of Medicine, 2009)



Az első megjelenés ideje az egyes diagnózisokat illetően is változatos. Kessler és munkatársai adatai alapján a betegség megjelenésének életkori medián értéke a

szorongásos zavaroknál és az impulzuskontroll zavaroknál 11 éves korra tehető, miközben a szerhasználatnak 20, a hangulatzavaroknak pedig 30 év az életkori medián értéke (értelemszerűen az időskori depresszió erősen eltolja ezt az értéket). Az új esetek fele 14 éves korra, háromnegyede 24 éves korig megjelenik. A későbbi előfordulások elsősorban komorbid zavarok (Kessler et al., 2005). Merikangas és munkatársai több mint tízezer 13-18 éves serdülőt mértek fel reprezentatív mintavétellel az Egyesült Államokban. A kapott adatokból itt értelemszerűen hiányoznak a felnőttkori megjelenések, így a szorongásos zavarok megjelenésének medián életkora 6 év, a viselkedészavaroké 11, a hangulatzavaroké 13, és a szerhasználaté 15 év az érintett serdülők között (Merikangas et al., 2010).

A SAMHSA definíciója alapján a súlyos mentális betegségek (SMI) körébe olyan zavarok tartoznak, amelyek súlyos funkcionális károsodást eredményeznek, amely jelentősen befolyásol vagy korlátoz egy vagy több életterületet, így általában a major depresszió krónikus formái, a skizofrénia, a poszttraumás stressz zavar, a bipoláris zavar, a pánikzavar, az obszesszív-kompulzív zavar és a borderline személyiségzavar értendő ide. (SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 2015)

A gyermekkori súlyos emocionális zavarok (SED) definíciója a SAMHSA szerint olyan mentális-viselkedési vagy emocionális zavar, amely olyan súlyos funkcionális károsodást eredményez, amely jelentősen befolyásolja vagy korlátozza a gyermek családban, iskolában vagy a társadalomban betöltött szerepét vagy funkcionálását. (Kessler et al., 2012) Kessler és munkatársai szerint a súlyos emocionális zavarok prevalenciája 8%-ra tehető, ennek 54,5%-a viselkedési és 31,4%-a hangulatzavar. (Kessler et al., 2012)

Merikangas és munkatársai vizsgálatában serdülők között a súlyos akadályozottsággal és/vagy distresszel járó esetek aránya 27,6% volt, a szerhasználatot leszámítva 22,2%. Az érintettek 40%-a legalább még egy diagnózis kritériumait is teljesítette. (Merikangas et al., 2010).

A Bizottság megállapítása szerint a mentális, érzelmi és viselkedészavarok jelentős akadályozottságot eredményezhetnek. A korai érzelmi és viselkedésproblémák előrevetítik az iskolai kudarcokat, nem tervezett terhességet, bűnelkövetést, mindezek egész életre kiható következményeivel. Az érintett fiatalok általában számos ellátórendszeri szereplővel kapcsolatba kerülnek, mint pl. gyermekjólét, pedagógiai szakszolgálat, fiatalkorúak igazságszolgáltatása, elsődleges és speciális egészségügyi szolgáltatások. Ugyanakkor a prevenciós tevékenységek vizsgálatakor eddig főleg az egészségügyi szolgáltatásokat vették számba, holott a nem tradicionális helyszínek, mint pl. az iskolák, javítóintézetek, egyre fontosabb helyszínei az érintett fiatalok ellátásának. Fontos lenne az adatgyűjtés a magas rizikójú csoportok (gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek, fejlődési megkésettiséggel rendelkező gyermekek, krónikus beteg fiatalok, elítélt fiatalok) és a kisebbségek esetében, valamint a rizikó- és védőfaktorok mérése, akár közvetlen, a megfelelő adatbázisok összekapcsolásával (pl. szülői halálozások, nevelésbe vétel, válás, bebörtönzés). (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

A magas rizikójú csoportba tartoznak azok a gyermekek is, ahol a szülő érintett valamilyen mentális betegségben. Longitudinális vizsgálatok alapján 41-77% az esélye annak, hogy az érintett szülők gyermekei maguk is mentális zavarokat és komoly szocioemocionális problémákat éljenek át. (Beardslee et al., 1993; Downey és Coyne, 1990; Goodman et al., 1994; Orchavel, Walsh-Ellis és Ye, 1988; Rutter és Quinton, 1984; Weissman et al., 1987, id. Van Doesum, Hosman és Riksen-Walraven, 2005) Ugyanakkor a helyzet hatással van a gyermekek mindennapi életére, életminőségére is, melybe beletartozik a család életvezetése, egzisztenciális helyzete, a szülők közötti kapcsolat, a stabilitás, a napi rutin, az iskolai teljesítmény, a társadalmi beilleszkedés, vagy akár a gyermek fizikai biztonsága, jólléte is. (Sawyer és Burton, 2012) Pretis és Dimova a szülői mentális betegséget non-specifikus krónikus stresszorként azonosítja, amely befolyásolja a gyermek bio-pszichoszociális fejlődését. Ezt támasztja alá, hogy a gyermekek jelentős része non-specifikus stressz-szindrómákat mutat, elmentében például a más krónikus betegséggel küzdő szülők gyermekeivel (Pretis és Dimova, 2008).

A nemzetközi gyakorlat változatos képet mutat a mentális betegségek transzgenerációs átadásának megelőzése tekintetében. Egyes országokban, mint pl. Hollandia (Van Doesum és Hosman 2009) vagy Finnország (Solantaus, é. n.), évtizedes múltra tekint vissza a komplex prevenció programok fejlesztése és használata. A legsikeresebbnek bizonyult eszközök, mint pl. a depressziós szülők és gyermekeik kommunikációját segítő Beardslee-féle Family Talk Intervention (Beardslee, Gladstone, Wright és Cooper, 2003) számos ország programcsomagjában megtalálhatóak. Ugyanakkor a hozzáférés biztosítása még azokban az országokban is okoz nehézségeket, ahol már a nyolcvanas évek óta léteznek ilyen programok, mint Hollandiában (Van Doesum és Hosman 2009), vagy ahol törvényi kötelezettség írja elő az érintett gyermekek nyilvántartását és szükségleteik számba vételét, mint – többek között – Norvégiában (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum és Martinussen, 2014). Az ellátórendszer különböző ágaihoz tartozó intézmények együttműködése szintén rejt kihívásokat. Az egyik jelentős probléma a titoktartás és a szakmaközi információmegosztás határainak újradefiniálása, ugyanis a gyermekek szükségleteinek felmérése és kielégítése nehezen képzelhető el anélkül, hogy a szülők betegségét érintő érzékeny információk egy részét ne hozzák a teammunka keretében a gyermekek támogatásáért felelős szakemberek tudomására. (Rouf, 2014). Jelentős probléma lehet még, ha az ellátórendszer, főként a gyermekvédelem, információ és megfelelő támogató programok hiányában a legradikálisabb eszközökhöz tud csak nyúlni, vagy éppen eszköztelennek érzi magát, és nem tudja biztosítani a gyermekek alapvető jogait és szükségleteit. A prevenció programok között ezért mindenképpen kiemelt helye kell, hogy legyen a többgenerációs, családközpontú szolgáltatásoknak, amelyek minden érintett fél szükségleteit figyelembe veszik.

A prevenció alapelvei

A Bizottság alapkonceptiója a következő:

1. Nem lehet megvárni, amíg megjelenik a betegség, a tünetek megjelenését megelőző időszakkal együtt kell tekinteni az egyes állapotokra. A gyermekellátásban nem csupán az adott probléma megoldása kell, hogy a fókuszba kerüljön, meg kell tudni válaszolni a kérdést, hogy ha a jelen folyamatok változatlanok maradnak, mi fog történni a gyerekekkel 5 vagy 10 év múlva, és várható nehézségek esetén mozgósítani kell a megfelelő forrásokat. Ehhez paradigmaváltás szükséges az ellátórendszerek felépítésében és szemléletében.
2. A mentális és fizikai egészség elválaszthatatlan. Mentális zavarok esetén nagyobb a balesetek, a fogyatékoság, a halálozások aránya, krónikus betegségek esetén megnő a mentális zavarok kialakulásának veszélye.
3. A sikeres prevenció mindenképpen interdiszciplináris, a különböző szakmák koordinált működése szükséges hozzá.
4. A mentális, érzelmi és viselkedészavarok kialakulása a gyermek/fiatal fejlődésébe ágyazottan történik, a háttértényezők szoros interakcióban vannak az aktuális fejlődési feladatokkal, az egyes fejlődési periódusokban más-más kimenetelhez vezethetnek ugyanazok a tényezők. A korai életévek tekinthetők a leghatékonyabb beavatkozási pontnak, de más korszakok (pl. kiskamaszkor) vagy helyszínek (pl. iskola) is sikeresek lehetnek. A gyermekek fejlődése a környezetük kontextusában történik.
5. A támogatásnak közösségi szinten koordinálnak kell lennie. A hatások nem mindig ott jelentkeznek, ahol a beavatkozás történt. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

A prevenciós programok hatékonyságát vizsgáló kutatások áttekintése alapján Weissberg és munkatársai a következő jellemzőket tudták elkülöníteni az effektív programok esetében (Weissberg, Kumpfer és Seligman, 2003):

1. Kutatásokon alapuló, a kockázati és védőtényezőket figyelembe vevő, többféle kimenetelt is megcélzó elméleti kereten alapszik, amely a családot, a kortársakat, az iskolát és a tágabb közösséget is partnerként vonja be a folyamatba.
 - a) Jól koordinált, együttműködő programok szükségesek ahhoz, hogy a problémák széles és összefüggő skáláját érinteni lehessen.
 - b) Hatékonyabbak azok a programok, amelyek több célcsoportot is megszólítanak, pl. a szülőt és a gyermeket is vagy a szülőt és az iskolát is, de az eljárások, irányelvek területén történő változások és a médiakampányok is hatékonyabbak, ha kombinálják a családokra, kortársakra és az iskolára ható beavatkozásokkal (Wandersman és Florin, 2003 id. Weissberg, Kumpfer és Seligman, 2003)
2. Hosszú távú, életkor-specifikus és figyelembe veszi a kulturális közeget. A prevenciós programok akkor a leghatékonyabbak, ha folyamatosan elérhetőek és

felépítésükben követik az életkori szükségleteket a terhességtől és a kora gyermekori beavatkozásokon át a serdülőkorig, fiatal felnőttkorig.

3. Az egyének egészséges fejlődését támogatja azáltal, hogy megtanítja, hogyan használják a szocioemocionális készségeket és egy etikus értékrendszert a mindennapi élet során. A hatékony programok megtanítják az érzelmek felismerését és kezelését, mások nézőpontjának megismerését, pozitív célok kitűzését, jó döntéseket hozni, jól kezelni a személyközi helyzeteket és konfliktusokat.
4. Célul tűzi ki olyan irányelvek, intézményi gyakorlatok és környezeti támogatás létrehozását, amelyek az optimális fejlődést támogatják. A biztonságos és stabil környezet, az alapszolgáltatások elérhetősége és jó minőségű programok alapozzák meg az egészséges viselkedést. Az optimális fejlődéshez szükséges a társas támogatás, pozitív kapcsolatok proszociális kortársakkal és felnőttekkel, világos követelmények, magas elvárások, útmutatás és bátorítás. (Catalano et al., 2002; McNeeley, Nonnemaker és Blum, 2002; Resnick et al., 1997 id. Weissberg, Kumpfer és Seligman, 2003) Fontos, hogy ne csak rövidtávú programokban gondolkodjunk, hanem a gyermeket körülvevő családi, iskolai és társas környezetet is integráns részévé tegyük a beavatkozásoknak.
5. Kiválasztja, kiképezi és támogatja a szakembereket, hogy a programokat hatékonyan tudják alkalmazni.
6. A bizonyítékon alapuló programokat adaptálja a helyi közösség szükségleteihez a stratégiai tervezés és a folyamatos értékelés és fejlesztés révén.

Első lépés: a mentális egészség promóciója

Az IOM 1994-es és 2009-es ajánlása között nagy különbség van a promóció megítélésében. Míg korábban az IOM nem találta eléggé bizonyítottnak a mentálhigiénés promóció szerepét a megelőzésben, az új ajánlás szerint a kompetenciafejlesztés, az önértékelés és a társas beilleszkedés promóciója a mentális, érzelmi és viselkedészavaroknak mind a megelőzésében, mind a kezelésében fontos szerepet játszik. Egy 2005-ös felmérés szerint az USA iskoláinak 59%-ban már alkalmaznak olyan programokat, amelyek a szocioemocionális kompetenciák fejlesztését célozzák meg. (Foster et al., 2005, id. Durlak et al., 2011).

A szocioemocionális készségek tanítása

A szocioemocionális készségek fejlesztése azon kulcskompetenciák fejlesztése, amelyek lehetővé teszik az érzelmszabályozást, pozitív célok kitűzését és elérését, mások nézőpontjának tiszteletben tartását, pozitív kapcsolatok kialakítását és fenntartását, felelősségteljes döntéshozatalt és az interperszonális konfliktusok konstruktív kezelését. (Elias et. al., 1997, id. Durlak et. al., 2011) A szocioemocionális képességeket fejlesztő programok öt összekapcsolódó kognitív, affektív és viselkedéses

kompetenciaterületet érintenek: a magabiztosságot, az önszabályozást, a társas tudatosságot, kapcsolati készségeket és felelős döntéshozási képességet. (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 2005, id. Durlak et. al., 2011).

Ezen a ponton érdemes megjegyezni, hogy a szocioemocionális kompetencia fejlesztése a gyógypedagógiai tevékenységek között is fontos szerepet kap, mind prevenciós beavatkozásként (pl. pszichopedagógia), mind a kezelés, fejlesztés részeként. A hazai többségi pedagógia eszköztárából azonban, összehasonlítva számos ország, többek között az USA oktatási rendszerével, jelentős mértékben hiányoznak azok az eszközök és tartalmak, amelyek a szocioemocionális kompetenciaterület fejlesztését, egyenértékűen a többi kompetenciaterülettel, a tanterv részeként, az oktatási folyamatba integráltan kezelné (pl. érzelmek felismerésének és kifejezésének tanítása, önkontroll, empátia tanítása, közös szabályalkotás, kortárs kapcsolatok kialakításának segítése stb.). Ezen túl a pedagógusok nagy része nincs felkészítve azokra az alapvető technikákra (pl. osztálytermi viselkedésmenedzsment, alternatív konfliktuskezelés), amelyek akár az átlagosan fejlődő gyermekek esetében is szükségesek ahhoz, hogy az alapvető kompetenciák ezen a téren megfelelően fejlődjenek, alakuljanak, illetve a tanítás-tanulás folyamatát is segítenék. Éppen ezért, a sérülékeny vagy veszélyeztetett célcsoportoknak szánt beavatkozásoknak nincs mire építeniük, valamint a fejlesztésbe vont gyermekeken kívül a többiek nem kapják meg azokat a szükséges alpinstrukciókat, amelyek szélesebb értelemben véve hozzájárulhatnának körükben is egyes nehézségek, zavarok megelőzéséhez vagy „csak” a teljesebb élet kialakításának képességéhez. Társadalmi haszna is lenne annak és hosszú távon feltételezhetően költséghatékonyabb is lenne, ha a beavatkozások különböző szintjei között megfelelően szétterítenék a feladatokat.

A promóció jelentős szerepe mellett szóló érv az is, hogy egy inkluzívabb megközelítés talán kevésbé stigmatizáló, és növelheti a programokban való részvétel arányát, ha a fókusz a zavarok elkerülése helyett a fiatalokban rejlő potenciál kibontakoztatására irányul. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Preventív beavatkozások az eljárás szintere szerint

A preventív beavatkozások szinterei lehetnek a család, az iskola (intézmények), a tágabb közösség/társadalom, illetve ezek különböző kombinációi. A csoportosítás másként a fejlődési állomások szerint történhet, ennek lényege, hogy az egyes fejlődési állomásokon elvárt kompetenciák jelen vannak-e. A kettő között természetesen van átfedés, hiszen az oktatási-nevelési intézmények többsége egyben különböző életkorokhoz, fejlődési szakaszokhoz társul, így az óvodáskorhoz kapcsolódó kompetenciák fejlődési szintere az óvoda (és természetesen a család, nevelőcsalád), az iskoláskoré az iskola is lehet, stb. Ugyanakkor az ellátórendszer más szereplői nem feltétlenül ennyire tagoltak életkor szerint (Magyarországon pl. a pedagógiai szakszolgálat) vagy egyenesen több generáció együttes ellátására szakosodtak (család- és

gyermekjóléti központ). Tekintve, hogy mind a prevenció, mind a mentális egészség promóciója számos, időben és kompetenciában is széttartó feladatot tartalmazhat, nincs ok arra, hogy ezek a programok ne valósulhatnának meg egyszerre több helyszínen. Az erőforrások gazdaságos kihasználása, az országos szinten is megvalósuló egyenlő hozzáférés és a különböző programok esetleges ellentmondásainak elkerülése szempontjából azonban megfontolandó valamilyen mértékű – szakmai és akár adminisztratív – koordinálás. Ez elképzelhető több szinten is – számítógépes nyilvántartások szinkronizálása, programok nyilvántartása, szakmai koordináló szervezet, módszertani központok beiktatása a rendszerbe, teammunka háttérének biztosítása –, de akár az is, hogy erre szakosodott központok lássanak el bizonyos szakfeladatokat. A kiterjedt hatások és feladatok, valamint a minél szélesebb körű hozzáférés biztosítása miatt azonban kétséges, hogy az alapszolgáltatásokat is átszövő módszertani megújulás nélkül sikeres lehet egy pusztán szakspecifikus ellátásokra koncentráló hálózat.

Programok életkorok szerint

A fejlődési keretrendszer alkalmazása lényeges, mert a gyerekek prevenciója és promóciója olyan intervenciókat is magába foglal, amelyek a fejlődési folyamatok megváltoztatását célozzák. Ezért fontos, hogy a konceptuális keretrendszer reflektáljon a fejlődési nézőpontra is. 4 fontos kulcstulajdonsága van a fejlődési keretnek: 1. a kompetencia és zavar életkor-specifikus mintázatai, 2. többszörös kontextus, 3. fejlődési feladatok, 4. interakció a biológiai, pszichológiai és szociális faktorok között. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Várandósság, csecsemő- és kisgyermekkor

A mentális, érzelmi és viselkedészavarok összefüggésben állnak az idegrendszer fejlődésével, és a magzati korban és a korai életszakaszban kritikus változások mennek végbe az idegrendszer kialakulása, fejlődése során. A prevenció kapcsán ebben a szakaszban előtérbe kerülnek az anya és gyermeke fizikai jóllétével kapcsolatos megoldások (pl. terhességendozás, megfelelő táplálkozás, kockázatok és ártalmak csökkentése stb.). Bár ennek a védőnői és gyermekorvosi hálózat, valamint a korai fejlesztés kapcsán jelentős hagyományai vannak Magyarországon, néhány fontos momentumra érdemes felhívni a figyelmet. Egyrészt nemcsak a fizikai, hanem a mentális feltételek támogatására is szükség van (pl. az anyai depresszió szűrése), másrészt a korai szűrés a gyermekek esetében is fontos lenne, hiszen egyes zavaroknak korán megmutatkoznak az előjelei. Fontos a pozitív szülőség támogatása már a kezdetektől, illetve a szegénység hatásainak kiküszöbölése, az egyenlő hozzáférés biztosítása a szolgáltatásokhoz, amellyel számos későbbi komplikációt lehetne megelőzni. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Bizonyítottan hatékony program ebben az életkorban:

- Nurse-FamilyPartnership (NFP) (szelektív) elsőgyermekes, alacsony jövedelmű anyák támogatása, otthoni látogatások útján (hasonlóan a védőnőséghez) a terhességtől a gyermek második életévéig. Jó eredményeket mutat a bántalmazás és elhanyagolás megelőzésében, az anyai szerhasználat csökkentésében és a serdülőkori rizikómagatartás és antiszociális viselkedés megelőzése terén. (SAMHSA, 2007) A hatékonyság egyik kulcsa az, hogy a programban részt vevő szakemberek nemcsak a terhesgondozásban és csecsemőellátásban képzetek, a hangsúly az egyes specifikus viselkedésekben elért viselkedésmódosításon, változtatáson van, mint pl. dohányzás, tanulási lehetőségek keresése, társas támogatás keresése. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Gyermekek és korai serdülőkor

A szülői kompetenciák fejlesztése kulcskérdés a gyermekekori zavarok megelőzése kérdéskörében. Az agresszív társas viselkedés tipikusan gyermekekori kezdődik, ez egyben az externalizáló zavarok kialakulásának alapvető rizikófaktora (Brook, Cohen, et al., 1992; Kellam, Ling, et al., 1998; Lipsey és Derzon, 1998; Robins és McEvoy, 1990; Tremblay és Schaal, 1996; Woodward és McEvoy, 1990; Tremblay és Schaal, 1996; Woodward és Fergusson, 1999, id. National Research Council and Institute of Medicine, 2009) és az internalizáló zavaroknak is előrejelzője (Kaltiala-Heino, Rimpela et al., 2000; Keenan, Shaw et al., 1998; Kellam, Brown et al., 2008, id. National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

Számos bizonyítottan hatásos beavatkozás irányul a szülői nevelési képességek fejlesztésén keresztül az agresszív és antiszociális viselkedés megelőzésére. Több mint 40 év kutatási tapasztalatai mutatják, hogy a kemény és következtelen nevelési gyakorlat agresszív és nem kooperáló viselkedéshez, míg a pozitív bevonódás a gyerekek életébe és az elvárt viselkedés pozitív megerősítése kooperatív és proszociális viselkedéshez vezet. Ezen alapulva számos olyan program indult, amelyik a szülőket tanítja meg és bátorítja a dicséret és jutalom használatára, a kritizálás és a testi fenytetés helyett enyhe és következetes negatív következmények bevezetésére, és minél több pozitív interakcióra a gyermekkel, vagyis játszani velük, olvasni nekik, meghallgatni őket. A leghatékonyabbak azok a programok, amelyek a pozitív szülő-gyermek interakciókat, a hatékony érzelmi kommunikációs képességek tanítását és a time-out következetes használatát helyezik a fókuszba. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

A családokon kívül az óvoda és az iskola teremt olyan szociális közeget, amely hozzásegíthet a fejlődési célok eléréséhez. Smith, Swisher és munkatársai a tanári viselkedés, pedagógia, az iskola szervezeti sajátosságai és a család-iskola kapcsolat esetén találtak összefüggést a gyermekek szocioemocionális kompetenciáinak fejlődésével. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

A korai serdülőkori jelentős fizikai és társas változásokkal jár, a kortárs elfogadottság jelentősége megnő, az autonómiatörekvések is erősödnek. Ez egyben az iskolai zaklatás mértékének erősödését is jelentheti. Jelentősebb rizikófaktorok, amelyek különösen lényegesek ebben az életkorban: családi szegénység, családi konfliktusok, nem elégséges szülői felügyelet, deviáns kortárs csoportok. Ebben a fejlődési szakaszban a sérülékeny csoportoknál már kezd megjelenni a szerhasználat, a bűnelkövetés, és növekszik a depresszió is. A viselkedési kockázatok közül a legnagyobb az agresszív társas viselkedés, amelyik hozzájárul a társas visszautasításhoz és a deviáns kortárs csoportok létrejöttéhez. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Hatékony programok:

- The Incredible Years (univerzális, szelektív, indikált). Cél: a szociális és emocionális kompetencia promóciója, érzelmi és viselkedészavarok megelőzése, csökkentése és kezelése 2-8 éves korban. Szülői, tanári és gyermektréningek az agresszív és opponáló viselkedés csökkentésére. A résztvevőknek jobb problémamegoldó készségeik alakultak ki, jobban tudtak proszociális konfliktuskezelési stratégiákat alkalmazni, és kevesebb viselkedésszorongást mutattak, mint a programban részt nem vevő csoportok. (SAMHSA, 2007)
- Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) (univerzális, szelektív) – szociális és emocionális kompetenciák promóciója, agresszió és acting-out viselkedés csökkentése és az osztálytermi oktatás gazdagítása 5-12 éves korban. Óratervekkel, anyagokkal, instrukciókkal látja el a tanárokat az érzelmi műveltség, önkontroll, szociális kompetencia, pozitív kortárs kapcsolatok, interperszonális problémamegoldó készségek tanítása terén. Pozitív eredmények az agresszió csökkentése, az önkontroll növelése és a kognitív fejlődés terén is. (SAMHSA, 2007)
Adaptálás: egy rövidített verziója növekedést mutatott az érzelmek megértésében és a proszociális viselkedésben, de a magasabb szükségletű tanulók esetén kiegészítő beavatkozásokra is szükség volt. (Gibson, Werner és Sweeney, 2015)
- Olweus Bullying Prevention (univerzális) – az iskolai zaklatást megelőző program 6-15 éves korban. Jó eredmények az antiszociális magatartás megelőzése és az iskolával kapcsolatos pozitív attitűd növelése terén is. (SAMHSA, 2007)
- Family Effectiveness Training (FET) (indikált) – a serdülőkori szerhasználat és diszruptív viselkedés megelőzésére 6-12 éves korban, a hispán etnikai kisebbség körében. 3 területet céloz: családi diszfunkciók, szülő-gyermek konfliktusok és a szülők, gyermekek és más gondviselők közti kulturális konfliktusok. Tanít konfliktusmegoldási készségeket, a szerhasználat alternatíváit, a gyermek és kortárs kapcsolatainak szülői felügyeletét, családon belüli kommunikációt és támogatja a szülői kompetenciákat. Pozitív eredmények a viselkedésszorongás, az antiszociális kortárs csoporttal való kapcsolatok és a felelőtlen magatartás csökkentése terén. (SAMHSA, 2007)
- Families and Schools Together (FAST) (univerzális, szelektív, indikált) – többcsaládos csoportos beavatkozás a szerhasználat és a kapcsolódó problémák megelőzésére 4-12 éveseknél. Célja a mindennapi stressz csökkentése és

a családi funkcionálás erősítése. Pozitív eredmények az agresszió és a szorongás, valamint a tanulmányi teljesítmény és a társas készségek terén otthon és az iskolában is. (SAMHSA, 2007)

- SecondStep (univerzális) – társas készségek fejlesztése az osztályban 4–14 éves korig. Célja az impulzív és agresszív viselkedés csökkentése, a szocioemocionális kompetencia és a protektív faktorok hatásának növelése. Csoportos megbeszélések, modellnyújtás, tanácsadás és gyakorlatok segítik a tanulókat a társas készségek fejlesztése, a kockázatok felmérése, a döntéshozási képesség, az önszabályozás és a pozitív célok kitűzése terén. A program osztályfokonként változik, és olyan készségfejlesztő egységekre osztott, mint az empátia, az impulzuskontroll, a problémamegoldás vagy a dühkezelés fejlesztése. Pozitív eredmények az agresszió csökkentése és konfliktusok esetén a felnőtt beavatkozás szükségességének mérséklése, valamint a pozitív társas célok állítása terén. (SAMHSA, 2007)
- Turn2 Us – cél a társas, viselkedési és iskolai teljesítmény fejlesztése a mentális zavarok szempontjából veszélyeztetett, etnikai kisebbséghez tartozó (latino), 3–5. osztályos gyermekeknél, iskolai környezetben. A Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS) megközelítés struktúráját és céljait alkalmazza, az adott környezetben történő adaptáláskor a helyi közösség és az iskola stakeholdereinek véleményét is integrálták a folyamatba. Többkomponensű, komprehenzív program, a rizikócsoporthoz tartozó gyermekek szűrése és fejlesztése mellett a tanárok és a szülők csoportos és egyéni pszichoedukációja is beletartozik. A résztvevőket segíti egy teljes állású programmenedzser (bikulturális és bilingvális klinikai szociális munkás végzettséggel), főiskolai hallgatók, akik a mentorálásban, az utánkövetésben és a szabadidős tevékenységek szervezésében vesznek részt, önkéntes szakemberek és testnevelő tanárok, akik a sporttevékenységet facilitálják. Cél az is, hogy minél inkább kétnyelvű szakemberek segítsék a gyermekeket. Az eredmények alapján mind az internalizáló, mind az externalizáló zavarok esetén hatékonynak bizonyult a program, különösen a magas rizikójú csoportba tartozó gyermekeknél. (Montañez et al., 2015)
- PBIS – a gyógypedagógiai gyakorlatból származik, eredetileg az externalizáló tünetek csökkentésére hozták létre, ugyanakkor a pozitív iskolai légkör támogatása révén eredményes lehet az internalizáló tünetek pl. depresszív hangulat, alacsony önértékelés, stressz csökkentésében is. (Reinke, Herman és Tucker, 2006) Magyarországon is alkalmazzák VITT néven néhány iskolában. (www.vitt.hu)

Serdülőkor

Ebben a szakaszban a szülők jelentős szerepe mellett meghatározó a kortársak befolyása. A kockázattvállalás és az egyre függetlenebb döntéshozatal aránya jelentősen megnő a serdülők életében. Éppen ezért a preventív intézkedések inkább

közvetlenül, az iskolán keresztül a fiatalokat célozzák meg. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

- Resourceful Adolescent Program (Fergus és Zimmerman, 2005) – serdülők (12-15 év) szociális készségeit és stresszkezelő képességét fejleszti, társas támogató hálózatot hoz létre és segít az interperszonális kapcsolatok alakításában, beleértve a családi kapcsolatokat is. Hasonló fókusszal a szülőknek is van tréning, valamint tanárok számára azzal a céllal, hogy segíteni tudják a serdülők jobb kapcsolatát az iskolával.
- A csoportfoglalkozás vezetői a módszerre kiképzett, az oktatásban vagy egészségügyben dolgozó szakemberek lehetnek (pszichológusok, pedagógusok, szociális munkások, pszichiáterek, pszichiátriai nővérek). A trénerscsoport világszerte tart képzéseket, így Európa több országában is. A program a depresszió megelőzésében hatékonynak bizonyult. <http://www.rap.qut.edu.au/>
- Reconnecting Youth (szelektív) – iskolaelhagyást megelőző program 14-18 évesek körében. A résztvevők gyakran többféle viselkedéskérdéssel küzdenek pl. agresszió, depresszió, szerhasználat, szuicid hajlam. A program a kortársak, az iskola és a szülők bevonásával a droghasználat és az emocionális distressz csökkentését, valamint az iskolai jelenlét növelését célozza meg. Pozitív kimenetelt mutatott a dühkezelés és az agresszió, az észlelt stressz, az énhatékonyság, a drog- és alkoholhasználat terén. (SAMHSA, 2007)

Fiatal felnőttkor

Ez az életszakasz szintén jelentős fejlődési periódus. A fiatalok belépnek a felsőoktatásba vagy a munkaerőpiacra, tartós párkapcsolatot létesíthetnek, családot alapíthatnak. Az élet számos területén vállalnak egyre nagyobb felelősséget. Ugyanakkor sokan laknak még vagy térnek vissza hosszabb időre a származási családjukhoz, ennek ellenére kevés kutatás fókuszál ebben a periódusban a családközpontú beavatkozásokra. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Programok az egyes diagnózisok szerint

Terjedelmi korlátok miatt jelen esetben nem lehetséges a mentális, érzelmi és viselkedészavarok teljes spektrumának áttekintése, ezért pusztán a legsúlyosabb diagnózisokkal kapcsolatos ízelítő mutatja, hogy nincs reménytelen helyzet, minden esetben érdemes elgondolkodni a prevenció lehetőségein és hatékony megoldásokat keresni. Ugyanakkor az egyes diagnózisok hátterével kapcsolatos kiterjedt kutatások a közeljövőben várhatóan nagymértékben árnyalni tudják még a képet. Az itt nem tárgyalt diagnózisokkal kapcsolatos további programokat lehet találni például a SAMHSA evidenciaalapú programadatbázisában. (National Registry of Evidence-based Programs and Practices, <https://www.samhsa.gov/nrepp>)

Skizofrénia

A skizofrénia kialakulásának hátterében általában a genetikai sérülékenység és környezeti faktorok komplex összefüggéseit feltételezik, azonban a pontos kapcsolatok még nem kimerítően tisztázottak. A leggyakoribb környezeti háttértényezők között fertőzések, szülési komplikációk, bántalmazás, kognitív-motoros fejlődési zavar, szégyenség hatásait találjuk. A prevenciós tevékenység általában megoszlik a gyakori környezeti faktorok hatásainak megelőzése, csökkentése, illetve a korai felismerés és a relapszusok megelőzése között. Az incidensek száma hirtelen megnő serdülőkorban és fiatal felnőttkorban, de rizikófaktorok már magzati kortól kimutathatók, teret adva a prevenciónak.

A genetikai sérülékenység szerepére utal, hogy az elsőfokú rokonok érintettségén meredeken emelkedik a kockázat mértéke: 1 érintett szülő 5-15-szörösére emeli a rizikót, 2 érintett szülő pedig csaknem 50%-os rizikót jelent. Ugyanakkor az esetek 90%-ban nincs korábbi előfordulás a családban. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009) A magas rizikócsoporthoz tartozó gyermekeknek csak 10%-ánál fejlődik ki a betegség. (Niemi et al., 2003) Mivel más egyértelmű előrejelzőjét még nem sikerült azonosítani a skizofréniának, a szülők betegsége alapján szoktak magas kockázatú csoportokat vizsgálni, viszont ők nem feltétlenül képviselik az összes esetet, nehezítve azt, hogy korai adatokat lehessen gyűjteni azokról a gyermekekről, akiknél nincs előfordulás a családban, azonban később mégis megjelenik a betegség. (Niemi et al., 2003)

A skizofrénia megjelenését megelőző fejlődési elmaradások és rizikófaktorok kutatását összegző áttekintés alapján a későbbi skizofréniával élő személyek esetében megkésett fejlődést, nyelvi és viselkedéses nehézségeket és alacsonyabb intelligenciahányadost találtak. Ez alapján a skizofrénia fejlődési zavarnak tekinthető, amelynek vannak előzményei. (Davidson és Weisser, 2000) Ugyanakkor ezek a fejlődési nehézségek nem specifikusak a skizofréniára nézve, és a magas rizikócsoporthoz tartozó gyermekek nagy részénél nem alakul ki a betegség, holott a leszármazottak egy jelentős része osztozik különböző skizofréniára jellemző funkcionális (főként kognitív és motoros) eltérésekben. (Niemi et al., 2003)

A bántalmazással is erős a skizofrénia kialakulásának kapcsolata, ez azonban további problémákat vet fel az egyes faktorok elkülönítése szempontjából, mivel a skizofrén szülők esetében magas a bántalmazás kockázata, tehát a gyermeknél nemcsak a szülő diagnózisa, hanem a bántalmazás maga is hozzájárulhat a megbetegedéshez. (Niemi et al., 2003)

A magzati fejlődés során az alultápláltság, az oxigénhiány és a fertőzések kedvezőtlen hatása is összefüggésbe hozható a skizofrénia megjelenésével, a szülészeti komplikációk előfordulása pedig kétszeresére emeli a kockázatot az átlagpopulációhoz képest. Ezek a komplikációk elég gyakoriak, úgyhogy a csökkentésük univerzális prevencióként, általában hozzájárulhat a skizofrénia előfordulásának csök-

kenéséhez az egész populációban. Szelektív stratégia pedig az lehet, ha szupportív beavatkozásokkal látjuk el azokat, akik szülészeti komplikációkat szenvedtek el. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

A skizofrénia és szegénység kapcsolatában Gallagher és munkatársai azt találták, hogy azok közül a páciensek közül, akiket a tünetek megjelenése előtt valamilyen stresszes esemény ért, az alacsony szocioökonómiai státusszal bíró személyek esetében megnőtt a skizofrénia pozitív tüneteinek aránya, függetlenül a stresszor típusától. A szerzők azt feltételezik, hogy a háttérben a szegénység okozta magasabb stressz-reaktivitás állhat, amely már a gyermekkori traumák (pl. bántalmazás) kapcsán kialakul, tekintve, hogy a krónikus stressznek való kitettség gyermekkorban tartós diszfunkciókat okoz a neurológiai stresszválaszban, és a későbbi stresszes életesemények újraaktiválják. (Gallagher, Jones és Pardes, 2016) Kelly és munkatársai eredményei szerint a skizofrénia és a gyermekkori fizikai bántalmazás elszívódése közötti kapcsolatot a nemi különbségek is befolyásolják: vizsgálatuk szerint kétszer annyi skizofréniában szenvedő nő számolt be gyermekkori bántalmazásról, mint férfi, és ezeknek a nőknek jelentősen több pozitív és depresszív tünetük volt, mint a bántalmazáson át nem esett női sorstársaknak. (Kelly et al., 2016)

A prevenció következő szintjén a skizofrénia prodromális fázisának felismerése állhat, és a prodromális tünetekkel bíró fiatalok esetében az első pszichotikus epizód megjelenését próbálják megakadályozni. A jelenlegi kutatások alacsony dóziszú atipikus antipszichotikumok alkalmazását vizsgálják, részben család-fókuszú pszichoszociális intervenciókkal kombinálva. A skizotaxia, vagyis nem pszichotikus konstrukciók agyi elváltozások jeleivel és valamennyi kognitív, neuropszichológiai és szociális akadályozottsággal, gyakori az érintettek elsőfokú családtagjai között. Felnőtteknél skizotaxia esetében mutatott némi hatást alacsony dóziszú antipszichotikumok használata. Ugyanakkor a fiatalok címkézése és kezelése a genetikai sérülékenység tüneteinek alapján, de a betegség megjelenése nélkül, komoly etikai kérdéseket vet fel. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Szőke és munkatársai azt állítják, hogy a skizofrénia szelektív és indikált prevencióra korlátozódott megelőzése, vagyis a családi előfordulás miatt (szelektív) vagy a preklinikai/prodromális tüneteik alapján (indikált) veszélyeztetettek szűrésére alapozott szolgáltatások kevésbé sikeresek. Mind a fals pozitív esetek aránya (85%-a a kiszűrteknek beavatkozás hiányában sem lesz beteg), mind a fals negatívoké (95%-át a későbbi előfordulásoknak nem tudták kiszűrni) igen magas. (Szőke, Kirkbride és Schürhoff, 2014)

DeVylder vitatja, hogy a klinikailag magas rizikójú csoportba sorolható személyeknek a korai gyógyszeres kezelés lenne a hatékony megelőzési forma, részben a mellékhatások miatt. Randomizált vizsgálatok alapján a pszichoszociális intervenciók, beleértve a kognitív viselkedésterápiát és az általános szupportív terápiát, illetve legújabb eredmények szerint a család-fókuszú kezelést is (elemei pl. a pszchoeducáció,

stresszkezelés, kommunikációs tréning, problémamegoldó készségeket fejlesztő tréning), hatékonynak bizonyultak, kiegészítve akár olyan alacsony kockázatú eszközökkel, mint az omega-3 zsírsav szedése. (DeVylder, 2015)

A harmadlagos prevenció terén pl. a relapszusok számának csökkentésében Klingberg és munkatársai hatékonynak találták a kognitív viselkedésterápiát, illetve a vizsgálatukban a kórházi ellátást követő csoportfoglalkozások is szerepet játszhattak a visszaesések csökkenésében. (Klingberg et al., 2010)

Bipoláris zavar

A bipoláris zavar öröklődése iker- és családkutatások szerint igen magas, mintegy 59-87%. A bipoláris zavarral élő szülők gyermekeinek magas az esélye a korai hangulatzavarok kialakulására. Ugyanakkor bipoláris szülők egészséges leszármazottainál a prefrontális és szubkortikális intrinzik konnektivitás atipikus mintázatait találták. Ez lehet a reziliencia vagy a sérülékenység korai jele is, további vizsgálatok szükségesek. (Singh et al., 2014)

Az első fokú rokonok közötti hangulatzavar előfordulásán túl kockázati tényező még a fizikai vagy szexuális bántalmazás és egyéb pszichoszociális stresszorok, a szerhasználat, a pszichostimulánsok és antidepresszánsok használata és az omega-3 zsírsavhiány. A prodromális hangulatzavarok mintegy 10 évvel előzik meg a kialakulást. (McNamara et al., 2010)

A gyermekkori bipoláris zavar prodromális jelei között a végrehajtó funkciók, a megtartott figyelem és az érzelmek felismerésének deficitjei, valamint az érzelmszabályozás és a viselkedésgátlás sajátosságai találhatók. Ugyanakkor sikeres pszichoterápiás stratégiák is vannak a megelőzésre, különösen a Családfókuszú Terápia (Family Focused Therapy – FFT) hatékony, akár a gyógyszeres kezelés mellett is. (Luby és Navsaria, 2010)

A kognitív viselkedésterápia mellett a csoportos pszichoedukációt találták hatékonynak a relapszus megelőzésében. (Beynon et al. 2008)

Depresszió

A depresszió megelőzésében két hatékony programot emelhetünk ki:

- Penn reziliencia program (PRP) (univerzális): kognitív-viselkedéses és szociális problémamegoldó készségek fejlesztése felső tagozatos korú gyermekeknél iskolai környezetben. A depressziós tünetek és a szorongás csökkentése terén hatékonynak bizonyult középosztálybeli családok gyermekeinek körében, de alacsony jövedelmi helyzetű, kisebbségi gyermekek esetében vegyes eredmények születtek. (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)
- Clarke kognitív-viselkedéses prevenciók intervenciók program (indikált): 15 alkalmas ülés a stresszel való megküzdés támogatására, tanítására, a depresszió kezelésére szolgáló kognitív-viselkedésterápiás megközelítés alapján. Eredm-

nyesnek bizonyult a major depresszió és a disztímia megelőzésében serdülők esetében (ugyanakkor szülői depresszió esetén a beavatkozás ideje alatt nem volt szignifikáns megelőző hatás). (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

Transzgenerációs programok

A mentális zavarok transzgenerációs átadásának prevenciójában az egyik legrégebb óta működő rendszer a nyolcvanas évek vége óta fejlesztett holland komprehenzív prevenció programcsomag, amely minden érintett szereplőnek (szülők, gyermekek, családi, iskolai és közösségi környezet, szakemberek) nyújtanak szolgáltatásokat, foglalkozásokat, beszélgetéseket, képzéseket, információs anyagokat formájában, ezek mára az összes mentálhigiénés központban és addikciós klinikán elérhetőek. (Van Doesum és Hosman 2009). A gyermekekre is kiterjedő stigmatizáltságtól való félelem azonban sokakat így is visszatart ezektől az igénybevételétől.

Más megközelítés a finn (és később a skandináv országok) gyakorlata, ahol a gyermekek elérését rutinszerűvé kívánták tenni azáltal, hogy az ellátórendszernek törvényi kötelezettsége a rendszerbe bekerülő szülőnek a gyermek támogatásához szükséges szolgáltatások felajánlása. A Effective Child and Family Programme (Hatékony Gyermekek és Család Program) preventív és promotív ellátást nyújt azoknak a családoknak, ahol a szülőnek mentális betegsége van, szerhasználó vagy súlyos testi betegséggel küzd. Első körben a család erősségeinek és nehézségeinek feltérképezése történik egy kétalkalmas beszélgetés keretében (Let's Talk about the Children), majd szükség esetén további szolgáltatások érhetőek el, például az amerikai Beardslee által kidolgozott 6-8 alkalmas családi beszélgetéssorozat (Family Talk Intervention), amely depressziós szülőknél és gyermekeiknél a nyílt kommunikációját segíti; vagy a különböző ellátórendszerekhez tartozó szakemberek közös találkozója a családdal (Let's Talk Network meeting), ahová akár a gyermek tanárait vagy gyermekpszichiátert is meghívhatnak, és a család is meginvitálhat bárkit, akiről úgy gondolja, hogy támogathatja a gyermeket (pl. nagyszülők, barátok). Ez a nyílt eljárás annyira sikeresnek bizonyult, hogy egyre gyakrabban gyermekvédelmi eseteknél is alkalmazzák. (Solantaus, é. n.). A program hatásvizsgálatai alapján mind a kétalkalmas Let's Talk (LT) beszélgetés, mind a Family Talk Intervention (FTI) hatásosnak bizonyult például a depressziós szülők gyermekei emocionális tüneteinek és szorongásának csökkentésében, kis mértékben a hiperaktivitás csökkentésében és a gyermekek proszociális viselkedésének előmozdításában. (Solantaus et al., 2010).

Az Európai Bizottság által támogatott 2009–2011 között futó nemzetközi KIDS STRENGTHS projekt keretében a Let's Talk about the Children programot „Beszéljünk a gyermekekről” címmel lefordították magyarra is. Bár a projekt már lezárult, a modulok még elérhetőek a honlapról (www.strong-kids.eu).

Az ausztrál COPMI (Children of Parents with a Mental Illness) szervezet szintén számos programot kínál és tájékoztató anyagokat nyújt az érintettek, családtagok

és szakemberek számára. Ezek közül is megemlíthető a nemzetközileg is legjobb gyakorlatként elismert SMILES program, egy háromnapos tréning 8-12 vagy 13-16 éves gyermekek, fiatalok számára, amely pszichoedukatív elemeken túl kreatív eszközöket, kommunikációs, relaxációs és a problémamegoldást fejlesztő gyakorlatokat tartalmaz, építve a kortárs támogatás hatására. (<http://www.copmi.net.au/smiles-program>)

Ellátórendszer – kooperáció, koordináció

Smith és Carroll közlése alapján 6 európai országban vizsgálták az intézmények közötti együttműködést azokban az esetekben, amikor a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek mentálhigiénés ellátásban is részesültek. A jobb interdiszciplináris együttműködés érdekében közös tréningprogramot is szerveztek a kétféle intézményrendszer szakembereinek. A megállapítások szerint a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek nem tudnak teljesen a pszichiátriai ellátás szakembereire támaszkodni, a mindennapi életben maguknak kell megoldásokat találniuk a gyermekek mentális problémáinak kezeléséhez. (Smith és Carroll, 2015)

A gyermekvédelem és az addiktológia közötti együttműködés hiánya hozzájárul a szenvedélybeteg szülők gyermekeinél tapasztalt kedvezőtlen kimenetelhez. Blakey (USA) kvalitatív vizsgálata a következő interdiszciplináris komponenseket és konfliktusokat azonosította:

- Kulcskomponensek: fontos, hogy osztozzanak egy közös vízió, célon, egy-egy teamként tudjanak működni, akik a kliensekkel is segítenek elfogadtatni a másik szolgáltatót, segítsenek egymásnak a szerepeik ellátásában és a szülők egységes üzenetet halljanak tőlük.
- Konfliktusok: különböző célok – a gyermekvédelem elsősorban azt nézi, hogy a gyermek minél gyorsabban biztonságos otthonhoz jusson, míg az addiktológiai szakemberek főként a család egyben tartására koncentrálnának. Időnként úgy érzik, nem ugyanazon az oldalon állnak, valamelyik szereplő – a gyermek vagy a szülő – pártjára álló szakemberek, limitált információmegosztás és involválódás – a gyermekvédelmi szakemberek nem adnak információt az addiktológiai ellátóknak arról, hogy milyen feltételeknek kell megfelelnie a szülőnek ahhoz, hogy megtarthassa a gyereket, nem válaszolnak a telefonhívásokra, miután a szülő bekerült az addiktológiai ellátásba; míg a gyermekvédelmi szakemberek úgy érzik, hogy nem kapnak elég információt a szülő állapotáról ahhoz, hogy megalapozott döntést hozhassanak, illetve az addiktológiai szakemberek gyakran szelektálnak az információk között, és csak a szülőt támogatókat osztják meg. (Blakey, 2014)

A prevenció és a mentális egészség promóciója számos elemből álló integrált hálózatban képzelhető el, amelynek részei a különböző intézmények, interdiszciplináris teamben dolgozó szakemberek és egyes specifikus, hatékonynak bizonyuló programok. Az integrált ellátás kétféleképpen is megvalósulhat, egyik esetben a szolgáltatók és intézmények elkülönülten, de egymással szorosan együttműködve dolgoznak, ekkor beszélhetünk rendszerintegrációról. A másik esetben egyes intézmények hoznak létre különböző modalitásokhoz tartozó szolgáltatásokat, ekkor a szervezeten belül valósul meg az integrált működésmód. (Felvinczi és Erdélyi, 2011)

Ha az egyes intézményekhez kapcsolódnának a szolgáltatások, a magyarországi intézményhálózat lehetőségeit számba véve a következő előnyöket és nehézségeket találhatjuk:

- A családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok előnye, hogy az egész családra kiterjedő, életkorokon átívelő szolgáltatásokat nyújthat, multidiszciplináris keretek között, a teammunkában vannak hagyományai. Nehézsége, hogy stigmatizáló lehet a rendszerbe kerülés, a magasabb jövedelmű társadalmi rétegbe tartozó családok nem kerülnek be, és nincs feltétlen jelen klinikai munkatárs.
- A pszichiátriai szolgáltatók előnye, hogy szakértők a mentális zavarok kezelésében, a határhelyzetek felismerésében, szűrésében, de a prevenció nem tartozik a hagyományos feladatok közé, illetve mind a gyermek-, mind a felnőtt pszichiátriai ellátórendszer túlterhelt. Nehézség lehet, hogy ahol nincs még előfordulás a családban, azok a családok nem fognak megjelenni ezen a szintén.
- Közösségi pszichiátria: előny, hogy az egész családdal foglalkoznak, pszichiáter és szociális munkás is részt vesz a folyamatban, személyközpontú. Nehézség, hogy kevés helyen van Magyarországon, illetve ahol nincs még előfordulás a családban, azok a családok ebben az ellátási formában sem fognak megjelenni.
- A köznevelési intézmények: pl. óvoda, iskola, pedagógiai szakszolgálat: a gyermekekkel természetes kapcsolatban áll, az iskolán, óvodán, korai fejlesztésen keresztül akár minden gyerek elérhető, multidiszciplináris, a korai felismerés, szűrések, prevenciós programok helyben megoldhatók, a pedagógusok, család segítése nevelési tanácsokkal szintén. Nehézség a túlterheltség, a gyermekek iskolaváltással kikerülhetnek a látókörből, nincs iskoláskoron túli követési lehetőség – épp a legérzékenyebb serdülő- és fiatal felnőttkorban, mikor a legvalószínűbb az egyes zavarok megjelenése, szűnhet meg a figyelem.
- Új intézményhálózat létrehozása: szükségletekre szabható, összetételtől függően minden érintett szakember (pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, pedagógus, gyógypedagógus, gyermekvédelmi szakember stb.) részt vehet benne,

helyet adhat a szűrésnek, a prevenció programok széles skálájának, még nem kapcsolódik hozzá stigma, az egész család vagy az összes tankerületi intézmény részesülhet a szolgáltatásokból. Nehézség: zöld mezős beruházást jelent, ennek kialakítása költséges lehet, hatásköri átfedések lehetnek a már létező intézményrendszeri tagokkal.

Az előnyök maximalizálásának módja lehet a rendszerintegráció megcélzása. Ehhez létrehozhatók akár koordinációs központok is – valamelyik meglévő hálózaton belül vagy új intézményrendszerben –, valamint lényegi eleme a jelenlegi szolgáltatások kínálatának összefésülése, koordinálása, teambe szervezése, a párhuzamosságok csökkentése, a hiányterületek felmérése, pótlása, illetve a témában folyó kutatások támogatása, nemzetközi kapcsolatok építése.

Mindkét esetben fontos alapelv, hogy minden problémát, legyen az trauma, fejlődési zavar, szülői kompetenciahiány, szegénység stb., a lehető legkorábbi szinten kezelni kell, hogy ne adódjon össze komplex terheléssé, és így lényegesen csökkteni lehessen a következményes mentális, érzelmi és viselkedészavarok előfordulását, valamint a pszichoszociális akadályozottság megjelenését vagy mértékét.

A jelen összefoglaló nem meríti ki a mentális, érzelmi és viselkedészavarok prevenciójának témakörét, és nem tud teljes körű bemutatást adni minden hatásvizsgálattal rendelkező programról. A mentális egészség promóciójának és a mentális, érzelmi és viselkedészavarok prevenciójának megalapozott bevezetése a magyarországi ellátórendszerbe önálló háttérkutatásokat igényelne.

Felhasznált irodalom

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., Cooper, A. B. (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*, 112(2), e119.

Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., Geddes, J. R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 5–11.

Blakey, J. M. (2014). We're All in This Together: Moving Toward an Interdisciplinary Model of Practice Between Child Protection and Substance Abuse Treatment Professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 8(5), 491–513. doi:10.1080/15548732.2014.948583

Davidson, M., Weisser, M. (2000). Early diagnosis of schizophrenia - the first step towards secondary prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(400), 7–10. doi:10.1111/j.0065-1591.2000.007s021[dash]2.x

DeVylder, J. E. (2015). *Prevention of Schizophrenia and Severe Mental Illness* (Grand Challenges for Social Work Initiative Working Paper No. 6). Cleveland, OH: American Academy of Social Work and Social Welfare.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405.

Felvinczi K., Erdélyi I. (2011). *Az egyes eszközök országos alkalmazásához szükséges szakmai felkészítő programok anyagainak és segédleteinek kialakítása*. Budapest: Mediconsult.

Fergus, S., Zimmerman, M. A. (2005). ADOLESCENT RESILIENCE: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

Gallagher III B. J., Jones, B. J., Pardes, M. (2016). Stressful Life Events, Social Class and Symptoms of Schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 10(2), 101–108.

Gibson, J. E., Werner, S. S., Sweeney, A. (2015). Evaluating an Abbreviated Version of the Paths Curriculum Implemented by School Mental Health Clinicians. *Psychology in the Schools*, 52(6), 549–561.

Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M., van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health*, 8(3), 250–263. doi: 10.5172/jamh.8.3.250

Kelly, D. L., Rowland, L. M., Patchan, K. M., Sullivan, K., Earl, A., Raley, H., McMahon, R. P. (2016). Schizophrenia clinical symptom differences in women vs. men with and without a history of childhood physical abuse. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 101–107. doi:10.1186/s13034-016-0092-9

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, J., Green, J. G., Gruber, M. J., McLaughlin, K. A., Merikangas, K. R. (2012). Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives Of General Psychiatry*, 69(4), 381–389. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1603

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Klingberg, S., Wittorf, A., Fischer, A., Jakob-Deters, K., Buchkremer, G., Wiedemann, G. (2010). Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 340–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01479.x

Lauritzen, C., Reedtz, C., Doesum, K., Martinussen, M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child & Family Studies*, 24(4), 864–871. doi:10.1007/s10826-013-9895-y

Luby, J. L., Navsaria, N. (2010). Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51(4), 459–471. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02210.x

Masten, A. S. (2015). Pathways to Integrated Resilience Science. *Psychological Inquiry*, 26(2), 187–196. doi:10.1080/1047840X.2015.1012041

McNamara, R., Nandagopal, J., Strakowski, S., DelBello, M. (2010). Preventative Strategies for Early-Onset Bipolar Disorder: Towards a Clinical Staging Model. *CNS Drugs*, 24(12), 983–996.

Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2010 October; 49(10): 980–989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.

Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L. (2015). Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(2), 85–92. doi:10.1111/eip.12156

Min, J.-A., Lee, C.-U., Lee, C. (2013). Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 307–316. doi:10.4306/pi.2013.10.4.307

Montañez, E., Berger-Jenkins, E., Rodriguez, J., McCord, M., Meyer, D. (2015). Turn 2 Us: Outcomes of an Urban Elementary School-based Mental Health Promotion and Prevention Program Serving Ethnic Minority Youths. *Children & Schools*, 37(2), 100–107. doi:10.1093/cs/cdv004

Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Tuulio-Henriksson, A., Lönngqvist, J. K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-

risk studies. *Schizophrenia Research*, 60, (2–3), 1 April 2003, 239–258. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00234-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00234-7). (utolsó elérés: 2017. 02. 06.)

National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions*. Mary Ellen O’Connell, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, Editors. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

Pretis, M., Dimova, A. (2008). Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence-based support for improving resilience. *Support for Learning*, 23(3), 152–159. doi: 10.1111/j.1467-9604.2008.00386.x

Reinke, W. M., Herman, K. C., Tucker, C. M. (2006). Building and sustaining communities that prevent mental disorders: Lessons from the field of special education. *Psychology in the Schools*, 43(3), 313–329.

Rith-Najarian, L. R., Daleiden, E. L., Chorpita, B. F. (2016). Evidence-Based Decision Making in Youth Mental Health Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(4, Number 4 Supplement 2), S132–S139.

Rouf, K. (2014). We need to talk: Parental mental health problems and their potential impact on children. *Educational & Child Psychology*, 31(3), 71–84.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services (2007). *Promotion and Prevention In Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience*. DHHS Publication No.CMHS-SVP-0175. Rockville, MD.

SAMSHA’s National Registry of Evidence-based Programs and Practices (2015). NREPP *Learning Center Literature Review: Serious Mental Illness*. http://www.nrepp.samhsa.gov/Docs/Literatures/NREPP%20Learning%20Center%20Literature%20Review_%20Serious%20Mental%20Illness.pdf (utolsó elérés: 2017. 02. 06.)

Sawyer, E., Burton, S. (2012). *Building Resilience in Families Under Stress: Supporting Families Affected by Parental Substance Misuse and/or Mental Health Problems* (2nd Edition) h.n.: National Children’s Bureau. eBook ISBN: 9781907969713

Singh, M. K., Chang, K. D., Kelley, R. G., Saggar, M., Reiss, A. L., Gotlib, I. H. (2014). Early signs of anomalous neural functional connectivity in healthy offspring

of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 16(7), 678–689. doi:10.1111/bdi.12221

Smith, M., Carroll, D. (2015). Residential child care and mental health practitioners working together. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 14(3), 6–18.

Solantaus, T. (é. n.). *Finland: Working towards prevention, promotion and equality for families and children*. http://fampod.org/file.php/1/collaborations/Finland_The_Effective_Child_and_Family_Programme.pdf (utolsó elérés: 2017. 02. 06.)

Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., Punamäki, R. L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883–892. doi: 10.1007/s00787-010-0135-3

Szöke, A., Kirkbride, J., Schürhoff, F. (2014). Universal prevention of schizophrenia and surrogate endpoints at population level. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1347–1351.

Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 264–276. doi: 10.5172/jamh.8.3.264

Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 157–176. doi: 10.1002/imhj.20037

Wansink, H. J., Drost, R. M. W. A., Paulus, A. T. G., Ruwaard, D., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., Evers, S. M. A. A. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16, 1–15. doi:10.1186/s12913-016-1498-z

Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., Seligman, M. E. P. (2003). Prevention That Works for Children and Youth. *American Psychologist*, 58(6/7), 425.

<http://www.copmi.net.au/smiles-program>

<https://www.samhsa.gov/nrepp>

<http://www.strong-kids.eu>

<http://www.rap.qut.edu.au/>

<http://www.vitt.hu>

PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK MUNKAREHABILITÁCIÓJA

A mentális zavarral élő emberek felépülését segítő pszichoszociális rehabilitációs technikák közül kiemelkedő fontosságú a munkarehabilitáció, mely hozzájárul a mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmák lerombolásához is. Különösen a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásban való részvétel az, ami a társadalmi és az önstigmatizációt megszüntetheti, a társadalmi integrációt elősegítheti. A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű személyek hátrányban vannak a többi fogyatékossgal élő csoporthoz képest, ezért a munka világában is kiemelt támogatást igényelnek (Bulyáki és Harangozó, 2016).

Azt, hogy milyen előnyökkel jár a mindennapos munkába járás, Liberman az alábbiakban foglalja össze:

- „Ha a mentális betegségben szenvedő ember, mindennap dolgozni jár, akkor:
 - visszanyeri a méltóságát, elégedettségét és megerősítést jelent neki, hogy produktívnak érezheti magát;
 - lehetősége nyílik a kapcsolatteremtésre és a kollégáival való interakciókra;
 - barátságot köthet a kollégáival és szabadidős tevékenységet szervezhet velük a munkahelyén kívül;
 - lehetősége nyílik a szociális problémamegoldó készségek modellkövetéssel való elsajátítására, miközben megfigyeli a kollégáit és feletteseit az interakcióik során;
 - részesül a tervezett és rendszeres tevékenységek kedvező hatásában, ami a depresszió, a szorongás, az aggodalmaskodás és a pszichózis tüneteinek enyhüléséhez vezet;
 - javul az önbizalma és az önértékelése, növekszik a felelősségérzete és a jövőbe vetett hite – ha a depresszió, a szorongás és a pszichotikus tünetek enyhülnek;
 - az állás megszerzésével és megtartásával sikerélményhez jut;
 - javulnak a kognitív képességei, mert a munka koncentrációt, emlékezeti, problémamegoldó és döntéshozatali készségeket igényel;
 - pénzt keres, ami olyan általános megerősítés, ami az alapvető szükségletei kielégítéséhez szükséges javakhoz (pl. étel, lakhatás) és a mindennapi életben élvezetet jelentő javakhoz juttatja;
 - védeltséget szerez a visszaeséssel szemben, mivel a munkahely gyakran védelmet nyújt a stresszel és a neurokognitív vulnérabilitással szemben;
 - a „dolgozó” státuszába és szerepébe kerül, megerősödik identitásában, aminek nagy értéke van a másokkal való kapcsolatteremtésben és a saját magával kapcsolatos jó érzések kialakulásában;

- olyan érzelmi, szemléleti és viselkedéses élményekben részesül, amely a felépülés, egészségesség, és normális életvitel részei.” (Lieberman, 2010 idézi Bulyáki, 2012, 59.)

A mentális zavarral élők jelentős része szükségesnek tartja a munkarehabilitációt (Harangozó, Gombos és Szabó, 2002), és a versenyképes munkahelyeken, versenyképes bérért való elhelyezkedést tartják a legkívánatosabbnak (Noble, 1998 idézi Bulyáki, 2012, 61.).

A munkarehabilitáció színterei lehetnek az egészségügyi és a szociális ellátások. A mentális zavarral élő emberek foglalkoztatását, munkarehabilitációját célzóan különböző modellek léteznek.

A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek foglalkoztatásának legeredményesebb formája a támogatott foglalkoztatás (supported employment), amelynek keretében a munkavállalási tanácsadók, munkapszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember multidiszciplináris teammunkában, egyéni esetmenedzseléssel komplex szolgáltatást nyújtanak. Ezen foglalkozási rehabilitációnak része a felmérés–felkészítés–elhelyezés–mentorálás.

A támogatott foglalkoztatás

Meghatározása: olyan speciális munkaerőpiaci szolgáltatás, amely mind a megváltozott munkavégző képességű ember, mind az őt fogadó munkáltató részére teljes körű segítséget, támogatást nyújt a sikeres, hosszan tartó foglalkoztatás érdekében. Célja, hogy a megváltozott munkavégző képességű személyek emberi méltóságuk megtartásával, egyéni szükségletüknek megfelelő segítség mellett, a nyílt munkaerőpiacon, a „normál” munkahelyen, az elvégzett munka értékének megfelelő fizetésért dolgozhassanak. A hosszú távú támogatás pedig elsősorban azoknak jár, akiknek erre szükségük van a munka megtartása érdekében (Salva Vita Alapítvány, 2000 idézi Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004, 20.).

A támogatott foglalkoztatás filozófiája öt alapvető emberi jogra épül, ezek:

- Mindenkinek joga van arra, hogy emberi méltóságát tiszteletben tartsák.
- A szabad választás joga mindenkit megillet.
- Mindenkinek joga van az emberi kapcsolatok kiépítéséhez és a közösségi életben való egyenrangú részvételhez.
- Mindenkinek joga van a társadalmi életben való aktív részvételre.
- Mindenkinek joga van a helyi közösségben való integrált élethez.

A támogatott foglalkoztatás gyökere a normalizációs elv, amely többek között azt is kimondja, hogy minden állampolgárnak joga van a fizetett munkára, továbbá a társadalomban való teljes életre (Salva Vita Alapítvány 2000, idézi Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004. 20.).

A támogatott foglalkoztatás kialakulása

A világ számos országában követőre talált ez a foglalkoztatási forma, képviselői munkájukkal hozzájárultak ennek a módszernek az elterjedéséhez. A támogatott foglalkoztatás rendszerét az Amerikai Egyesült Államokban dolgozták ki, ahol nagy hagyománya van a diszkrimináció elleni küzdelemnek, a faji megkülönböztetéssel szembeni fellépésnek az egyenlő állampolgári jogok biztosítása érdekében. A nyílt munkaerőpiacon, integrált környezetben történő munkavállalás támogatására a hetvenes évek vége felé jöttek létre az első kísérleti projektek (1973-ban: törvény a rehabilitációról; 1990-es évek: törvény a tisztességes munkabékekről és a lakhatásról; törvény az egészségügyi ellátással kapcsolatos pénzügyi akadályok elhárításáról, ún. utalványok létrehozása a munkával kapcsolatos szolgáltatások megvásárlásához) (Cook és Rozzano, 2000 idézi Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004).

Európában a második világháború után, a győztes országok hadirokkantjainak védelmére, megbecsülésük kialakítására irányultak az első lépések. Angliában 1944-ben született törvény a megváltozott munkavégző képességű személyek foglalkoztatására. Az amerikai tapasztalatok alapján a nyolcvanas évek közepétől kezdve az Európai Unió tagállamaiban is létrejöttek a támogatott foglalkoztatást nyújtó szervezetek, amelyek nemzeti egyesületekbe tömörültek, s céljuk volt a szakmai tapasztalatcsere és a módszer továbbfejlesztése mellett a foglalkoztatáspolitikai és a szociálpolitika befolyásolása.

A Támogatott Foglalkoztatás Európai Egyesületét (European Union of Supported Employment [EUSE]) 1990-ben alapították meg az európai nemzetek, amely az Európai Fogytékossági Fórumon keresztül gyakorol hatást az európai foglalkoztatáspolitikai irányelvek, nemzeti akciótervek alakítására, és kétévenként, változó helyszínen, nemzetközi fórumot biztosít a szakmai eredmények bemutatására, a tapasztalatcsere, a szervezetek közti partnerkapcsolatok kialakítására.

A támogatott foglalkoztatás ismérvei

- Egészséges emberek körében végezhető
- A mentális zavarral élő egyén preferenciájára és készségeire alapozott
- Gyors és célzott előképzést, illetve készségfejlesztést biztosít
- Magas szintű menedzseri munkát igényel a munkahelyek felkutatásában
- Szoros együttműködést alakít ki a munkával kapcsolatos és pszichoszociális szolgáltatókkal (hasonlóan az asszertív esetmenedzseléshez)
- Hosszú távú támogatást biztosít a kliens számára (Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004)

A támogatott foglalkoztatás során alkalmazott lépések, feladatok

- A munkavállaló egyéni szükségleteinek, képességeinek, készségeinek felmérése (a mentális zavarral élő embert segítő szakemberek és a munkapszichológus bevonásával).
- Egyéni, személyes preferenciára épülő (az ideális és a „még jó” munkahelyek kiválasztása), munkarehabilitációs terv kidolgozása (a klienst segítő szakember bevonásával).
- Célzott készségfejlesztés (az adott munkahelyen szükséges készségek megtanítása, minél inkább a reális helyszíneken); egyéni és/vagy csoportos tréning a munkakeresés és a munkavállalás hatékonyabbá tétele érdekében.
- A munkavállalásra jelentkezőt segítő esetmenedzser és a támogatott foglalkoztatást biztosító team javaslata, valamint a munkarehabilitációs terv alapján az ideális munkahely feltárása a kliens számára, amely első lépésben mindig nyílt munkaerőpiaci munkahely, nem pedig védett munka. A munkakeresésben a kliens és segítői is részt vesznek.
- Pozitív kapcsolatépítés a kiválasztott munkahellyel; a munkaerő „értékesítése”. Sokszor elegendő, ha a kliensek maguk keresnek munkahelyet és erre készítjük fel őket.
- Utánkövetés (a kliens sorsának figyelemmel kísérése a munkahelyén, rendszeres, szükséglet szerinti kapcsolattartás a munkavállalóval és a munkaadóval). (Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004)

Az Ébredések Alapítvány munkatársai a kilencvenes évek közepén kidolgozták a mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásra felkészítő programját. Az alapítvány módszertani anyagát az OFA (Országos Foglalkoztatási Közalapítvány) támogatásával 2004-ben megjelentette. Az Ébredések Alapítvány a Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért Alapítvánnyal létrehozta a Szigony Munkaközvetítő Stúdiót a mentális zavarral élő emberek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásának elősegítésére. A későbbiekben más civil szervezetek is elindítottak programokat a fentebb leírt célok megvalósításának érdekében pl. Sotéria Alapítvány.

Magyarországon 2003–2004-től az Alternatív Munkaerő-piaci Szolgáltatók nyújtottak Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatásokat a megváltozott munkaképességű pszichoszociális fogyatékossgal élő személyeknek a célcsoport bevonásával, felméréssel, felkészítéssel, állásajánlat feltárással, munkába közvetítéssel és elhelyezéssel és utókísérés keretében mentorálással. A bevonás a munkavállalási tanácsadók feladatköréhez tartozott, akik a pszichiáterekkel, szociális alapszolgáltatókkal együttműködve végezték e tevékenységüket. Az ügyfelekkel szolgáltatási tervet készítettek, a munkapszichológus elvégezte a felmérést, a program a munkavállalási tréninggel folytatódott.

A felkészítő tréning tematikája³⁹

39 A részletes tematika elérhető: Bulyáki, 2016.

A munkavállaláshoz, álláskereséshez kapcsolódó készségek fejlesztése

- Tájékoztatás az ápolott, gondozott külső megjelenés fontosságáról, készségfejlesztés a hatékony bemutatkozás kapcsán.
- Önéletrajz írásának megtanítása, nyomtatott sajtó használatának megtanítása, telefonon való érdeklődés készségének fejlesztése, internetes álláskeresési technikák elsajátítása.
- Készségfejlesztő tevékenység: informatikai kompetenciák fejlesztése.
- Felkészítés az első interjúra.
- A nehéz helyzetek gyakorlása, készségfejlesztés, családtagok, barátok bevonásával.
- Tájékoztatás a munkába állás kapcsán szükséges dokumentumokról.
- Alapvető társalgási készségek fejlesztése.

A munkahely megtartásához kapcsolódó készségek fejlesztése

- Készségfejlesztés a napi rutin és a pénzbeosztás kapcsán.
- Stresszel járó beszélgetésekre való felkészítés, készségfejlesztés.
- Relapszusprevenció, krízisinterv.
- Hatékony kommunikáció, a hatékony konfliktuskezelés készségének fejlesztése.
- A pozitív érzés kifejezése, pozitív szemléletű kérés és negatív érzés hatékony kifejezésének fejlesztése, az asszertív kommunikáció erősítése.
- Problémamegoldó készség fejlesztése. (Bulyáki, 2016)

A pszichoszociális fogyatékoság problémájával élők foglalkoztatása a munkavállalók létszámát tekintve leginkább a szociális foglalkoztatás keretében és az akkreditált munkáltatók által biztosított rehabilitációs foglalkoztatásban valósul meg, amelyekhez a költségvetés támogatást biztosít. A szociális foglalkoztatást a jelenlegi szabályozás intézményi jogviszonyhoz köti, míg az akkreditált munkáltatónál történő munkavállalás feltétele a komplex minősítés során megállapított, legalább 40%-ot meghaladó egészségkárosodás. A szociális foglalkoztatás támogatási rendszerébe való újonnan történő belépés korlátozottsága, a szociális foglalkoztatás rendszerének 2017. évi átalakítása, illetve a foglalkoztatásra rendelkezésre álló szűkös forrásokra tekintettel a szociális intézményen belüli foglalkoztatást biztosító szervezetek egyre nagyobb számban kezdeményezik rehabilitációs akkreditációjukat.

A szociális foglalkoztatás és az akkreditált munkáltatók által biztosított rehabilitációs foglalkoztatás

A foglalkoztatás főbb jellemzői:

1. Szociális foglalkoztatás, ezen belül:
 - a) munkarehabilitáció
 - b) fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás
2. Akkreditált munkáltatók által biztosított:
 - a) tranzit foglalkoztatás

- b) tartós foglalkoztatás
- 3. Nem tartozik egyik foglalkoztatási formához sem, de a legkorábbi, általánossá vált intézményhez kötött szocioterápiás foglalkoztatás, amely lehet:
 - a) munkaterápia
 - b) terápiás és készségfejlesztő foglalkozás
 - c) képzési célú foglalkozás

Szociális foglalkoztatás

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 99/B. § (1) bekezdése szerinti szociális intézményen belüli foglalkoztatási formák mindegyike az ellátott meglévő képességeire építve, korának, fizikai és mentális állapotának figyelembevételével kerül megszervezésre.

A szociális foglalkoztatás formái

- *Munkarehabilitáció:* az ellátott személy munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.
- *Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás:* az érintett személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

Mindkét foglalkoztatási forma célja az érintett foglalkozási rehabilitációjának megvalósítása, rendszerint a foglalkoztatási formák egymásra épülésével.

A foglalkoztatási formák rész céljaikból adódóan a foglalkoztatás rendszerességében, időtartamában, intenzitásában, a foglalkoztatás jellegében el kell, hogy térjenek egymástól.

Közös a munkatevékenység ellátására való alkalmasság, amelynek megítélése az ellátott egészségi állapotára, annak megőrzésére tekintettel kardinális kérdés.

A szociális foglalkoztatás esetében a fejlesztő tevékenység jogszabályi kötelezettsége a foglalkoztató intézménynek, és tartalmát az adott célcsoport szükségletei határozzák meg. A pszichoszociális fogyatékkal élők esetében a fejlesztés kiterjedhet a stresszkezelő tréningekre, személyiségfejlesztő csoportra, mindennapi életvezetési és szociális készségek tréningjére, egyéni segítő beszélgetésekre. A szociális foglalkoztatás során nagy jelentőséggel bír az egyénre szabott munkatevékenység kiválasztása, begyakorlása, önálló végrehajtása, melyet a segítő figyelemmel kísér és csak szükség esetén avatkozik be.

A szocioterápiás foglalkoztatás – bár nem tartozik a szociális foglalkoztatáshoz –, azonban annak egy lehetséges előszobájává válhat az érintett egészségi állapotának függvényében. Mivel e foglalkoztatás az érintett képességeinek fenntartását, fejlesztését célozza – melynek csupán egy lehetséges eszköze a munkavégzés – ezért a szociális foglalkoztatástól való elhatárolása továbbra is szakmailag indokolt. A szociális törvény a szociális foglalkoztatás, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intéz-

mények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet pedig a szocioterápia fogalmát, feltételeit, célját, maximális óraszámát egyértelműen rögzíti, amely alapján az intézményekben ezek szétválasztása megtörténik.

A szociális foglalkoztatásra való alkalmasság megítélése a jelenlegi jogszabályi környezetben a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalhoz telepített, a szocioterápiás foglalkoztatásra való alkalmasság esetében továbbá az intézményvezető is rendelkezik kompetenciával.

Rehabilitációs foglalkoztatás

A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 327/2012. (XI. 16.) Korm. rendelet szerinti foglalkoztatás alanyi köre a komplex minősítéssel rendelkező, megváltozott munkaképességű személyek.

A rehabilitációs foglalkoztatás formái

- *Tranzit foglalkoztatás*, amelynek alanyai: komplex minősítés szerint rehabilitálható minősítéssel (B1, C1) rendelkező megváltozott munkaképességű személyek
- *Tartós foglalkoztatás*, melynek alanyi köre: fő szabály szerint „komplex minősítés szerint rehabilitációja nem javasolt” minősítéssel rendelkezők, illetve fogyatékosági támogatásban részesülők (B2, C2, D, E).

A szociális foglalkoztatás alanyi körére tekintettel a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban lévők egészségi állapotuk, munkavégző képességük alapján a rehabilitációs foglalkoztatás alanyává válhatnak. A munkarehabilitációból való átkerülés figyelembe véve a célcsoport alacsony vagy hullámzó munkakapacitását, terhelhetőségét – feltételezve a szakszerű kiválasztást – nem igazán lehetséges.

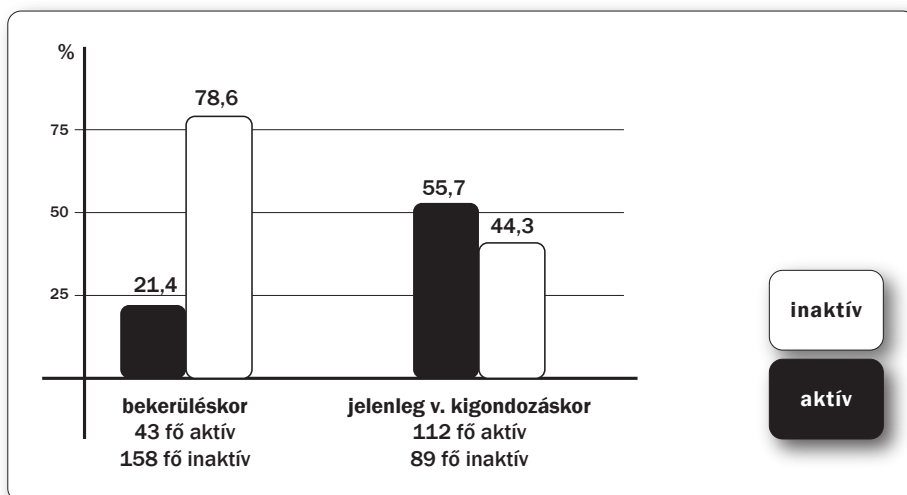
A mentális problémával élők esetében több probléma van: hatékonyabb a támogatott foglalkoztatás, mint a hagyományos lépcsőzetes. Ez egyből a maximális célt tűzi ki, és a munkaerőpiacot, az integrált foglalkoztatást részesíti előnyben, a beteg személyes szükségleteit is a lehető leginkább figyelembe véve. Mivel az ilyen programok csak korlátozottan érhetőek el, a betegek gyakran „beszorulnak” a védettebb foglalkoztatási formákba, ahonnan nem lépnek tovább, mivel a lépcsőzetes munkarehabilitáció még optimális színvonal esetén is fele olyan hatékony, továbbá a betegek nem kockáztatnak, ha már valami munkát találtak. A folyamat akadálya az is, hogy ebben a célcsoportban a fogyatékoság nem „standard”, hanem sokszor változó állapottal és teljesítménnyel kell számolni, ezért a hatékony gondozói háttér elengedhetetlen. Ez másfajta együttműködést jelent, mint a többi célcsoportban. Sajnos ez a másfajta modell nem nagyon működik jelenleg és kevés is az olyan, hatékony rehabilitációt nyújtó gondozó, amely képes ilyen háttérrel adni. A célcsoporttal szemben a többi fogyatékos csoportban is nagy a stigma, ezért minden munkahelyen, ahol megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztatnak, rosszabb a foglalkoztatás aránya. Célzott érzékenyítő, antistigma programokra van szükség és a célcsoport diszkriminációjának tiltására.

A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése hatékonyságát növeli, ha a munkavállaló komplex pszichoszociális rehabilitációban részesül.

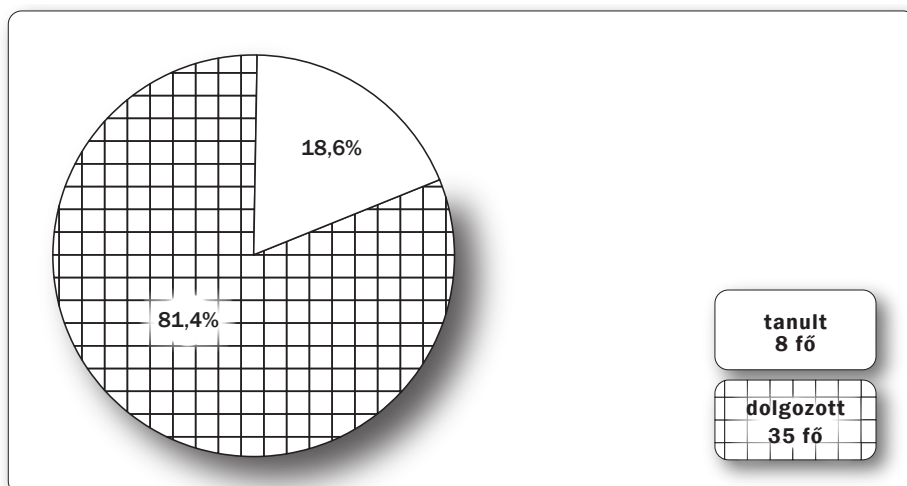
Ezt jól példázza az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátási beszámolója (Ébredések Alapítvány, é. n.)

A vizsgált időszak: 2009. 01. 01.–2011. 08. 31.⁴⁰

5. ábra. Az ellátottak megoszlása aktivitás szerint (ellátottak száma: 201 fő)

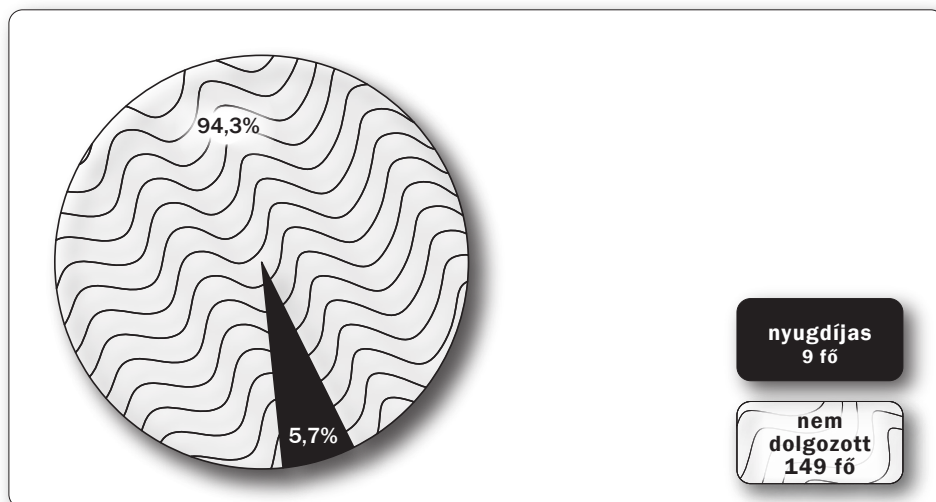


6. ábra. Aktív ellátottak bekerüléskor (N=43)

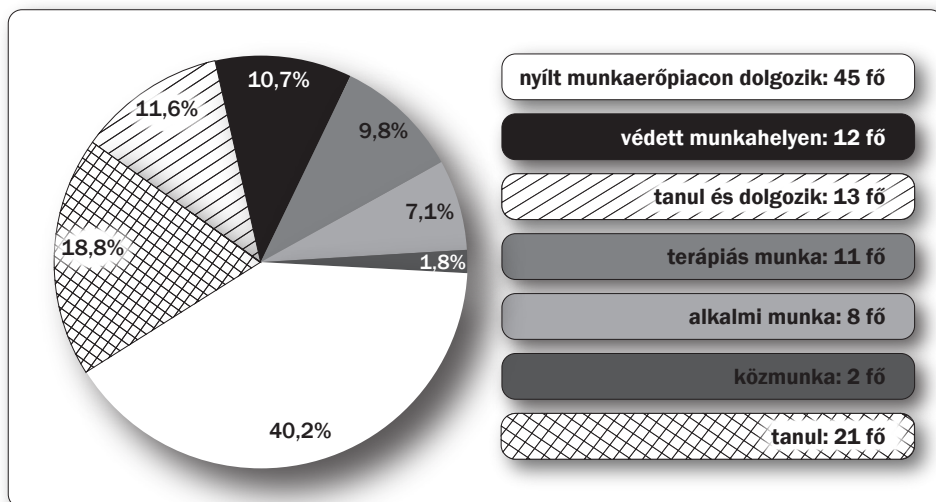


40 A vizsgálatba bekerülés időpontja 2009. 01. 01., a megismételt vizsgálat időpontja 2011. 08.31. Az ábrákban szereplő „jelen időszak” erre vonatkozik.

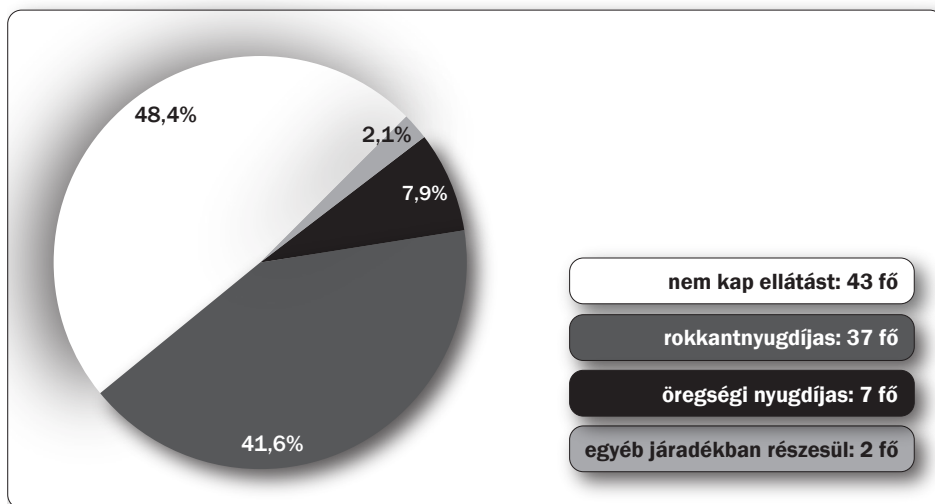
7. ábra. Inaktív ellátottak bekerüléskor (N=158)



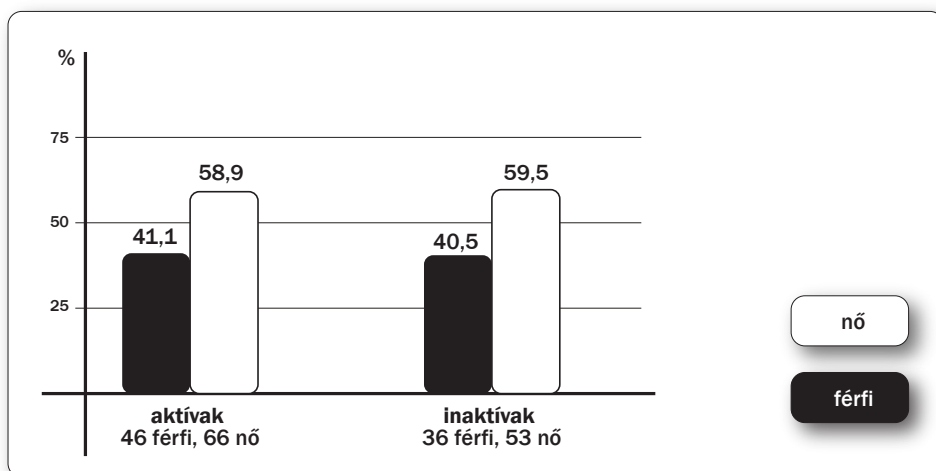
8. ábra. Aktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 112)



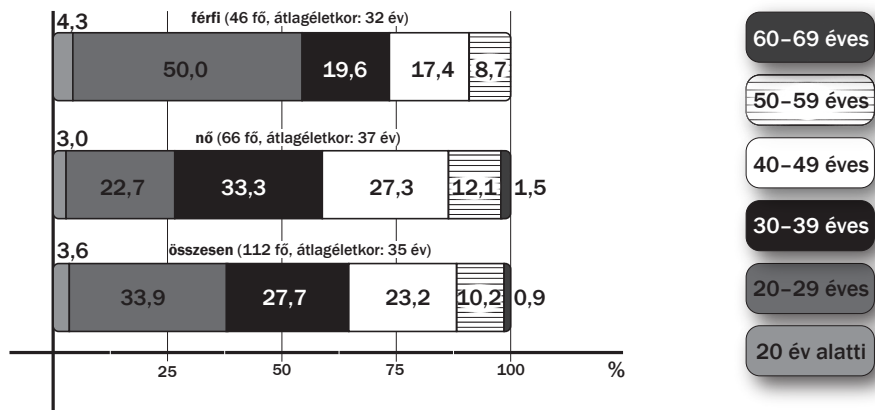
9. ábra. Inaktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 89)



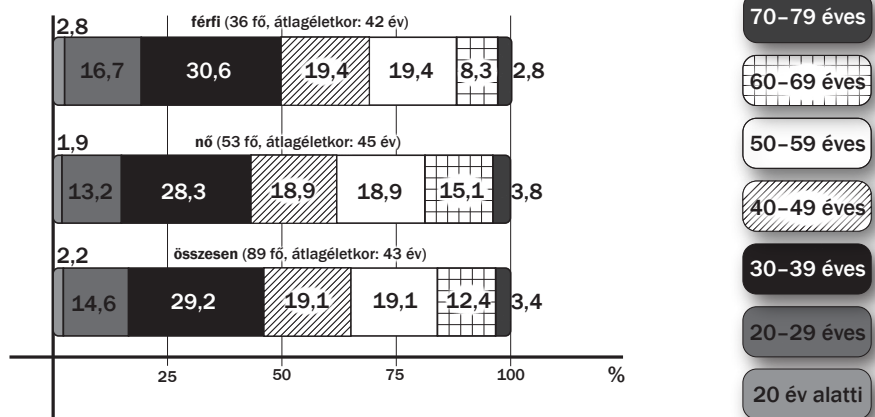
10. ábra. Az ellátottak megoszlása aktivitás és nemek szerint (N = 201)



11. ábra. Az aktív ellátottak megoszlása életkor és nemek szerint (N=112)



12. ábra. Az inaktív ellátottak megoszlása életkor és nemek szerint (N = 89)



Az Ébredések Alapítvány adatai is azt tükrözik, hogy a munkarehabilitáció az optimális kezelési-gondozási stratégiákkal együtt alkalmazva hatékony. A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű embereket segítő szervezeteknél nélkülözhetetlen a felépülésalapú szemlélet, küldetés.

Jelentősen javulna a mentális zavarral élő emberek munkaerőpiaci aktivitása, ha megkapnák a bizonyítékokon alapulóan hatékony rehabilitációs szolgáltatásokat. Fontos lenne, hogy minden mentális zavarral élő embernek lehetősége legyen igénybe venni a közösségi pszichiátriai ellátást, illetve módja legyen bekapcsolódni nappali klubok programjaiba (pl. munkavállalásra felkészítő csoportba).

A mentális zavarral élő felépült kliensek közül sokan motiváltak, hogy tapasztalati szakértőként segítsék a hasonló mentális zavarral élőket. Szerencsés lenne, ha lehetőség nyílna arra, hogy a pszichoszociális rehabilitációs szolgáltatók foglalkoztathassanak tapasztalati szakértőket.

Összegzés

Azok a közösségbe integrált munkarehabilitációs szolgáltatások hatékonyak, amelyek nem lépcsőzetes rehabilitációt tűznek maguk elé, hanem azonnal a legmagasabb lehetséges szintet célozzák meg, és erre gyorsan és célzottan készítik fel a klienst. A hosszú távú támogatás pedig elsősorban azoknak jár, akiknek erre szükségük van a munka megtartása érdekében. A sikeresen elhelyezkedett kliens nem esik ki a szolgáltatás látóköréből, nyomon követik és segítik (Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004, 6.).

A nemzetközi vizsgálatok (Drake, 1999 idézi Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004, 6.) és a hazai tapasztalatok alapján egyaránt megállapítható az, hogy a nyílt munkaerő piaci foglalkoztatottság a mentális zavarral élő emberek pszichés állapotára pozitívan hat, javítja az életminőségüket.

Elmondható, hogy a hatékony munka-rehabilitáció célzottan a kliens preferenciáira, szükségleteire, készségeire, képességeire, képzettségeire alapozott munka-rehabilitációs terv mentén, „normális” munkahelyen, egészségesek között, valós, nyílt munkaerő piaci körülmények között megvalósuló foglalkoztatást biztosít. Ezen foglalkoztatás eléréséhez célzott és gyors, konkrétan az adott munkahely és a munkavállaló adottságaira épített felkészítést biztosít. Továbbá folyamatos az egyén szükségleteire és helyzetére szabott támogatás (Rozzano, 2002 idézi Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004, 61.).

A hatékony munkarehabilitációt biztosító támogatott foglalkoztatási formák költséghatékonyak mondhatóak, a foglalkoztatási arány megemelkedéséhez vezethetnek. A védett munkahelyeken való foglalkoztatás csak azok számára indokolt, akik ismételt és optimális módon végzett támogatott munkarehabilitáció ellenére is kiszorultak a munkaerőpiaci foglalkoztatásból, illetve személyes szükségleteik alap-

ján kifejezetten ilyen foglalkoztatásra tartanak igényt. Védett foglalkoztatás keretében hatékonyabb a kiscsoportos foglalkoztatás, melynek jó megjelenési formája a kisvállalkozás, ahol kis csoportban dolgoznak együtt mentális zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek „egészséges emberekkel” (Bulyáki, Harangozó és Falloon, 2004, 61.).

Felhasznált irodalom

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásról

327/2012. (XI. 16.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról

1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

Bulyáki T. (2012). Pszichés zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek hatékony munkarehabilitációja (A közösségi gondozó a rehabilitációs folyamatban). In Kövér Á. szerk. *Hegyesi Gábor Emlékkönyv*. (pp. 59–69.) Budapest: ELTE Társadalomtudományi Kar Szociálismunkás-képző Tanszék.

Bulyáki T. (2016). *Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák*. Budapest: ELTE Társadalomtudományi Kar.

Bulyáki T., Harangozó J., Falloon, I. R. H. (2004): *Hatékony munkarehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára*. Budapest: Ébredések Alapítvány.

Bulyáki T., Harangozó J. (2004). Munkarehabilitáció. In Harangozó J., Szabó K. szerk. *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szakembereknek*. Periféria Füzetek, 2. (pp. 117–118.) Budapest: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Bulyáki T., Harangozó J. (2016). Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. (pp. 316–326.) Ébredések Alapítvány.

Cook, A. J., Rozzano, L. (2000). Vocational Rehabilitation for Persons With Schizophrenia: Recent Research and Implication for Practice. *Schizophrenia Bulletin*, (26)1, 87–103.

Drake, R. E. et al. (1999). A randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients with Severe Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627–633.

Falloon, I. R. H. et al. (1998). *Az integrált ellátás*. Budapest: Ébredések Alapítvány.

Harangozó J., Gombos G., Szabó L. (2002). Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról. Egy 2001 nyarán a TÁRKI által végzett közvélemény-kutatás bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, (17)2, 141–155.

Lieberman, R. P. M.D. (2010). *Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Budapest: Oriod és Társai Kiadó.

A PSZICHOSZOCIÁLIS AKADÁLYOZOTTSÁGGAL ÉLŐK AZ ADATOK TÜKRÉBEN

Elemzésünk célja, hogy a rendelkezésre álló idő- és erőforrások mellett, az elérhető adatok alapján képet adjon a pszichoszociális akadályozottsággal élők helyzetéről. Elemzésünk során négy különböző adatállományt használtunk. A helyzetbemutatót az egyes adatbázisok szerint rendezve közöljük. Ennek oka elsősorban az, hogy az egyes adatbázisok alapján a vizsgált csoporthoz tartozónak tekintett személyek köre – az eltérő megközelítések miatt – más és más, így az összevetés hamis képet adna. Ugyanakkor egy-egy adatforrás alapján kapható kép önmagában koherens az adott definíciós korlátok mellett.

Az elemzés négy fő fejezetből áll, amelyből kettő – a 2011-es népszámláláson, illetve az Európai Lakossági Egészségfelméréseken alapuló – a vizsgált csoport elérhető részletességű társadalmi, munkaerőpiaci helyzetbemutatója, a harmadik és negyedik fejezet a korlátozottan elért két államigazgatási adatforrás, az Országos Egészségbiztosítás Pénztár (továbbiakban: OEP) és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (továbbiakban: NRSZH) adatai alapján elsősorban a definiálhatósággal és az intézményi ellátással foglalkozik.

Az eredeti tervek szerint elvégeztük volna az államigazgatási adatok összekapcsolását is, ami lehetővé tenné a terület folyamatos vagy időszakos, de alaposabb vizsgálatát is. Erre azonban nem volt lehetőségünk, mert a minisztériumi felkérés ellenére az elemi adatok megszerzése is általunk megoldhatatlan akadályokba ütközött.

Népszámlálás, 2011

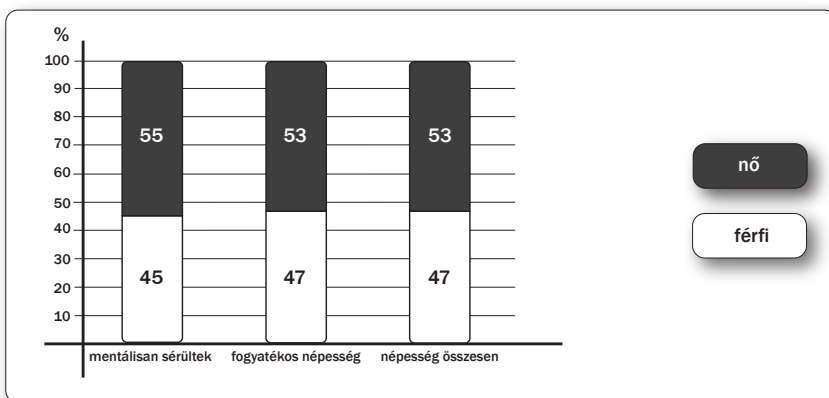
A 2011-es Népszámlálás kérdőívének utolsó blokkjában kaptak helyet a fogyatékos-ságra és a tartós egészségkárosodásra vonatkozó kérdések. Az adatok, legalábbis elvben, önbevalláson alapulnak. A 2011-es adatfelvétel kérdőíve részben eltér a korábbi népszámlálásokétól. Egyrészt új fogyatékos-ságtípusok is megjelennek benne, mint a tanulmány célcsoportja, a pszichoszociális fogyatékos-sággal élőké, és az európai statisztikai normáknak megfelelően, bár eltérő metodikával, az akadályozottság formájára is vonatkoznak kérdések. A változtatásokkal a KSH közelebb lépett a fogyatékos-sággal foglalkozó kutatások európai normáihoz, viszont rendkívül nehézé vált az adatok időbeli összevetése.

A KSH a Népszámlálásban – a pszichoszociális akadályozottsággal élők helyett – a mentálisan sérült (pszichés sérült) megnevezést használja az érintett népességre. Bár mindent megtettünk az adatbázis megszerzése érdekében, nem jártunk sikerrel, ezért a tanulmány a Népszámlálás nyilvánosan elérhető adatainak feldolgozását

végzi el úgy, hogy összeveti a mentálisan sérült személyekre, a fogyatékosssággal élőkre és a népesség egészére vonatkozó adatokat.

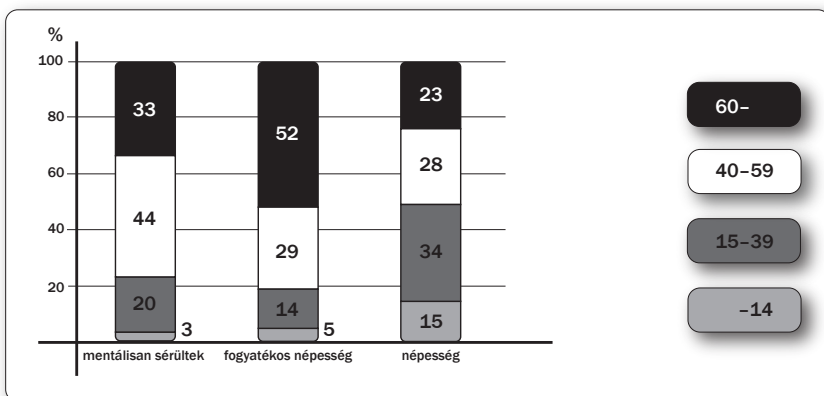
A 2011-es Népszámlálás során 46 265 fő azonosította magát mentális sérültként.

13. ábra. A mentálisan sérültek, a fogyatékos népesség és a teljes népesség nemek szerinti összetétele, 2011 (%)



A nemek szerinti összetételt, a férfiak és nők arányát tekintve nem mutatkozik eltérés a három vizsgált csoport között: minden esetben enyhe nőtöbbség jellemzi őket.

14. ábra. A mentálisan sérültek, a fogyatékos népesség és a teljes népesség életkori csoportok szerinti összetétele, 2011 (%)

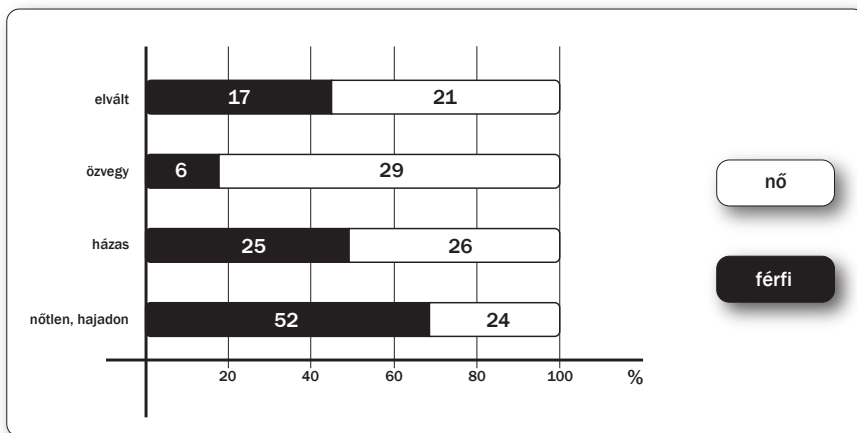


A három csoport életkori csoportok szerinti megoszlása alapvető eltéréseket mutat. A mentálisan sérült személyek és a fogyatékosssággal élők körében jóval kevesebb a gyerek (-14 évesek), valamint a fiatal felnőtt, mint a népesség egészében. A mentálisan sérült személyek körében a felnőtt korosztály (40–59 éves) a legnépesebb csoport – arányával meghaladva a fogyatékos népességben és a népesség egészében mért

arányukat. Az idősek (60 évesek) aránya a fogyatékos népességben a legmagasabb, de a mentális sérültek körében is meghaladja a népesség egészében tapasztalt mértéket.

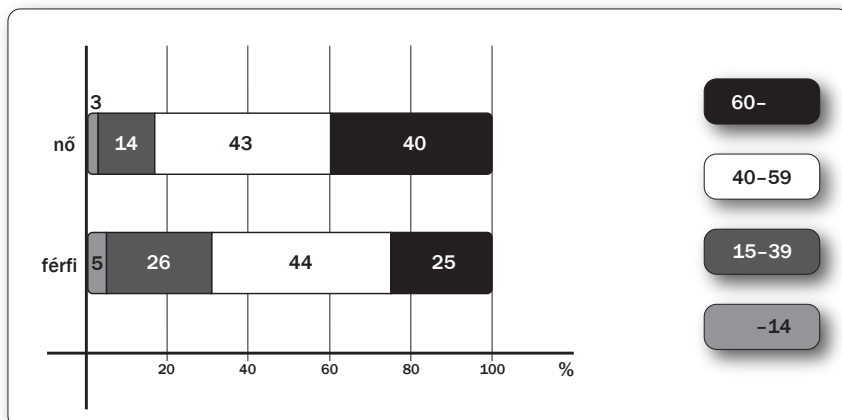
Lakóhelyük településtípusát tekintve a három csoport között nem mutatkoznak lényegi eltérések: a fővárosban él 14-17%-uk, megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban 32-35%-uk, más városban 32-35%-uk és községben vagy nagyközségben 31-33%-uk.

15. ábra. A 15 éves és idősebb mentálisan sérültek családi állapot és nemek szerinti összetétele, 2011 (%)



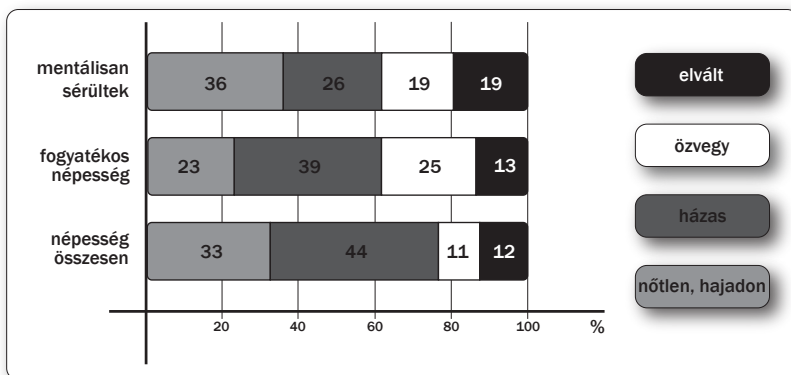
A pszichoszociális akadályozottsággal élő férfiak és nők családi állapota jelentős eltéréseket tükröz, ami csak részben lehet összefüggésben a mentálisan sérült férfiak és nők eltérő életkori összetételével.

16. ábra. A mentálisan sérültek életkori csoportok és nemek szerinti összetétele, 2011 (%)



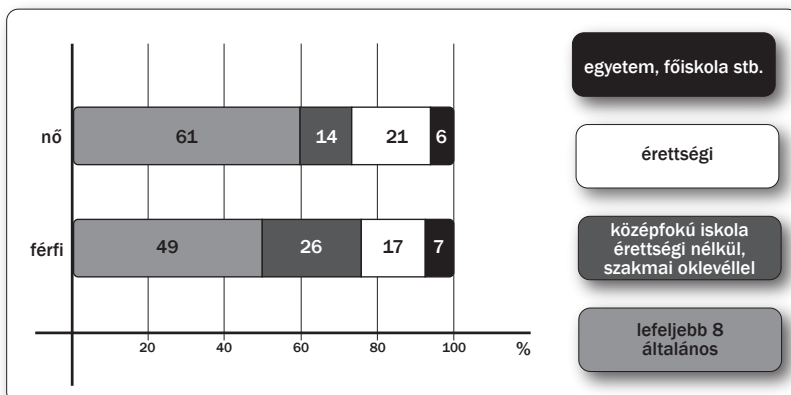
Az idősebb korosztály magasabb aránya a pszichoszociális akadályozottsággal élő nők körében részben magyarázatot adhat arra, miért jóval magasabb az özvegyek aránya a nők között (29% szemben a férfiak 6%-ával), de arra az életkori megoszlás már nem ad választ, miért több mint kétszeres a nőtlenek aránya a hajadonokhoz képest.

17. ábra. A 15 éves és idősebb mentálisan sérültek, fogyatékossgal élők és a népesség egészének családi állapot szerinti összetétele, 2011 (%)



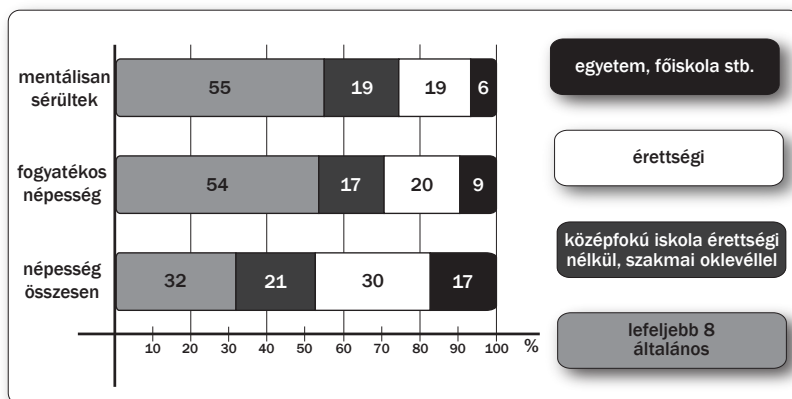
A nőtlenek és hajadonok aránya a mentálisan sérültek körében és a népesség egészében nagyjából megegyező, a fogyatékos népességben jóval alacsonyabb. A házasokban élők aránya a népesség egészében a legmagasabb, ennél valamivel alacsonyabb a fogyatékos népességben és jóval kisebb a mentálisan sérültek csoportjában. Az idősebb korosztály jelentősebb jelenlétével is összefüggésben állhat, hogy miért magasabb a fogyatékos népességben az özvegyek aránya a másik két csoporthoz képest. A válságok előfordulása a népesség egészében és a fogyatékos emberek körében nagyjából megegyező, a pszichoszociális akadályozottsággal élők között valamivel gyakoribb.

18. ábra. A 15 éves és idősebb mentálisan sérültek legmagasabb befejezett iskolai végzettség és nemek szerint, 2011 (%)



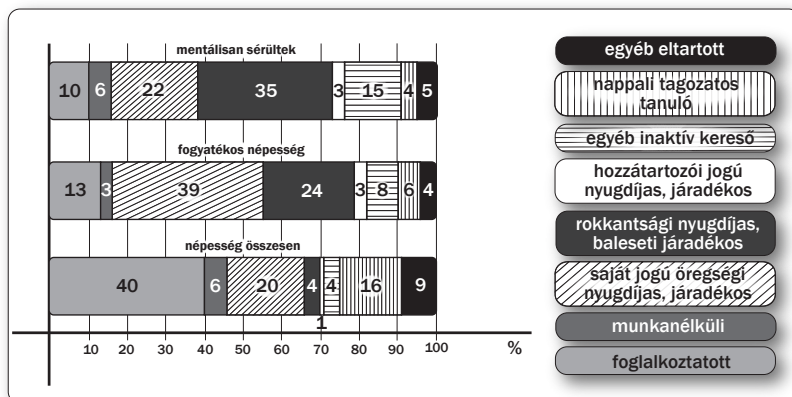
A pszichoszociális akadályozottsággal élő férfiak és nők iskolai végzettsége szerint komoly eltérések mutatkoznak: a nők medián végzettsége legfeljebb általános iskolai végzettség (majd kétharmaduk a csupán általános iskolai végzettségű), a férfiak között viszont a medián végzettség magasabb, érettségi nélküli középfokú végzettség.

19. ábra. A 15 éves és idősebb mentálisan sérültek, fogyatékos személyek és a népesség egészének legmagasabb befejezett iskolai végzettsége, 2011 (%)



Ha viszont a fogyatékos népességgel és a népesség egészével vetjük össze a pszichoszociális akadályozottsággal élők képzettségi szintjét, azt láthatjuk, hogy a mentálisan sérültek és a fogyatékos népesség egészének iskolai végzettség szerinti megoszlása nagyon hasonló, de jelentős mértékben eltér a népesség egészétől. E két csoportba tartozók több mint fele csupán alacsony fokú végzettségű szemben a népesség egészében mért nagyjából egyharmados aránnyal, és jóval kisebb körökben az érettségizettek és felsőfokú képesítést szerettek előfordulásának gyakorisága.

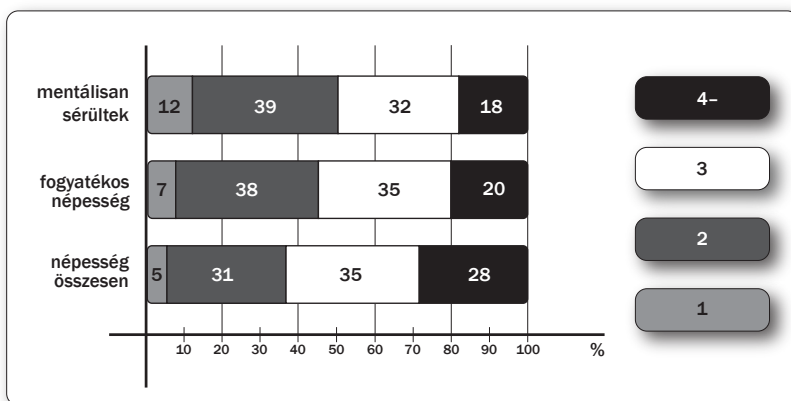
20. ábra. A mentálisan sérültek, a fogyatékos személyek és a népesség egészének gazdasági aktivitása, 2011 (%)



A gazdasági aktivitást vizsgálva szembeötlő a foglalkoztatottak a népesség egészéhez viszonyított alacsony és a rokkantsági ellátásban részesülők jóval magasabb aránya. Ez utóbbin nem csodálkozhatunk, hiszen ez részben éppen e népességcsoportba tartozók számára létrehozott ellátási forma. Az öregségi nyugdíjasok eltérő aránya nyilvánvalóan az életkori megoszlás eltéréseivel magyarázható.

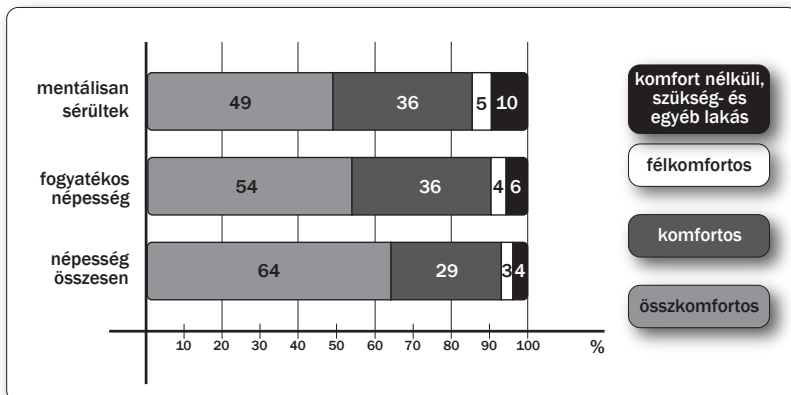
A pszichoszociális akadályozottságukat a népszámlálási kérdőívben jelölők egy-ötöde (21%) intézeti lakó.

21. ábra. A mentálisan sérültek, a fogyatékos népesség és a népesség egésze által lakott lakások szobaszám szerint, 2011 (%)



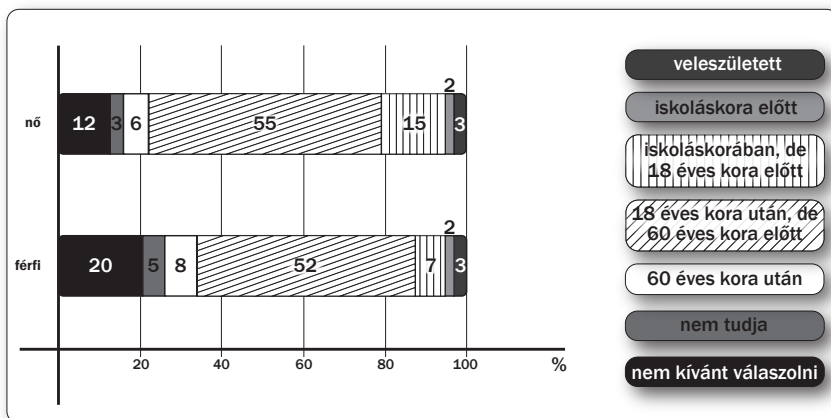
A szobaszám önmagában nem túl sokat mond az érintettek lakáskörülményeiről, de adatbázis híján a laksűrűséget nem tudtuk kiszámolni, mindenesetre a mentális sérültek közül többen élnek a legkisebb, egyszobás lakásokban és kevesebben a legnagyobbakban – a népesség egészével összevetve.

22. ábra. A mentálisan sérültek, a fogyatékos népesség és a népesség egésze által lakott lakások komfortosság szerint, 2011 (%)



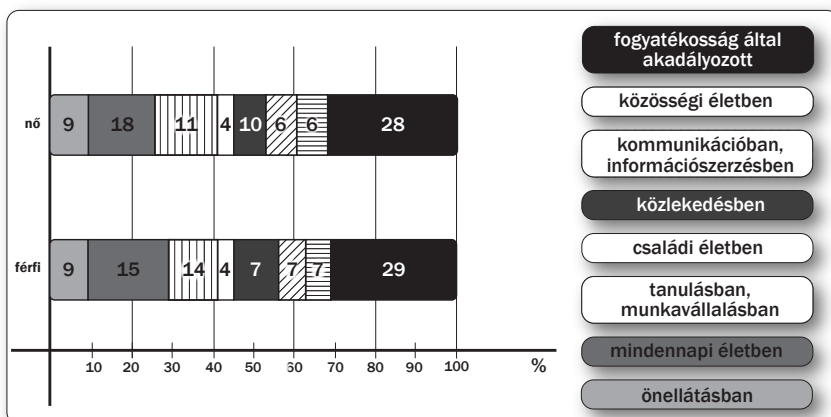
A lakásminőséget (komfortfokozatot) tekintve is a pszichoszociális akadályozottsággal élők vannak a legnehezebb helyzetben: egytizedük komfort nélküli, szükség- vagy egyéb lakásban lakik, míg a népesség egészének csupán 4%-a. A népesség egésze majd kétharmadának otthona összkomfortos, a mentálisan sérültek és a fogyatékkal élők esetében ez csupán 50% közüli érték.

23. ábra. A mentálisan sérültek aránya nemek és a fogyatékoság keletkezésének ideje szerint, 2011 (%)



A mentális sérülés keletkezésének időszakát a férfiak és nők többsége is felnőtt korára teszi, de a férfiak egyötöde (a nőknek csupán 12%-a) véli úgy, hogy mentális sérülése veleszületett, és a nők gyakrabban teszik a mentális sérülés keletkezésének időszakát idős korukra.

24. ábra. A mentálisan sérült személyek által említett akadályozottságok nemek szerinti megoszlása, 2011 (%)

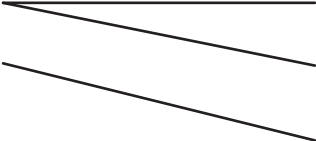


A népszámlálási kérdőívben aziránt is érdeklődtek, hogy miben érzik magukat akadályozottnak az érintettek. A megadott lehetőségek közül legfeljebb hármat lehetett kiválasztani. A férfiak és nők által érzékelt akadályok között három esetben fedezhető fel némi eltérés: a nők közül valamivel többen említik a közlekedési és a mindennapi életben tapasztalt nehézségeket, míg a férfiak a nőkhöz képest inkább a tanulásban, munkavállalásban tartják akadályozottnak magukat.

Pszichés és mentális problémákkal küzdők helyzete és annak változása 2009 és 2014 között az Európai Lakossági Egészségfelmérés hazai adatai alapján

A pszichés és mentális problémákkal küzdők életkörülményeinek bemutatásához felhasználtuk az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) két utolsó adatfelvételének adatait is (2009, 2014⁴¹). Az ELEF egy rétegzett többlépcsős mintavételen alapuló nagymintás kutatás (a vizsgálatba vont személyek száma mindkét adatfelvétel esetén meghaladta az 5000 főt). A kutatás fő célja, illeszkedve az európai vizsgálathoz, a hazai lakosság egészségi állapotának, egészség-magatartásának önbevalláson alapuló felmérése. A kutatás több olyan kérdést tartalmaz, amelyekből a pszichiátriai betegség érintettségre lehet következtetni, ezek közül a lentebb következő táblázatban található kérdéseket használtuk elemzésünk során vizsgálatunk célcsoportjának definiálása érdekében.

2. táblázat. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés pszichés és mentális problémák meglétére utaló kérdései a 2009-es és 2014-es adatfelvételben

Pszichiátriai probléma	ELEF 2009	ELEF 2014
Szorongás	Van-e jelenleg vagy volt-e korábban Önnek krónikus szorongása?	
	Volt ilyen betegsége/egészségi problémája az elmúlt 12 hónapban?	
Depresszió	Van-e jelenleg vagy volt-e korábban Önnek krónikus depressziója?	Az elmúlt 12 hónapban volt-e depressziója?
	Volt ilyen betegsége/egészségi problémája az elmúlt 12 hónapban?	
Egyéb pszichés vagy mentális probléma	Van-e jelenleg vagy volt-e korábban Önnek egyéb pszichés/mentális problémája?	Az elmúlt 12 hónapban volt-e egyéb pszichés/mentális problémája?
	Volt ilyen betegsége/egészségi problémája az elmúlt 12 hónapban?	

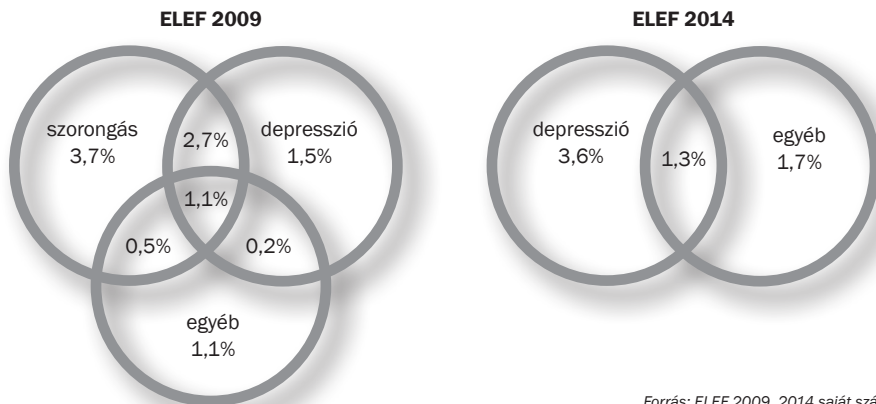
Forrás: ELEF 2009, 2014 saját összeállítás

41 Az ELEF 2014-es adatbázisa jelenleg csak publikációs célból, illetve a KSH kutatószobában érhető el, azonban a projekthez külön szerződés keretében hozzáférést biztosítottak számunkra, ezt köszönjük a KSH illetékeseinek.

A táblázat alapján látható, hogy a két kérdés során, bár hasonló csoportok definiálhatók, a megfogalmazás különbségei miatt a kérdések alapján definiálható csoportok között lehetnek különbségek. A 2009-es adatfelvétel során a pszichés és mentális problémák három körét lehetett azonosítani az idézett kérdések segítségével: a krónikus szorongást, a krónikus depressziót, valamint az egyéb pszichiátriai betegséget, illetve mentális problémát. Ezeken a csoportokon belül egy kiegészítő kérdéssel azonosítható volt az állapot jelenléte az elmúlt egy évben. A 2014-es vizsgálat során a krónikus szorongás azonosítására vonatkozó kérdés kimaradt a kérdőívből. A depresszióra vonatkozó kérdés módosult: elmaradt a kérdésből a krónikus kifejezés, míg az elmúlt 12 hónapra történő utalással a korábbi kiegészítő kérdéshez hasonlóvá vált a kérdés értelmezése. Az egyéb pszichés vagy mentális probléma esetén az egyéb szó helyzete változott meg a kérdésben, illetve szintén bekerült a korábbi kiegészítő kérdésből az elmúlt 12 hónapra történő utalás. A kérdések részletes vizsgálata alapján a két kutatás elsősorban az akután (elmúlt egy év során) depresszióban szenvedők, kisebb pontossággal az egyéb pszichés vagy mentális problémában szenvedők azonosítására és összehasonlító vizsgálatára alkalmas.

Az elmúlt 12 hónapra utaló kérdések alapján kialakított csoportok összehasonlítását a 25. ábra foglalja össze.

25. ábra. Az egyes azonosított csoportok előfordulási gyakorisága az ELEF 2009-es és 2014-es vizsgálat alapján



Forrás: ELEF 2009, 2014 saját számítás

A vizsgálatot megelőző 12 hónapban szorongással, depresszióval, illetve egyéb pszichés, mentális problémával érintettek köre 2009-ben 10,8% (544 fő) volt, míg 2014-ben a vizsgálatot megelőző 12 hónapban depresszióval vagy egyéb pszichés, mentális problémával érintettek köre 6,6% (385 fő) volt. Feltételezve, hogy 5 év alatt az egyes állapotokkal érintettek köre jelentősen nem változott meg, úgy tűnik, hogy az egyéb pszichés és mentális problémával érintettek nem, vagy csak részben fedik le a szorongással érintettek körét, így a szorongással érintettek helyzetéről csak

a 2009-es adatfelvétel alapján alakíthatunk ki képet, míg a depresszióval és az egyéb pszichés és mentális problémával érintettek helyzetét többé-kevésbé össze tudjuk hasonlítani a két adatfelvétel között. A továbbiakban ennek megfelelően 2009-re három, 2014-re két csoport és az adott csoporthoz nem tartozó népesség adatait vetjük össze demográfiai, munkaerőpiaci és jóléti szempontból.

Demográfiai jellemzők

A fent leírt csoport főbb, az adatbázisban elérhető demográfiai jellemzőit, azok időbeli változását, illetve az adott csoporthoz nem tartozókhöz képest tapasztalt eltéréseket a 3. táblázat összegzi. A táblázatban jelöltük 2009-re, illetve 2014-re a szignifikáns eltéréseket (a viszonylag alacsony elemszámok miatt csak viszonylag nagy eltérések mutathatók ki, ugyanakkor feltételezhető, hogy a kimutatott szignifikáns eltérések jelentősnek is tekinthetők).

3. táblázat. Egyes pszichés problémákkal érintett csoportok és a teljes népesség demográfiai összehasonlítása 2009-ben és 2014-ben. A szignifikáns eltéréseket sötétszürke színezés és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekcióval)

		ELEF 2009						ELEF 2014			
		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek egyéb pszichés/mentális problémája?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus depressziója?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus szorongása?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e egyéb pszichés/mentális problémája?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e depressziója?	
		Igen	nem	Igen	nem	Igen	nem	Igen	nem	Igen	nem
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
NEM	férfi	39,2 _a	46,9 _a	26,5 _a	47,8 _b	28,6 _a	48,2 _b	32,8 _a	47,4 _b	29,7 _a	47,8 _b
	nő	60,8 _a	53,1 _a	73,5 _a	52,2 _b	71,4 _a	51,8 _b	67,2 _a	52,6 _b	70,3 _a	52,2 _b
ISKOLAI VÉGZETTSÉG	legfeljebb 8 általános	41,9 _a	26,8 _b	42,3 _a	26,4 _b	43,3 _a	25,9 _b	39,9 _a	22,2 _b	43,9 _a	21,7 _b
	szakma érettségi nélkül	23,0 _a	26,1 _a	26,9 _a	26,0 _a	22,2 _a	26,4 _a	23,1 _a	27,1 _a	24,7 _a	27,1 _a
	érettségi	25,7 _a	31,3 _a	22,4 _a	31,6 _b	27,2 _a	31,5 _a	28,0 _a	30,3 _a	20,7 _a	30,7 _b
	felsőfokú végzettség	9,5 _a	15,7 _b	8,4 _a	16,0 _b	7,3 _a	16,3 _b	8,9 _a	20,4 _b	10,7 _a	20,5 _b
URBANIZÁCIÓ FOKA	sűrűn lakott	32,2 _a	31,9 _a	31,7 _a	31,9 _a	26,5 _a	32,3 _b	27,9 _a	30,2 _a	25,5 _a	30,3 _a
	közepesen lakott	22,2 _a	23,0 _a	22,9 _a	22,9 _a	24,1 _a	22,8 _a	38,2 _a	35,8 _a	34,6 _a	35,9 _a
	ritkán lakott	45,6 _a	45,2 _a	45,4 _a	45,2 _a	49,4 _a	44,8 _a	33,9 _a	34,1 _a	40,0 _a	33,7 _b

		ELEF 2009						ELEF 2014			
		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek egyéb pszichés/mentális problémája?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus depressziója?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus szorongása?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e egyéb pszichés/mentális problémája?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e depressziója?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Régió	Közép-Magyarország	31,7% _a	29,5% _a	25,1% _a	29,8% _a	21,4% _a	30,3% _a	28,6% _a	30,1% _a	25,4% _a	30,3% _a
	Közép-Dunántúl	7,8% _a	11,1% _a	6,6% _a	11,2% _b	9,7% _a	11,1% _a	8,5% _a	11,0% _a	6,2% _a	11,2% _b
	Nyugat-Dunántúl	6,7% _a	10,2% _a	5,6% _a	10,3% _b	9,3% _a	10,1% _a	7,2% _a	10,2% _a	8,4% _a	10,2% _a
	Dél-Dunántúl	6,4% _a	9,6% _a	10,6% _a	9,5% _a	12,5% _a	9,3% _b	14,1% _a	9,1% _b	12,1% _a	9,2% _a
	Észak-Magyarország	13,2% _a	12,0% _a	13,8% _a	11,9% _a	12,5% _a	12,0% _a	11,1% _a	11,8% _a	14,1% _a	11,7% _a
	Észak-Alföld	16,8% _a	14,6% _a	20,3% _a	14,3% _b	18,4% _a	14,3% _b	13,0% _a	14,9% _a	19,8% _a	14,6% _b
	Dél-Alföld	17,5% _a	13,1% _a	18,0% _a	13,0% _b	16,3% _a	13,0% _a	17,5% _a	12,8% _a	14,0% _a	12,9% _a
KORCSONY	15–17 éves	0,5% _a	3,1% _a	0,5% _a	3,2% _b	0,7% _a	3,2% _b	1,7% _a	3,3% _a	0,6% _a	3,4% _b
	18–34 éves	16,1% _a	28,1% _b	8,5% _a	28,8% _b	9,3% _a	29,3% _b	16,9% _a	25,4% _b	8,6% _a	26,0% _b
	35–64 éves	55,2% _a	48,8% _a	63,8% _a	48,1% _b	57,0% _a	48,3% _b	50,9% _a	50,9% _a	56,8% _a	50,6% _b
	65 +	28,2% _a	20,0% _b	27,1% _a	19,9% _b	33,0% _a	19,2% _b	30,5% _a	20,4% _b	33,9% _a	20,0% _b

Forrás: Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009, 2014, KSH, saját számítás

A vizsgált demográfiai tényezők közül egyedül a lakóhely urbanizációjában nem volt jelentős eltérés a vizsgált csoportok és a vizsgált csoportokhoz nem tartozók között, illetve itt az időbeli eltérések sem voltak jelentősek.

Nem szempontjából minden csoport esetén megfigyelhető a nők felülreprezentáltsága, ami időben is állandónak mondható.

Az alacsony, legfeljebb nyolc általános iskolai osztályt elvégzők aránya minden csoportban jelentősen és időben állandóan magasabb, mint az adott csoporthoz nem tartozók körében.

Regionális megoszlás szempontjából kiemelhető, hogy a depresszióval érintettek 2009-ben az alföldi régiókban felülreprezentáltak voltak, ez az eltérés 2014-re az Észak-Alföld régióra korlátozódott. Ezzel párhuzamosan a Közép- és Nyugat-Dunántúl régióban a depresszióval érintettek 2009-ben jelentős alulreprezentáltsága

2014-re megszűnt (legalább is nem éri el a mérhető mértéket). A csak 2009-ben vizsgálható szorongás szempontjából jellemző területi eltérés, hogy a Közép-Magyarország régióban jelentős az alulreprezentációja, míg az Észak-Alföldön és a Dél-Dunántúlon a felülreprezentációja. Az egyéb pszichés és mentális problémák kapcsán jelentősebb területi eltérések, illetve azok változása nem figyelhető meg, kivéve a 2014-re és a Dél-Dunántúlra korlátozódó felülreprezentációt. A korcsoportos megoszlás szempontjából minden vizsgált problémacsoport esetén jellemző és időben állandó a fiatalabbak alul- és az idősebbek, különösen a 65 éven felüliek felülreprezentáltsága. Ez a tendencia a depresszió és szorongás esetén jelentősebb mértékben érvényesül, míg az egyéb pszichés és mentális problémák esetén a 18–34 évesekre (alulreprezentáltak), illetve a 65 éven felüliekre (felülreprezentáltak) jellemző.

Összességében a pszichés és mentális problémákkal érintettek egyes csoportjainak demográfiai megoszlása a népszámlálásban tapasztaltakhoz hasonló eltéréseket mutat az ilyen problémákkal nem érintettekhez képest, ami megerősíti az adatbázis validitását. A jellemző eltérésekről elmondható, hogy többnyire azok a demográfiai csoportok felülreprezentáltak a vizsgált körben, amelyek társadalmi szempontból is hátrányosabb helyzetűek, ami részben oksági összefüggést is jelenthet.

Munkaerőpiaci helyzet

Az ELEF 2009-es kérdőíve több, a munkaerőpiaci helyzettel, illetve munkahellyel kapcsolatos kérdést is tartalmaz, így ezt a fontos témát külön részben tárgyaljuk.

A munkaerőpiaci helyzet szempontjából két kérdésben van lehetőség a 2009-es és 2014-es helyzet összevetésére: a foglalkoztatottság, illetve a munkaszerződés típusa szempontjából (*4. táblázat*). Az adatok alapján a vizsgált csoportok foglalkoztatottsága jelentősen és időben állandó módon elmarad a vizsgált csoportokhoz nem tartozók foglalkoztatottságától. A teljes népességben megfigyelhető foglalkoztatottságnövekedés arányos mértékben a vizsgált csoportokban is megfigyelhető, azonban ez a hátrányokat jelentősen nem csökkenti. A foglalkoztatottak munkaszerződéseit vizsgálva azt látjuk, hogy az egyéb pszichés és mentális problémával érintettek esetén a két vizsgált időpont között kedvezőtlen változások zajlottak le: míg 2009-ben csak az alkalmi munkát végzők voltak felülreprezentáltak ebben a körben addig 2014-re a határozott idejű szerzéssel rendelkezők aránya jelentősen megemelkedett. Bár ezzel párhuzamosan az alkalmi munkát végzők aránya jelentősen csökkent, összességében az tapasztalható, hogy a munkahely biztonsága az egyéb pszichés és mentális problémával érintettek körében romlott.

4. táblázat. Egyes pszichés problémákkal érintett és nem érintett csoportok foglalkoztatottság és a munkaszerződés típusa szerinti összehasonlítása 2009-ben és 2014-ben. A szignifikáns eltéréseket szürke színezés és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekcióval)

		ELEF 2009						ELEF 2014			
		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek egyéb pszichés/mentális problémája?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus depressziója?		Volt-e az elmúlt 12 hónapban Önnek krónikus szorongása?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e egyéb pszichés/mentális problémája?		Az elmúlt 12 hónapban volt-e depressziója?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
DOLGOZIK?	dolgozik	19,0% _a	47,3% _b	17,0% _a	48,2% _b	21,2% _a	48,6% _b	21,1% _a	51,6% _b	20,3% _a	52,3% _b
	nem dolgozik	81,0% _a	52,7% _b	83,0% _a	51,8% _b	78,8% _a	51,4% _b	80,9% _a	48,4% _b	79,7% _a	47,7% _b
MILYEN TÍPUSÚ MUNKA-SZERZŐDÉSE VAN/VOLT?	határozatlan idejű	83,6% _a	86,0% _a	85,5% _a	86,0% _a	86,7% _a	85,9% _a	89,4% _a	87,5% _a	82,2% _a	87,8% _b
	határozott idejű	8,9% _a	10,7% _a	11,7% _a	10,6% _a	10,8% _a	10,7% _a	9,4% _a	11,0% _a	16,7% _a	10,6% _b
	alkalmi munkásként	5,6% _a	2,4% _b	1,4% _a	2,6% _a	2,3% _a	2,5% _a	0,6% _a	0,9% _a	0,4% _a	0,9% _a
	szóbeli megállapodás alapján dolgozik/dolgozott	1,9% _a	0,8% _a	1,4% _a	0,8% _a	0,2% _a	0,9% _a	0,6% _a	0,7% _a	0,7% _a	0,6% _a

Forrás: ELEF 2009,2014, saját számítás

A munkanélküliként töltött idő hosszát a 2009-es adatok alapján vizsgáltuk (5. táblázat, lásd a 120. oldalon).

5. táblázat. Munkanélkülként töltött hónapok száma a pszichés, illetve mentális problémákkal érintett, illetve azokkal nem érintett csoportokban 2009-ben.
A szignifikáns eltéréseket sötétszürke színezés és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekcióval)

		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS DEPRESSZIÓJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS SZORONGÁSA?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%
MUNKANÉLKÜLISÉGBEN TÖLTÖTT HÓNAPOK SZÁMA	1-3 hónap	19,5% _a	20,6% _a	10,1% _a	21,2% _b	12,2% _a	21,3% _b
	4-6 hónap	16,7% _a	19,5% _a	12,9% _a	19,8% _a	7,1% _a	20,4% _b
	7-9 hónap	10,8% _a	10,4% _a	9,8% _a	10,4% _a	12,2% _a	10,2% _a
	10-12 hónap	18,9% _a	17,3% _a	21,0% _a	17,2% _a	24,0% _a	16,8% _b
	13-24 hónap	19,2% _a	20,0% _a	29,0% _a	19,4% _b	24,9% _a	19,5% _a
	25-36 hónap	10,4% _a	6,1% _a	6,3% _a	6,2% _a	7,4% _a	6,1% _a
	37-48 hónap	2,6% _a	3,6% _a	5,0% _a	3,5% _a	7,1% _a	3,2% _b
	49-60 hónap	2,0% _a	2,5% _a	6,0% _a	2,3% _b	5,0% _a	2,3% _a

Forrás: ELEF 2009, saját számítás

Az adatok szerint mind a krónikus depresszió, mind a krónikus szorongás növeli a munkanélküliségben eltöltött hónapok számát és ezen keresztül a tartós munkanélküliség valószínűségét, ugyanez azonban nem igaz az egyéb pszichés és mentális problémákra.

A ELEF 2009. évi kérdőíve több a munkahely és a munka minőségével kapcsolatos kérdést is tartalmaz. Ezek közül kiemeltünk néhány, a célcsoport szempontjából fontosabbnak tűnő kérdést (6. táblázat). A vizsgált kérdések közül lényegében mindegyikben kimutatható számottevő eltérés legalább egy érintett csoport és a nem érintettek között. A munkához kapcsolódó negatív cselekmények (durva bánásmód, hátrányos megkülönböztetés, fizikai erőszak) mindegyike jellemzőbb mindhárom vizsgált csoporthoz tartó válaszadók esetén, mint a vizsgált csoporthoz nem tartozók esetén (néhány esetben az eltérés bár látható, de nem éri el a szignifikáns mértéket). A munka szubjektív minősége esetén is negatív irányú eltéréseket

látunk a vizsgált csoportok esetén: mind a monotonitás, mind a képességeket meghaladó követelmények előfordulása gyakoribb a vizsgált csoportokban. Egyedül a túlmunka nem tűnik jellemzőbbnek a vizsgált körben. Végül fontos megemlíteni a munkahelyi légkör kapcsán, hogy az említett atrocitásokon túl a munkatársak közötti kommunikáció által okozott feszültség is gyakoribb a szorongással, illetve az egyéb pszichés és mentális problémával érintettek körében.

6. táblázat. A munka és munkahely egyes kiemelt jellemzői a pszichés, illetve mentális problémákkal érintett, illetve azokkal nem érintett csoportokban 2009-ben.

A szignifikáns eltéréseket sötétszürke színezés és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekcióval)

		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS DEPRESSZIÓJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS SZORONGÁSA?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT (VOLT MUNKAHELYÉT) ZAKLATÁS, DURVA BÁNÁSMÓD?	nagyon	2,3% _a	0,9% _a	1,3% _a	0,9% _a	1,3% _a	0,9% _a
	kissé	13,2% _a	6,6% _b	10,9% _a	6,6% _b	8,7% _a	6,6% _a
	egyáltalán nem	84,4% _a	92,5% _b	87,7% _a	92,5% _b	89,9% _a	92,4% _a
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT A HÁTRÁNYOS MEGKÜLÖNBÖZTETÉS?	nagyon	1,5% _a	0,8% _a	0,8% _a	0,8% _a	0,6% _a	0,8% _a
	kissé	9,7% _a	3,6% _b	7,3% _a	3,5% _b	5,7% _a	3,5% _b
	egyáltalán nem	88,8% _a	95,6% _b	91,9% _a	95,7% _b	93,7% _a	95,6% _a
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT ERŐSZAK VAGY ERŐSZAKKAL VALÓ FENYEGETÉS?	nagyon	2,3% _a	0,9% _a	0,0% ₁	1,0% _a	0,0% ₁	1,0% _a
	kissé	6,5% _a	3,2% _b	5,0% _a	3,1% _a	4,1% _a	3,2% _a
	egyáltalán nem	91,3% _a	96,0% _b	95,0% _a	95,9% _a	95,9% _a	95,8% _a
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT A MONOTONITÁS, EGYHANGÚSÁG?	nagyon	14,7% _a	10,3% _a	14,6% _a	10,2% _b	14,9% _a	10,1% _b
	kissé	29,6% _a	23,0% _a	26,8% _a	23,0% _a	25,6% _a	23,0% _a
	egyáltalán nem	55,6% _a	66,6% _b	58,6% _a	66,8% _b	59,5% _a	66,9% _b

		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS DEPRESSZIÓJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS SZORONGÁSA?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT A GYAKORI TÚLMUNKA?	nagyon	20,1% _a	15,7% _a	19,6% _a	15,6% _a	20,6% _a	15,4% _b
	kissé	32,0% _a	29,2% _a	27,6% _a	29,3% _a	27,4% _a	29,4% _a
	egyáltalán nem	47,9% _a	55,2% _a	52,8% _a	55,1% _a	52,0% _a	55,2% _a
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT AZ, HOGY NEHÉZ A KÖVETELMÉNYEKNEK MEGFELELNI?	nagyon	15,5% _a	9,2% _b	13,4% _a	9,1% _b	13,6% _a	9,0% _b
	kissé	25,1% _a	23,3% _a	26,4% _a	23,2% _a	25,0% _a	23,2% _a
	egyáltalán nem	59,4% _a	67,5% _a	60,2% _a	67,7% _b	61,5% _a	67,8% _b
MENNYIRE JELLEMZI (JELLEMEZTE) A VÁLASZADÓ MUNKAHELYÉT, HOGY AZ EMBEREKKEL VALÓ KOMMUNIKÁCIÓ FESZÜLT-SÉGEKET OKOZOTT?	nagyon	6,7% _a	3,5% _a	4,3% _a	3,5% _a	3,6% _a	3,5% _a
	kissé	19,1% _a	11,2% _b	13,4% _a	11,3% _a	16,1% _a	11,0% _b
	egyáltalán nem	74,3% _a	85,3% _b	82,2% _a	85,2% _a	80,3% _a	85,4% _b

6. táblázat folytatása a 121. oldalról

Forrás: ELEF 2009, saját számítás

Összefoglalva: a pszichés és mentális problémával érintettek körében a foglalkoztatottság jelentősen alacsonyabb, a munkanélküliség tartósabb. A vizsgált csoporthoz tartozó foglalkoztatottak munkaszerződése 2014-re bizonytalanabbá vált (nőtt a határozott idejű szerződések aránya). Ugyanakkor az is jellemző, hogy a vizsgált csoport foglalkoztatott tagjai gyakrabban szembesülnek munkájuk kapcsán különféle atrocitásokkal, monotonitással és megoldhatatlan kihívásokkal.

Jóléti helyzet

A vizsgált csoportokat a jólét három dimenziója mentén is megvizsgáltuk: a jövedelmi helyzet alapján, a társas integráció alapján és a szubjektív egészségi állapot alapján.

A pszichés problémákkal érintettek jövedelmi helyzetét a jövedelmi ötödök szerinti megoszlásuk eltérései alapján mutatjuk be (7. táblázat).

7. táblázat. Egyes pszichés problémákkal érintett és nem érintett csoportok jövedelmi ötödök megoszlása szerinti összehasonlítása 2009-ben és 2014-ben. A szignifikáns eltéréseket sötétszürke és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekciónal)

ELEF 2009						ELEF 2014					
		VOLT-E AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		VOLT-E AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS DEPRESSZIÓJA?		VOLT-E AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS SZORONGÁSA?		AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN VOLT-E EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN VOLT-E DEPRESSZIÓJA?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
EGY FŐRE ESŐ JÖVEDELEM SZERINTI ÖTÖDÖK	1	21,1% _a	20,0% _a	25,2% _a	19,7% _b	20,8% _a	19,9% _a	36,4% _a	18,9% _b	41,5% _a	18,3% _b
	2	23,6% _a	19,9% _a	25,7% _a	19,7% _b	23,3% _a	19,7% _a	21,2% _a	19,3% _a	26,6% _a	19,0% _b
	3	22,1% _a	19,9% _a	15,9% _a	20,2% _a	20,8% _a	19,9% _a	23,9% _a	21,2% _a	16,6% _a	21,5% _b
	4	20,5% _a	20,1% _a	20,0% _a	20,1% _a	20,8% _a	20,0% _a	9,2% _a	18,7% _b	9,0% _a	18,9% _b
	5	12,8% _a	20,1% _b	13,2% _a	20,3% _b	14,3% _a	20,4% _b	9,3% _a	21,8% _b	6,3% _a	22,2% _b

Forrás: ELEF 2009, 2014, saját számítás

Az adatok alapján egyértelmű, hogy a depresszióval érintettek jövedelmi helyzete jelentősen rosszabb, mint a depresszióval nem érintetteké. E mellett az figyelhető meg, hogy a vizsgált csoportok relatív, a többséghez viszonyított jövedelmi helyzete a két vizsgált időpont között jelentős mértékben romlott⁴².

A társas integrációt a következő kérdésre adott válaszok megoszlásával vizsgáltuk: „Hány olyan közeli ismerőse vagy barátja van, akire számíthat, ha komoly személyes problémája van?” A válaszok alapján egyértelműen látszik, hogy mindhárom vizsgált csoport esetén időben stabilan alacsonyabb a probléma esetén igénybe vehető kapcsolatok száma, mint az adott csoportokhoz nem tartozók esetén (8. táblázat).

42 Hozzá kell ugyanakkor tenni azt is, hogy a jövedelmi ötödök meghatározásának módszertana a 2014-es vizsgálat esetén nem egyértelmű.

8. táblázat. Társadalmi tőke és szubjektív egészség a pszichés problémákkal érintett és nem érintett csoportok körében 2009-ben és 2014-ben. A szignifikáns eltéréseket sötétszürke színezés és eltérő betűjelek jelölik (post hoc teszt Bonferroni-korrekciónal)

		ELEF 2009				ELEF 2014					
		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS DEPRESSZIÓJA?		VOLT-E AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN ÖNNEK KRÓNIKUS SZORONGÁSA?		AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN VOLT-E EGYÉB PSZICHÉS/MENTÁLIS PROBLÉMÁJA?		AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN VOLT-E DEPRESSZIÓJA?	
		igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
HÁNY OLYAN KÖZELI ISMERŐSE VAGY BARÁTJA VAN, AKIRE SZÁMÍTHAT, HA KOMOLY SZEMÉLYES PROBLÉMÁJA VAN?	nincs egy sem	5,4% _a	2,0% _b	5,3% _a	1,9% _b	3,2% _a	1,9% _a	1,8% _a	0,9% _a	3,3% _a	0,8% _b
	egy vagy kettő	51,4% _a	28,0% _b	38,9% _a	28,1% _b	40,6% _a	27,7% _b	45,3% _a	26,5% _b	40,6% _a	26,4% _b
	három-öt	28,7% _a	39,3% _b	41,3% _a	38,9% _a	36,2% _a	39,2% _a	40,6% _a	47,2% _a	38,8% _a	47,4% _b
	öttnél több	14,5% _a	30,8% _b	14,5% _a	31,2% _b	19,9% _a	31,2% _b	12,2% _a	25,4% _b	17,2% _a	25,4% _b
MILYEN A VÁLASZADÓ EGÉSZSÉGE ÁLTALÁBAN?	nagyon jó	0,6% _a	17,3% _b	0,8% _a	17,7% _b	0,5% _a	18,2% _b	1,9% _a	19,8% _b	1,1% _a	20,2% _b
	jó	15,1% _a	38,1% _b	4,9% _a	39,3% _b	9,5% _a	39,8% _b	16,9% _a	42,9% _b	12,7% _a	43,6% _b
	kielégítő	31,0% _a	31,2% _a	33,9% _a	31,0% _a	38,5% _a	30,5% _b	33,9% _a	27,3% _a	35,7% _a	27,1% _b
	rossz	31,2% _a	10,3% _b	40,3% _a	9,2% _b	35,1% _a	8,8% _b	28,1% _a	7,0% _b	30,5% _a	6,5% _b
	nagyon rossz	22,1% _a	3,2% _b	20,0% _a	2,8% _b	16,4% _a	2,7% _b	19,2% _a	2,9% _b	20,0% _a	2,6% _b

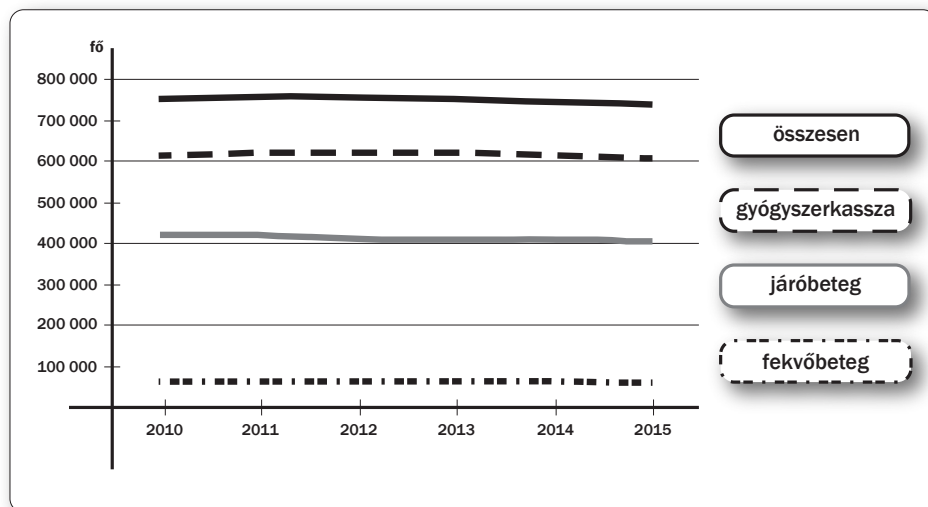
Végül a szubjektív egészségi állapotot mérő 5 fokú skála alapján ugyancsak a vizsgált csoportok időben állandó jelentősen rosszabb helyzetét figyelhetjük meg. Ugyanakkor a teljes népességre jellemző javuló tendencia megjelenik a vizsgált csoportok esetén is, az eltérések azonban nem csökkennek jelentősen.

Összegezve: az egyszerű összehasonlítások segítségével a három vizsgált jóléti dimenzió (jövedelem, társas integráció, szubjektív egészség) mindegyikében a vizsgált csoportok jelentős lemaradását állapítottuk meg. Azt tapasztaltuk, hogy ez a lemaradás ráadásul időben állandó.

Az OEP adatai

Elemzésünkhöz kiegészítésként az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatait is fel kívántuk használni. Eredeti célunk az OEP és NRSZH adatok összekapcsolása volt, legalább járási szinten. Az OEP esetén három eltérő ellátási formával kapcsolatban (az OEP terminológiája szerint kassza) igényeltünk és kaptunk adatokat: járóbeteg-szakellátás (ide nem értve értelemszerűen a háziorvosokat), fekvőbeteg-ellátás, valamint a gyógyszerterápiák adatai. Mindhárom esetben az adott évben az adott ellátás kapcsán az OEP adataiban legalább két alkalommal a BNO F (pszichiátriai kórkép) kódjával szereplők számosságáról kértünk járási szintű megoszlást úgy, hogy az adatokból a három ellátás átfedésének mértéke is kiderüljön. Célunk az volt, hogy egyrészt minden pszichiátriai betegséggel diagnosztizált személyről kapjunk információt, másrészt a véletlenszerű egyedi hibák, egyedi gyógyszerfelírások ne zavarják meg adatainkat. A személyes adatok védelme miatt nem kaphattunk olyan adatot, amely 10 alatti betegszámra utal. A megkapott adatok összesítése alapján a 26. ábra mutatja be az egyes ellátásokban, illetve az összességében érintett személyek számának alakulását.

26. ábra. A BNO pszichiátriai (F csoport) betegségcsoportjába tartozó diagnózist kapó betegek számának változása 2010–2015 között



Forrás: OEP-adatok 2010–2014

Az adatok alapján a pszichiátriai kórképpel diagnosztizált járóbetegek, fekvőbetegek, illetve ilyen kórkép alapján támogatott gyógyszerrel kezelt betegek száma időben meglehetősen stabil, ugyanakkor nagyon jelentős számot ad. A definíciónk szerint érintett személyek száma országosan 750 000 fő felett volt, a járóbeteg-ellátásban pszichiátriai betegséggel diagnosztizált betegek száma 400-420 ezer fő körül mozgott, míg a fekvőbeteg-ellátásban ez a szám országosan 60-65 ezer fő körül alakult. A jelentős szám oka részben az volt, hogy a megadott F BNO-kód sok olyan kevésbé súlyos állapotot is lefed, amelyek gyakorisága meglehetősen nagy (pl. enyhe depresszió). Adatainkat tovább vizsgálva megállapítottuk, hogy jelentős (40% körüli) arányt képviselnek azok, akik csak a gyógyszerkasszában szerepelnek (9. táblázat).

9. táblázat. A BNO pszichiátriai (F csoport) betegségcsoportjába tartozó diagnózist kapó betegek megoszlásának változása az ellátás formája szerint (%)

	JÁRÓBETEG	FEKVŐBETEG	GYÓGYSZER	JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG	JÁRÓBETEG ÉS GYÓGYSZER	FEKVŐBETEG ÉS GYÓGYSZER	MINDHÁROM
2010	34,01%	5,38%	52,97%	0,61%	6,66%	0,35%	0,02%
2011	33,57%	5,43%	53,54%	0,61%	6,51%	0,34%	0,01%
2012	34,08%	5,40%	54,77%	0,58%	4,86%	0,31%	0,01%
2013	33,92%	5,30%	55,18%	0,57%	4,73%	0,31%	0,01%
2014	33,74%	5,35%	54,16%	0,57%	5,86%	0,32%	0,01%
2015	33,81%	5,19%	54,05%	0,55%	6,07%	0,31%	0,01%

Forrás: OEP-adatok 2010–2014

Az adatok leírt összetétele előre vetítette, hogy a kívánt összekapcsolás, azaz a szociális szolgáltatások igénybevételének és a betegadatoknak az összevetése nem hozza majd a várt eredményt és nem lesz alkalmas következtetések levonására.

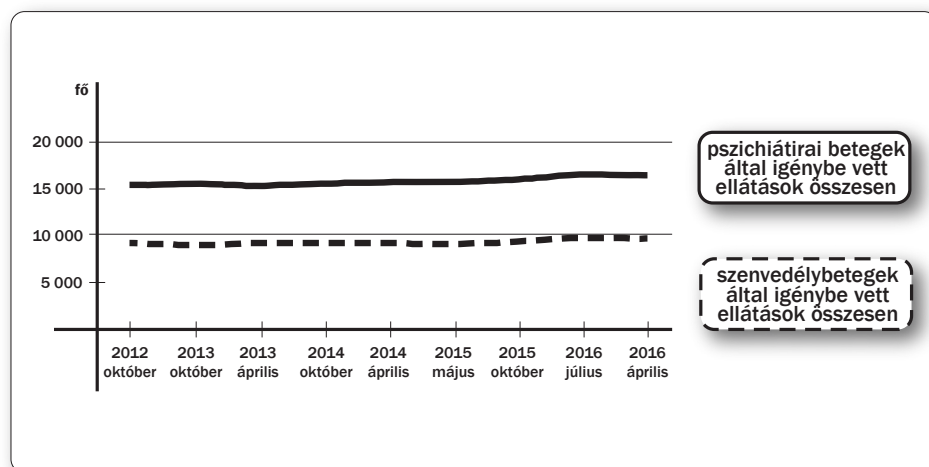
A járási szintű adatok összekapcsolása mellett további, az adott járás helyzetét is mérő adatokkal bővítettük adatbázisunkat (járási szintű NAV-adatok a TEIR adatbázisából). Ezt követően kísérletet tettünk az NRSZH szolgáltatásai adatai és a járásonkénti betegadatok, valamint a járások jövedelmi helyzetét mérő adatok között

kapcsolatot találni. Az elemzéshez ökológiai regressziót használtunk. Az elemzési kísérletek feltételezhetően az OEP-adatok leírt pontatlansága miatt nem vezettek eredményre, modelljeink a várt összefüggéseket nem hozták, így nem volt lehetőségünk annak megállapítására sem, hogy melyek azok a járások, ahol a betegszám és a jövedelmi helyzet alapján várható szolgáltatás igénybevétel mérték az átlagosnál jelentősen alacsonyabb, illetve magasabb, ami végső soron elemzésünk célja lett volna.

A pszichoszociális akadályozottsággal élőknek nyújtott szociális ellátások az NRSZH adatai alapján

A NRSZH-tól a pszichiátriai betegek által igénybe vett szociális szolgáltatások és pénzbeli ellátások adatait kértük átadásra. Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk a pszichiátriai betegek hozzáférési esélyét az egyes szociális szolgáltatásokhoz – összekapcsolva az NRSZH szolgáltatási adatait az OEP később részletezendő betegadataival. Végül a hivataltól a pénzbeli támogatási adatokat nem, csak a szolgáltatási adatokat kaptuk meg féléves bontásban anonimizált egyéni adatként.

27. ábra. Pszichiátriai és szenvedélybetegek által igénybevett ellátások



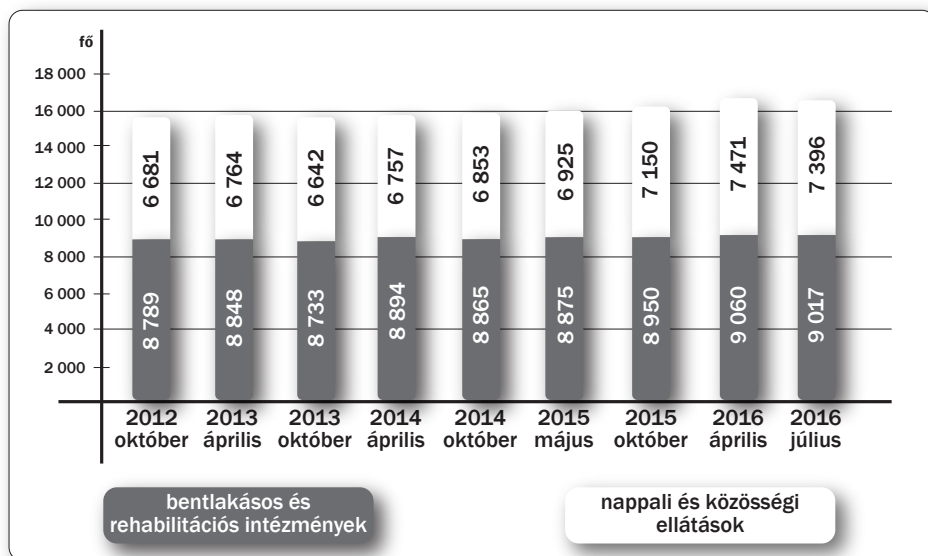
A szociális ellátórendszer a pszichoszociális akadályozottsággal élők számára különféle szolgáltatásokat nyújt. A szolgáltatások igénybevétele nyilván nem független a rendelkezésre álló szolgáltatások kapacitásaitól, s ezt is figyelembe véve azt tükrözi, hogy az igénybevevők száma messze elmarad az érintetteknek – a különböző statisztikákból kirajzolódó – legalacsonyabb becsült számától is.

10. táblázat. Pszichiátriai betegek ellátástípusainak változásai 2012–2016 között (fő)

	ÁTMENETI OTTHON	OTTHON	NAPPALI ELLÁTÁS	REHABILITÁCIÓS CÉLÚ LAKÓOTTHON	REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNY	KÖZÖSSÉGI ALAPELLÁTÁS
2012. OKTÓBER	102	8 558	2 499	0	129	4 182
2013. ÁPRILIS	103	8 623	2 797	0	122	3 967
2013. OKTÓBER	103	8 503	2 635	0	127	4 007
2014. ÁPRILIS	102	8 377	2 838	221	128	3 919
2014. OKTÓBER	104	8 589	2 935	0	124	3 918
2015. MÁJUS	103	8 368	3 106	202	123	3 819
2015. OKTÓBER	102	8 439	3 241	200	130	3 909
2016. ÁPRILIS	104	8 451	3 404	203	129	4 067
2016. JÚLIUS	104	8 477	3 406	199	127	3 990

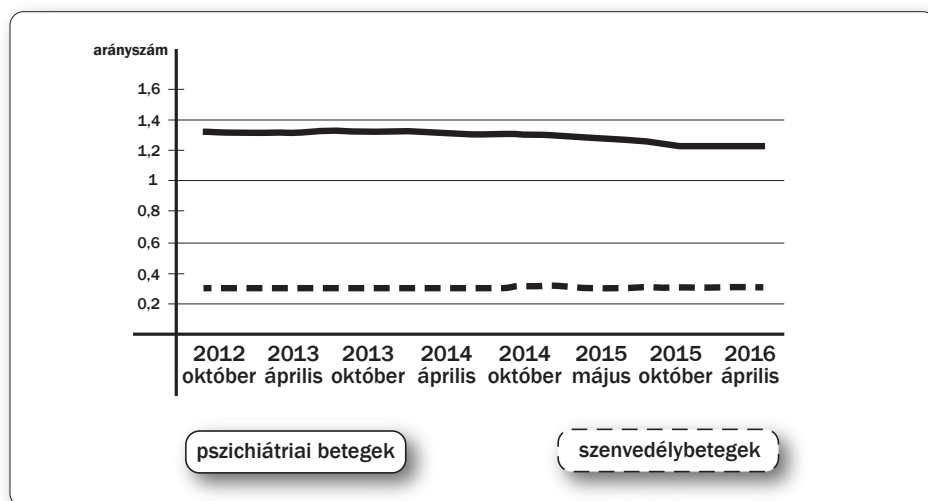
Az összes ellátási formát figyelembe véve azt láthatjuk, hogy a kapacitások és/vagy az igénybevevők száma meglehetősen állandóságot mutat, mindössze 2015-től figyelhető meg némi növekedés.

28. ábra. Pszichiátriai betegek által igénybevett csoportosított ellátástípusok



A különböző ellátási formákat külön-külön is vizsgálva megállapítható, hogy bár a retorika szintjén és az uniós források felhasználásával zajló projektek célkitűzései szerint a modern fogyatékosági politikának megfelelően a közösségi és nappali ellátások erősödésére lenne szükség, még mindig a bentlakásos intézményi formák dominálnak, sőt igénybevételük még növekszik is. Igaz, a rendelkezésünkre álló statisztikákból az nem deríthető ki, hogy közöttük milyen arányt képviselnek a lakóotthonok vagy a támogatott lakhatási formák.

29. táblázat. Közösségi és nappali ellátástípusok igénybevétele a bentlakásos intézmények igénybevételéhez viszonyítva



A különböző szolgáltatásokhoz hozzáférés területileg jelentős különbségeket mutat.

Bács-Kiskun megyében 2014-ben jelentős igénybevételi/kapacitásbeli bővülés történt a nappali és a közösségi ellátásokban. Komárom-Esztergom megyében a pszichiátriai betegek otthonaiban és a nappali ellátásban az igénybe vevők száma csökkent 2014-ben, viszont a rehabilitációs célú lakóotthonokban növekedett. Ám összességében az igénybevevők száma nem változott érdemben, csupán a különböző ellátási formák közötti átrendeződés történt meg. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a nappali és közösségi ellátások fokozatosan erősödtek.

Pszichiátriai betegek otthona és közösségi ellátása minden megyében van. Nappali ellátás Somogy és Nógrád megye kivételével mindenütt hozzáférhető, bár nagyon különböző mértékű igénybevétel/kapacitás mellett: míg Békés megyében 2016 júliusában 541 fő vette igénybe ezt az ellátást, addig Tolna megyében mindössze 11-en.

2016 júliusában Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Hajdú-Bihar, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Komárom-Esztergom, Nógrád

rád, Tolna, Vas, Veszprém megyékben és Budapesten még egyetlen pszichoszociális akadályozottsággal élő ember sem vehetett igénybe támogatott lakhatási szolgáltatást.

Összegzés

Bár a pszichoszociális akadályozottsággal élők szociodemográfiai jellemzőit, életkörülményeit, a számukra nyújtott szociális szolgáltatásokat elkülönült és alig-alig összevethető adatforrások elemzésével vizsgáltuk, néhány összefüggés így is kirajzolódni látszik.

Családi állapotukat tekintve kevesebb körükben a házasságban élők aránya, s valamivel több a válás, ami részben magyarázatot adhat arra is, hogy miért számíthatnak kevésbé mások segítségére, miért gyengébb társas integrációjuk.

Lakáskörülményeik rosszabbak a népesség egészénél és a fogyatékos népességénél is.

Iskolai végzettségük, különösen a pszichoszociális akadályozottsággal élő nőké, jelentősen elmarad a népesség egészében mért értéktől. Ez csak részben magyarázza körükben a foglalkoztatottak – még a fogyatékos népesség egészéhez mérten is – rendkívül alacsony, mindössze 10%-os arányát, hiszen közismert, munkaerőpiaci befogadásuk, még támogatott foglalkoztatás esetén is rendkívül nehéz. Ha találnak is munkát, akkor is másoknál gyakrabban inkább valamilyen atipikus foglalkoztatási formához jutnak, s esetükben érzékelhetően romlott a munka biztonsága. Munkanélküliségük tartósabb. Másokhoz képest a munkavégzés során gyakrabban kell elviselniük különböző atrocitásokat, monotonitást és megoldhatatlan kihívásokat.

Jövedelmük is tartósan jelentősen elmarad a többi vizsgált csoportétól.

E kutatás során arra nem volt módunk, hogy összevessük, esetükben hogyan alakul a kórházi ellátások és a szociális szolgáltatások igénybevétele. A szociális ellátórendszer szolgáltatásai még mindig elsősorban a tartós bentlakásos intézményi ellátások irányába húzzák őket, még mindig kevés és területileg is rendkívül egyenlőtlen a nappali és közösségi ellátásokhoz hozzáférés lehetősége. A tartós bentlakásos elhelyezést nyújtó nagy intézményeket felváltani hivatott támogatott lakhatási formák az ország tizenkét megyéjében és Budapesten 2016 júliusában közülük még senki számára nem voltak hozzáférhetőek.

PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK STATISZTIKÁJA A SZOCIÁLIS ALAP- ÉS A NAPPALI ELLÁTÁSOKBAN

A pszichiátriai betegek ellátásáról a szociális törvény (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, továbbiakban: Szocvtv.) rendelkezik. A pszichiátriai betegek ellátása a Szocvtv. hatálybalépésének idején még nem volt alapellátási feladat. A közösségi pszichiátriai ellátás először a speciális alapfeladatok között került bevezetésre a törvény 2003-ban hatályba lépő módosításainak során. A Szocvtv. 2005. 01. 01-jével hatályba lépő módosításai többek között az alapellátások megnevezését alapszolgáltatásokra változtatta, és a nappali ellátásokat ennek részévé tette.⁴³ A nappali ellátások között is a meglévő pszichiátriaibeteg-ellátás viszont már 1999 októberétől része a szociális törvénynek, tehát gyakorlatilag 2000-től hatályos. A szakosított ellátások között szereplő pszichiátriaibeteg-ellátás ezzel szemben már a kezdetektől szerepel a szociális törvényben, de ezekre a bentlakásos ellátásokra nem térünk ki részletesen a továbbiakban. Megemlítjük, hogy erről, ehhez kapcsolódó területekről is több adatfelvételt publikáltak már nem KSH forrásból is (Gyarmati, 2012, Hronyecz és Mátyás, 2003, 2004).

Az adatgyűjtés módszertana

A szociális statisztika követi a szociális intézményrendszer alakulását. A szociális intézményrendszerről az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) gyűjt adatokat, követve a jogrendszerben végbemenő változásokat. A közösségi pszichiátriai ellátással kapcsolatos adatok először 2004-ben jelentek meg az alap- és nappali ellátások adatait tartalmazó kérdőíven, a nappali ellátásban lévő pszichiátriai betegek intézeteinek adatai 2001-től. Bár a 2005-ös módosítás a nappali ellátásokat az alapszolgáltatások közé sorolta, de a statisztikai adatgyűjtésben továbbra is elkülönül az alap- és a nappali ellátás, továbbá a bentlakásos intézményrendszer is, amely külön kérdőíven is kerül lekérdezésre. A statisztikai vizsgálódásban tehát a – fenti fogalmi megkülönböztetések megtétele után – helye van az alap- és nappali ellátások megkülönböztetésének, illetve az ezek mentén való elemzésnek.

Látható, hogy az első adatok a törvényhely hatályba lépését követő évben jelennek meg az adatgyűjtésben. A szociális (és gyermekvédelmi) OSAP-adatokat évente egyszer töltik ki az adatszolgáltatásra kötelezett intézmények. Az alap- és nappali

43 Az alapellátást és az alapszolgáltatást a továbbiakban szinonimaként használjuk.

ellátásokkal kapcsolatos adatok forrása a 1207-es számú OSAP-adatgyűjtés, amelyet a KSH évente összesít és részben közzé is tesz a kiadványaiban. Az OSAP-adatok feldolgozhatóságának módszertani kérdéseit már számos tanulmányban részletesen is kifejtettük. Ezeket felidézve megállapítható:

- A kitöltött kérdőívek adatait visszajuttatás után a KSH intézményi szinten aggregálja és adatbázist alakít ki ezekből. Az így kialakított adatállomány alkalmas arra, hogy a vizsgálódó áttekintést kapjon a vizsgált intézmény legfontosabb számszerűsíthető tevékenységi kérdéseiről, ezeknek az országon belüli területi megoszlásairól, elsősorban megyék és régiók szerint. Ezen túlmenően az adatok idősorba rendezhetők, ami a tendenciákról árulhat el bizonyos összefüggéseket.
- A KSH az adatokat azonos módszertani bázison, professzionális keretek között dolgozza fel, ennek eredményeképp pontos, megbízható, teljes körű, ellenőrizhető adatok keletkeznek, aminek különösen az idősoros elemzéseknél van nagy jelentősége. Ennek ellenére a statisztikai adatok nem jelentenek csodaszert valamely kérdés vizsgálatánál, nem adnak minden kérdésre választ, és a felvetődő problémákhoz szükséges lehet figyelembe venni más, nem statisztikai tényeket is. Maguknál az adatok felhasználásánál is figyelembe kell venni az alábbiakat:
 - az intézményt tekintik elemzési egységnek, a kliensekről, az ellátottakról szóló információk csak többé-kevésbé részlegesen szerepelnek, méghozzá aggregált formában, ami azt eredményezi, hogy egyénenként nem, csak valamilyen szempont szerint összegezve jelentkeznek az intézményt megjelenítő kérdőívben;
 - az adatok elsősorban leíró megjelenítésre alkalmasak, okági kapcsolatok bemutatására legfeljebb közvetetten, így nem világítható meg kellőképpen az esetleges összefüggés háttere, pl. miért csökkent vagy nőtt a kiválasztott mutató értéke;
 - az adatok nem alkalmasak az intézmények mennyiségi és minőségi munkájának megítélésére, az ott dolgozók tevékenységének minősítésére, kizárólag a tevékenységük fontosabb elemeiről adhatnak tendenciákat jelző áttekintést;
 - az idősoros elemzés lehetőségei sem korlátlanok, minél régebbi időpontra megyünk vissza az időben, annál valószínűbb, hogy az adatgyűjtés kérdései megváltoztak, ami nem csak új kérdések felvételét, vagy régiók elhagyását jelenti, hanem tartalmi változás(ok) lehetőségeit is (Papházi, 2015, 6, 7).

A továbbiakban áttekintjük a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásának adatait, részben idősorok alapján, részben pedig a területi (megye, régió), népesség-nagyság szerinti és a fenntartói bontások segítségével.

A pszichiátriai betegek OSAP-statisztikája

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program elsősorban az állam érdeklődésének statisztikája. Az állam intézményeket tart fent szociálpolitikai okokból, jogszabályokkal szabályozza ezek működését, ellátásokat teremt rászorulóknak részére. A pszichiátriai betegekkel kapcsolatos adatgyűjtés is azt célozza, hogy ennek az intézményrendszernek a legfontosabb mennyiségi jellemzői nyomon követhetők legyenek, az időbeli összehasonlíthatóságot az adatgyűjtő szervezet speciális szaktudásai garantálják. Az alap- és a nappali ellátás idősoros vizsgálatában elsősorban az ellátottak és a foglalkoztatottak alakulásának összevetésére nyílik lehetőség, kiegészítve olyan bontásokkal, mint az ellátottak nemi és korcsoportra megoszlása, megyes-régiók és településnagyság, valamint fenntartók szerinti összehasonlításokkal. A nappali ellátásban a férőhelyek adatai is részben rendelkezésre állnak, a népesség adatainak bevonásával és megoszlási viszonyszámok létrehozásával számos mutató is készíthető. Az adatok alapján elsősorban az ellátottság kiterjedtségére következtethetünk, ami összevetési lehetőséget kínál a jogszabályi előírásokkal. A területi adatok annak megvilágítását segíthetik, hogy az ellátásban megyei, regionális szinten milyen különbségek mutathatók ki. Vagyis a statisztikai adatok olyan kérdésekre közvetetten sem adnak választ, hogy pl. milyen az ellátottak elhelyezése, a velük való bánásmód, jogaik tiszteletben tartása, állapotuk súlyossága, csak arról tájékoztatnak, hogy hány személy került be, illetve van az ellátásban, valamint a gondozó intézményrendszer milyen főbb statisztikai paraméterekkel jellemezhető. Ráadásul a szakmai érdeklődésben a pszichiátriával összefüggésben megjelenő problémák, mint a gondozottak helyzete, emberi jogaik, életminőségük, elsősorban a bentlakásos otthonokkal kapcsolatosan jelennek meg, az alap- és nappali ellátás kliensei, kedvezőbb állapotuknak is köszönhetően, ezekben sokkal kevésbé érintettek.

Az ellátottak adatai

A 1207-es OSAP-adatgyűjtésben a legtöbb adat az ellátottakra vonatkozik, ezenkívül a foglalkoztatottakra és a költségekre is kiterjed. A tanulmány további részében a közölt táblázatok és ábrák forrásai a KSH 1207-es OSAP adatgyűjtéséből, valamint az ez alapján történő számításokból származnak, ezért a forrást csak ettől eltérő esetben tüntetjük fel külön.

Összehasonlító adatok

Szakértők korábban már megállapították, hogy „Magyarországon jelenleg nincs pontos adat arról, hány pszichiátriai beteg van összesen. Ennek oka, hogy a pszichiátriai

betegek kezelése és gondozása megosztva történik az egészségügyi, illetve a szociális szférában” (Bányai és Légmán, 2009, 8.). Az egészségügyben és a szociális szférában nyilvántartottak számáról az alábbi táblázat ad áttekintést (11. táblázat).

11. táblázat. A pszichiátriai intézetekben, valamint az alap-, nappali és bentlakásos ellátásban gondozottak számának áttekintése

MEGNEVEZÉS	2005	2010	2013
A pszichiátriai intézetekben nyilvántartott gondozottak száma, fő ^{a)}	142 210	136 824	138 761
Pszichiátriai betegek közösségi ellátásában részesülők száma, fő ^{b)}	1 136	5 321	4 205
Pszichiátriai betegek nappali intézményében ellátottak száma, fő ^{c)}	704	2 131	2 877
Pszichiátriai betegek otthonaiban ellátottak száma, fő ^{d)}	8 074	8 775	8 760

a) Forrás: Magyar statisztikai évkönyvek, KSH.

b) c) d) Forrás: KSH OSAP 1202, 1207 adatgyűjtések, tárgyév december 31-i létszámadatok.

A 11. táblázat adataiból látható, hogy a pszichiátriai problémákkal küzdők döntően az egészségügyi intézményrendszer keretében kapnak gondozást, ehhez képest a szociális intézményrendszer ellátó tevékenysége jóval kisebb kiterjedtségű. Az intézményrendszer kapacitása nyilvánvalóan befolyásolja azok számát, akik ennek keretében ellátást kaphatnak, amelyet a szociális intézményrendszer adatai alapján mutathatunk be (12. táblázat).

12. táblázat. Pszichiátriai betegek nappali és bentlakásos intézményei férőhelyeinek és ellátottjainak száma

MEGNEVEZÉS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pszichiátriai betegek intézményeiben engedélyezett férőhelyek száma december 31-én (nappali ellátás)	469	577	820	1 207	1 557	1 929	2 464	2 497	2 751	2 830
Pszichiátriai betegek intézményeiben ellátottak száma tárgyév december 31-én, fő (nappali ellátás)	704	691	1 086	1 312	1 615	2 131	2 636	2 590	2 877	2 964

MEGNEVEZÉS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pszichiátriai betegek otthonainak (tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó) férőhelyszáma (engedélyezett, december 31.)	8 069	8 103	8 180	8 334	8 715	8 823	8 991	9 023	8 884	8 893
Pszichiátriai betegek otthonaiban (tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó) ellátottak száma (fő, december 31.)	8 074	8 132	8 153	8 253	8 659	8 775	8 889	8 842	8 760	8 775
Pszichiátriai betegek intézményeinek férőhely-kihasználtsága (%)	150,1	119,8	132,4	108,7	103,7	110,5	107,0	103,7	104,6	104,7
Pszichiátriai betegek otthonainak férőhely-kihasználtsága (%)	100,1	100,4	99,7	99,0	99,4	99,5	98,9	98,0	98,6	98,7

Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések, valamint saját számítás

A 12. táblázatból látható, hogy a nappali és a bentlakásos ellátások férőhelyeinek és ellátottjainak adatai ábrázolva szinte párhuzamosan futnának.⁴⁴ A férőhely-kihasználtsági mutató a bentlakásos intézményrendszerben gyakorlatilag 100%-os. A nappali ellátás intézményrendszerében viszont minden vizsgált évben több az ellátott, mint az engedélyezett férőhely, 2005-ben az ellátottak száma 50%-kal haladta meg ezt a limitet. Noha ebben az ellátástípusban 2005-ről 2014-re a férőhelyek száma hatszorosára nőtt, még 2014-ben is 100 engedélyezett férőhelyre 105 fő jutott, amiből mindenekelőtt az ellátás iránti igényekre lehet következtetni.

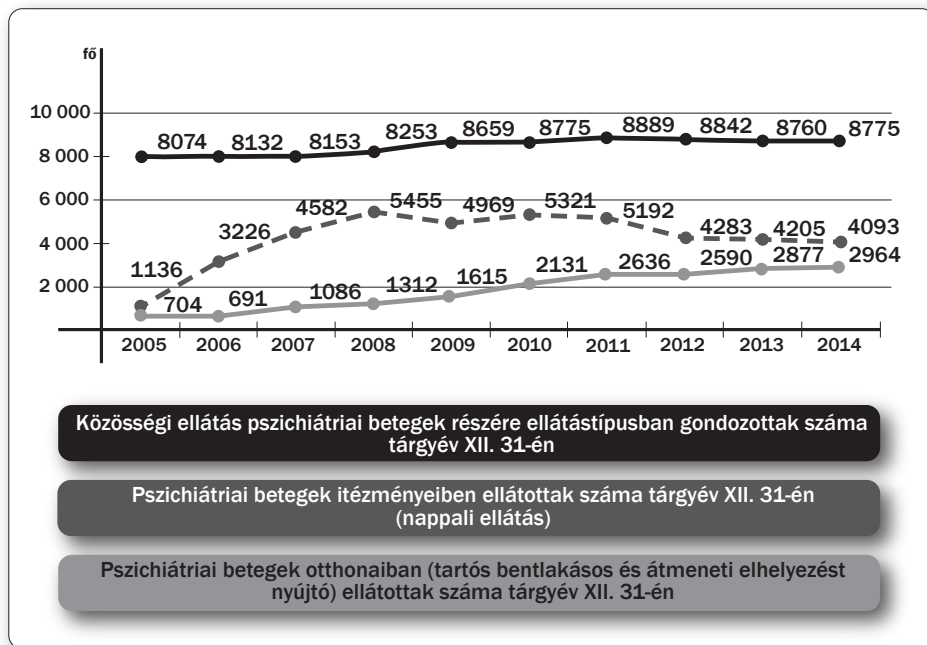
Az ellátottak adatai a szociális alapszolgáltatásokban

Noha a pszichiátriai betegek nappali ellátásának keretében a gondozottak száma 2005-ről 2014-re több mint négyszeresére nőtt, mégis ez az az ellátástípus, ahol a legkevesebb a kliensek száma (30. ábra a 136. oldalon). Vizsgálódásunk köréből kiesik

⁴⁴ Az adatok eltérő nagyságrendje miatt az ábra nem mutatna jól, ezért a diagramot nem jelenítjük meg.

a bentlakásos ellátás, ezért a továbbiakban a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátását vesszük szemügyre részletesebben.

30. ábra. Az ellátottak számának változása az alap-, a nappali és a bentlakásos ellátásban



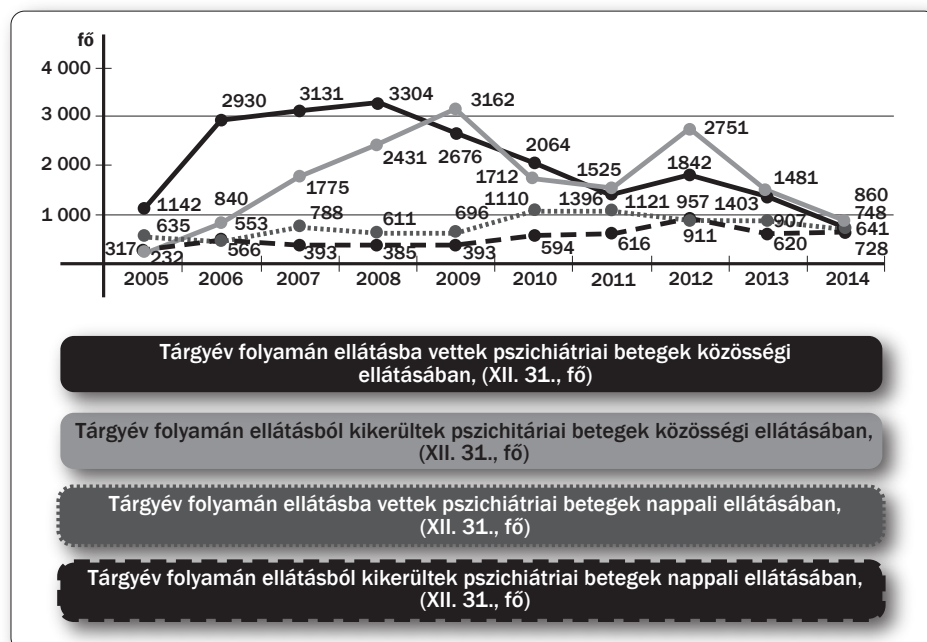
Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések

Az adott év utolsó napján nyilvántartottak száma úgy keletkezik, hogy az előző év végén nyilvántartottak számához hozzáadják az év során ellátásba kerültek számát és kivonják ebből azokat, akik kikerültek az ellátásból. A közösségi ellátásban 2005 és 2009 között a bekerülők száma meghaladta a kikerültekét, 2010-től 2014-ig viszont már nagyobb azoknak a száma, akik kimaradtak ebből az ellátásból, ez eredményezi, hogy az ellátottak száma először felfut, aztán hanyatlik. A nappali ellátás esetében azonban mindkét időintervallumban a bekerülők száma nagyobb, ez eredményezi a nappali ellátásba kerülők szinte egyenletes emelkedését 2005 és 2014 között (31. ábra).

Megemlítjük, hogy az alap- és a nappali ellátással kapcsolatos adatgyűjtésben 2005 és 2008 között szerepelt a „tárgyév folyamán ellátást kértek” száma is, 2009-től azonban a „tárgyév XII. 31-én ellátásra várók száma” került az adatlapra. A két adatsor azonban nem hasonlítható össze: míg az ellátást kértek száma az említett időszakban folyamatosan emelkedve csaknem 4000 főt is jelenthetett, addig az ellátásra várók száma a 100 főt sem éri el. Ennek oka feltételezhetően a nyilvántartás változása az 1993. évi III. törvény 20/A § alapján. 2013 óta van jelen az adatgyűjtésben

a támogatott lakhatásban részesülők száma, azonban a pszichiátriai betegek között ilyen személyt nem mutat ki a statisztika, sem a közösségi ellátás, sem pedig a nappali ellátás gondozottjai között. Vannak viszont olyan kliensek, akik tartós bentlakásos intézményi elhelyezésre várnak, az ő számuk azonban egyik vizsgált ellátástípusban sem haladja meg a 47 főt ezekben az években.

31. ábra. Ellátásba vettek és ellátásból kikerültek a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában



Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések

Az ellátottak neme és kora

A devianciák, különösen az addiktológiai területtel összefüggő társadalmi normáktól eltérő magatartásmódok tudósa, Buda Béla, úgy írja le a közösségi pszichiátriai ellátás klienseit, hogy ők „...főleg skizofrén betegek, általában fiatalabbak, mint az addiktológiai betegek, gyakrabban élnek működő családban és rokonsági rendszerben. Fő életproblémájuk a kiesés a munkaerőpiacból, korábbi foglalkozásuk folytatásának ellehetetlenülése. Tüneteik általában megzavarják a természetes emberi kommunikációs és interakációs folyamatokat, és érzelmi eltávolodást, elidegenedést okoznak. A kapcsolatokban téveszmék, téves (paranoid) attribúciók keletkeznek, és általában megzavarodik a kommunikációs kölcsönösség és egyenrangúság az együttműködésekben. A közösségi ellátásban ezért nagy hangsúlyt kap a munkaköri, ill. foglalkozási rehabilitáció és a szociális viselkedést fejlesztő tréning. (...) A betegek

viselkedésében elsődleges a gátlás, indítékhiány, érzelmi rezonanciaképtelenség. Ezt a szedett gyógyszerek gyakran átmenetileg kiváltják, vagy erősítik. Az öngyilkosság veszélye az ellátásban fennáll és folyamatos figyelmet igényel.” (Buda, 2006, 29.)

Ezzel szemben az alap- és a nappali ellátások klienseiről a 1207-es OSAP adatgyűjtés csak a nemüket és a korcsoporthoz tartozásukat veszi számba. Ha megvizsgáljuk az adatokat, azt tapasztaljuk, hogy nemek, korcsoportok és ellátástípusok között egyaránt különbségek mutathatók ki. Mindenekelőtt mind az alap-, mind pedig a nappali ellátástípusban a pszichiátriai betegek között több a nő, mint a férfi. A 2005–2014 közti időszakban a nők és a férfiak számának változása lényegében párhuzamos görbét ír le, a kimutatott létszám nemenként is 2010-ig emelkedik, ezután csökken. A férfiak száma a bázisévhez képest mintegy háromszorosára nő, a nők száma viszont négyszeresére emelkedik, tehát a nők bekerülése a pszichiátriai betegek közösségi ellátásába ebben az időszakban intenzívebbnek tekinthető. Ugyanezt tapasztaljuk, ha a két nem számosságának alakulását a nappali ellátás keretében vizsgáljuk. Az OSAP-adatok szerint ebben az ellátástípusban is minden vizsgált évben nagyobb a nők száma, és lényegében párhuzamosan emelkedve a férfiakéval, nagyobb arányú növekedést eredményez, mint a másik nemhez tartozó ellátottak esetében (13. táblázat).

**13. táblázat. Férfiak és nők száma a pszichiátriai betegek
alap- és nappali ellátásában (december 31., fő)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA										
Férfiak száma	434	1316	1453	1824	1611	1716	1629	1334	1343	1277
Nők száma	702	1910	3129	3631	3358	3601	3563	2949	2862	2816
Összesen	1136	3226	4582	5455	4969	5317	5192	4283	4205	4093
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA										
Férfiak száma	307	326	481	586	595	750	958	974	1036	1034
Nők száma	397	365	605	726	1020	1381	1678	1616	1841	1930
Összesen	704	691	1086	1312	1615	2131	2636	2590	2877	2964

A nők fokozottabb jelenléte ezekben az ellátásokban a nemek arányát is meghatározza. Mindkét ellátástípusban a nők aránya magasabb, a közösségi ellátás ellátottjainak kétharmada nő a vizsgált időszak átlagában, míg a nappali ellátásban valamivel kevesebb a különbség, mert itt a nők átlagos aránya 60% (14. táblázat).

14. táblázat. Nemek aránya a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában, %

MEGNEVEZÉS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005– 2014 ÉVEK ÁTLAGA
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA											
Férfiak	38,2	40,8	31,7	33,4	32,4	32,3	31,4	31,1	31,9	31,2	33,5
Nők	61,8	59,2	68,3	66,6	67,6	67,7	68,6	68,9	68,1	68,8	66,5
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA											
Férfiak	43,6	47,2	44,3	44,7	36,8	35,2	36,3	37,6	36,0	34,9	39,7
Nők	56,4	52,8	55,7	55,3	63,2	64,8	63,7	62,4	64,0	65,1	60,3
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Korcsoportok szerint vizsgálódva különbségeket találunk az életkori kategóriák között a két ellátástípusban.⁴⁵ A 0–17 évesek száma mind az alap-, mind pedig a nappali ellátásban minimális létszámot jelent, egyik ellátástípusban sem haladja meg az 50 főt, ezért ez a korosztály a pszichiátriai betegek vizsgált ellátástípusaiban statisztikai szempontból gyakorlatilag figyelmen kívül hagyható. Megállapítható, hogy a 2005-ös bázisévhez képest minden korcsoport ellátotti létszáma emelkedett, legnagyobb arányban a 60–64 éveseké. A nappali ellátásban lévők száma összességében valamennyivel nagyobb emelkedést mutat, mint az alapellátásban lévőké, viszont a 65 évesek és idősebbek korcsoportja mindkét ellátástípusban kisebb arányú növekedést mutat, mint a 40–59 évesek (15. táblázat a 140. oldalon). Ennek valószí-

45 A 1207-es OSAP-adatgyűjtés megkülönböztet 0–5, 6–13, 14–17, 18–39, 40–59, 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–89, 90–x éves korosztályi kategóriákat, ezeket elemzésünkben 5 kategóriás, összevont bontásban alkalmazzuk.

nő oka, hogy a 65 éves és idősebb korosztály már nem az alap- és a nappali ellátások között kap gondozást, hanem inkább a bentlakásos intézményrendszer kliensévé válik pszichiátriai problémáinak esetében.

15. táblázat. Korcsoportokhoz tartozók száma a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában (december 31., fő)

Megnevezés	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005 =100%
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA											
0–17 éves	11	41	21	16	7	3	2	7	10	1	9,1
18–39 éves	289	906	1247	1540	1386	1432	1353	998	974	905	313,1
40–59 éves	537	1456	2248	2587	2505	2678	2647	2217	2208	2063	384,2
60–64 éves	120	329	335	563	435	558	537	475	498	584	486,7
65 éves és idősebb	179	494	731	749	636	646	653	586	515	540	301,7
Összesen	1136	3226	4582	5455	4969	5317	5192	4283	4205	4093	360,3
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA											
0–17 éves	13	18	31	50	15	1	21	0	4	0	0,0
18–39 éves	260	202	354	416	459	585	689	631	676	656	252,3
40–59 éves	312	324	517	660	933	1209	1489	1422	1620	1603	513,8
60–64 éves	41	65	103	86	114	173	229	285	307	386	941,5
65 éves és idősebb	78	82	81	100	94	163	208	252	270	319	409,0
Összesen	704	691	1086	1312	1615	2131	2636	2590	2877	2964	421,0

Noha a bázisévhez képest a 60–64 évesek száma növekedett leginkább, a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában nem ennek a korosztálynak a létszáma dominál. Mind a közösségi, mind pedig a nappali ellátásban a 40–59 évesek jelenléte a legnagyobb arányú, a vizsgált időszak átlagában ők teszik ki a gondozottak felét.

A második legnépesebb korcsoport az időintervallum átlagában a 18–39 éveseké, akik így számítva a gondozottak több mint negyedét jelentik, viszont arányuk fokozatosan csökken. Ezzel szemben a 60–64 évesek aránya 2010 óta emelkedő trendet mutat mindkét ellátástípusban (16. táblázat).

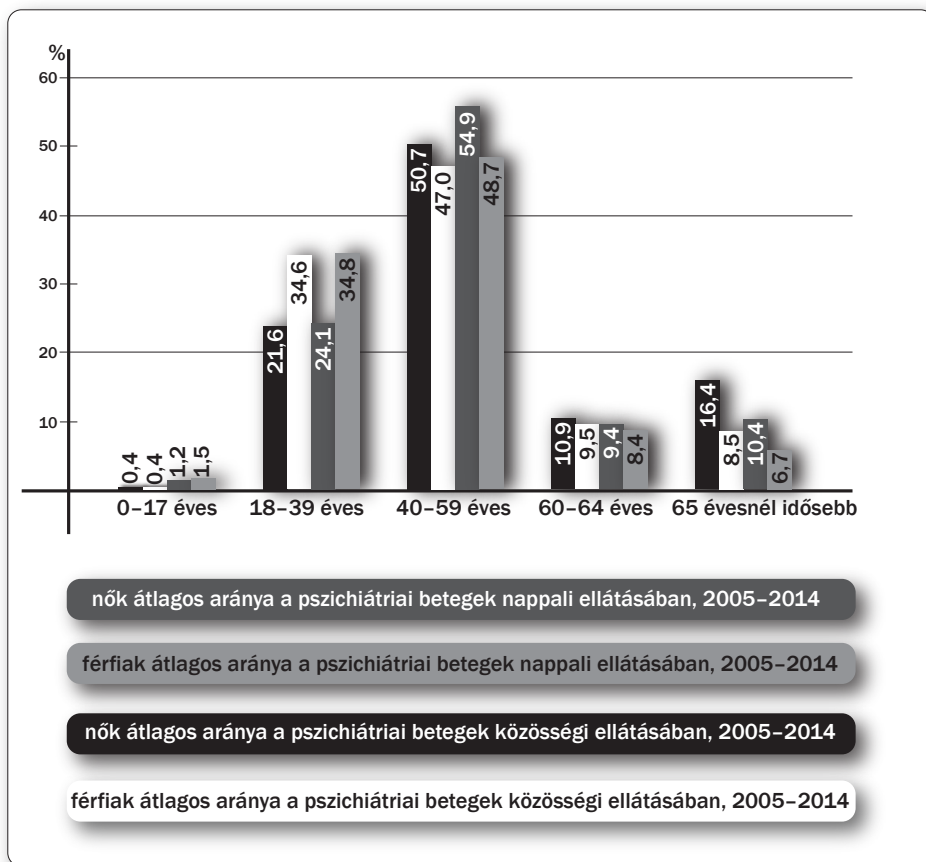
16. táblázat. Korcsoportokhoz tartozók aránya a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában, %

MEGNEVEZÉS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005– 2014 ÉVEK ÁTLAGA
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA											
0–17 éves	1,0	1,3	0,5	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,4
18–39 éves	25,4	28,1	27,2	28,2	27,9	26,9	26,1	23,3	23,2	22,1	25,8
40–59 éves	47,3	45,1	49,1	47,4	50,4	50,4	51,0	51,8	52,5	50,4	49,5
60–64 éves	10,6	10,2	7,3	10,3	8,8	10,5	10,3	11,1	11,8	14,3	10,5
65 éves és idősebb	15,8	15,3	16,0	13,7	12,8	12,1	12,6	13,7	12,2	13,2	13,7
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA											
0–17 éves	1,8	2,6	2,9	3,8	0,9	0,0	0,8	0,0	0,1	0,0	1,3
18–39 éves	36,9	29,2	32,6	31,7	28,4	27,5	26,1	24,4	23,5	22,1	28,2
40–59 éves	44,3	46,9	47,6	50,3	57,8	56,7	56,5	54,9	56,3	54,1	52,5
60–64 éves	5,8	9,4	9,5	6,6	7,1	8,1	8,7	11,0	10,7	13,0	9,0
65 éves és idősebb	11,1	11,9	7,5	7,6	5,8	7,6	7,9	9,7	9,4	10,8	8,9
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ha az életkori csoportok szerinti vizsgálódásba a nemek szerinti bontást is belevisszük, akkor csak mennyiségi eltérést tapasztalunk, amennyiben a 60–64 éves korú

nők számának emelkedése nagyobb arányú 2005-ről 2014-re, mint az ugyanebbe a korcsoportba tartozó férfiaké. Az időszak átlagos ellátotti arányait életkori bontásban tekintve megállapíthatjuk, hogy a 18–39 éves korcsoportban még a férfiak átlagos aránya nagyobb mindkét ellátástípusban, efölött viszont már a nők jelenléte válik dominánssá (32. ábra).

32. ábra. Férfi és nő gondozottak arányai korcsoportok és ellátástípusok szerint a 2005–2014 évek átlagában, %



Az ellátottak fenntartók, megyék és településnagyság szerint

Az OSAP-adatok elemzésénél lehetőség van arra, hogy az ellátottakat fenntartók, területi egységek és településnagyság kategóriák szerint is megvizsgáljuk. A fenntartók esetében inkább a férőhelyek fenntartásáról beszélhetnénk, mintsem az el-

látottakéről, viszont a közösségi ellátás esetében a férőhelyek nem értelmezhetők, ezért az összehasonlíthatóság érdekében itt is az ellátottak adatai alapján állapíthatunk meg összefüggéseket, úgy tekintve, hogy az ellátottakat gondozó intézmények fenntartóit vesszük statisztikailag szemügyre. (Területi egységek és településnagyság kategóriák esetében az ellátottak megoszlása már nyelvi megszorítás nélkül is értelmezhető.)

Fenntartók

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásában legnagyobbbrészt települési önkormányzatok és önkormányzati intézményfenntartó társulások vesznek részt, kisebb részben pedig nonprofit szervezetek: alapítványok, egyesületek, nonprofit gazdasági társaságok (2007. 07. 01. előtt közhasznú társaságok). A 2005-től 2014-ig tartó időintervallumban azonban jelentős átstrukturálódás ment végbe a pszichiátriai betegek közösségi ellátását biztosító intézmények fenntartásában. Míg 2005-ben az ellátottak kétharmada tartozott valamely települési önkormányzat által fenntartott intézményhez, 2010-ben már csak ötödük, 2014-ben pedig nyolcaduk. Ezzel párhuzamosan viszont megnőtt az önkormányzati intézményfenntartó társulások jelentősége: fenntartó szerepük folyamatosan emelkedett, és míg 2005-ben az ellátottak csak 12,7%-a kapcsolódott ezekhez a társulásokhoz, 2014-re már az ellátottak 35,9%-a tartozott hozzájuk. Az adatok alapján tehát a vizsgált ellátástípusban nem igazolható, hogy „A közösségi alapú szolgáltatások működtetői leginkább civil szervezetek” (Bugarszki, 2011, 81.). A nonprofit szervezetek közül az alapítványok fenntartó tevékenysége a legjelentősebb a három kiválasztott év átlaga alapján. Az egyesületek ellátó szerepe az alapítványokétól elmaradva, de egyenletes növekedést mutat, míg a nonprofit gazdasági társaságok (kht.-k) 2005-ről 2010-re erőteljes emelkedést mutattak fel, 2010-ről 2014-re viszont csökkent a hozzájuk tartozó ellátottak aránya (17. táblázat a 144. oldalon).

Tendenciáit tekintve teljesen hasonló a helyzet a pszichiátriai betegek nappali ellátásának tekintetében is, némi eltéréssel. Ezek közül kiemelhetjük, hogy a települési önkormányzatok 2005-ben még kisebb arányban vették ki a részüket ennek az ellátástípusnak a fenntartói tevékenységéből, de 2014-re azonos szintre kerültek a közösségi ellátással. Az alapítványok pedig 2005-ben az ellátottaknak még közel háromnegyedét látták el, viszont 2014-ben már csak 31,1%-át. Ennek ellenére a nappali ellátások körében az alapítványok és egyesületek 2014-ben is több klienst láttak el, mint az önkormányzati szervezetek.

Vannak olyan fenntartók, akiknek ellátó tevékenysége folyamatosan nem mutatható ki a statisztikai adatok alapján. Ilyen az egyházaknak, egyházi szervezeteknek a jelenléte, akik 2005-ben még nem folytattak statisztikában megjelenített fenntartói tevékenységet ezen a területen. Később szerepük elsősorban a nappali ellátás tekintetében mondható jelentősnek, 2014-ben már az itt ellátottak csaknem egyötöde egyházi fenntartású intézményben kapott gondozást.

**17. táblázat. Pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátása az intézmények
fenntartói szerint (tárgyév december 31-én)**

FENNTARTÓK	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
ELLÁTOTTAK SZÁMA (FŐ)						
Települési önkormányzat	759	1 067	529	190	278	379
Megyei (fővárosi) önkormányzat	0	0	0	0	3	0
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	144	746	1 470	0	47	527
Egyház, egyházi intézmény	0	500	240	0	244	566
Közhasznú társaság (nonprofit gazdasági társaság)	29	725	479	11	237	233
Alapítvány	175	682	750	503	895	922
Egyesület	29	518	541	0	217	333
Társas vállalkozás	0	0	46	0	27	0
Központi költségvetési intézmény	0	0	0	0	0	4
Közalapítvány	0	0	38	0	0	0
Többcélú kistérségi társulás	0	1 083	0	0	183	0
Összesen	1 136	5 321	4 093	704	2 131	2 964
ELLÁTOTTAK ARÁNYA (%)						
Települési önkormányzat	66,8	20,1	12,9	27,0	13,0	12,8
Megyei (fővárosi) önkormányzat	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Önkormányzati intézményfenntartó társulás	12,7	14,0	35,9	0,0	2,2	17,8
Egyház, egyházi intézmény	0,0	9,4	5,9	0,0	11,5	19,1
Közhasznú társaság (nonprofit gazdasági társaság)	2,6	13,6	11,7	1,6	11,1	7,9

FENNTARTÓK	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
ELLÁTOTTAK ARÁNYA (%)						
Alapítvány	15,4	12,8	18,3	71,4	42,0	31,1
Egyesület	2,6	9,7	13,2	0,0	10,2	11,2
Társas vállalkozás	0,0	0,0	1,1	0,0	1,3	0,0
Központi költségvetési intézmény	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Közalapítvány	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
Többcélú kistérségi társulás	0,0	20,4	0,0	0,0	8,6	0,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Vannak olyan fenntartók, amelyek ellátói tevékenysége inkább kivételesnek mondható, ide tartoznak a társas vállalkozások és a többcélú kistérségi társulások; a megyei (fővárosi) önkormányzatok, központi költségvetési intézmények, közalapítványok; előbbiek valódi fenntartói tevékenysége is kérdéses a számok alapján. Bugarszki korábban azt állapította meg, hogy „A pszichiátriai otthonok fenntartói az esetek többségében megyei önkormányzatok” (Bugarszki 2011, 72.), vagyis a megyei önkormányzatok inkább a bentlakásos intézmények fenntartásában játszanak szerepet. Végül említsük meg, hogy a kiválasztott években ezekben a szociális szolgáltatásokban egyáltalán nem volt semmiféle kimutatható fenntartói tevékenysége az egyéni vállalkozásoknak és a kisebbségi önkormányzatoknak, ezért ezeket a szervezeteket a táblázatban sem tüntettük fel.

Megyék és régiók

A pszichiátriai betegek ellátotti adatai arra a kérdésre is választ adhatnak, hogy vannak-e olyan területi egységek, amelyekben az ellátottak száma eltér az országos átlagtól, méghozzá ezt meghaladóan. Mivel az ellátottak száma viszonylag kevés, ezért a megyénél kisebb területi egységet nem célszerű figyelembe venni. Az összehasonlítást intenzitási viszonyszámok segítségével tehetjük meg, mivel az egyes megyék különböző lakosságszáma miatt az abszolút számok önmagukban nem tükrözik az ellátásokban részesülők valódi nagyságrendjét (18. táblázat). Az adatok értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy az alap- és nappali ellátások létesítése nem általánosan kötelező önkormányzati feladat, ezért az ellátottak száma, valamint in-

gadozása az önkormányzatok szerepvállalását is tükrözi, valamint függ attól is, hogy milyen nagyságrendű az ellátásra kötelezett önkormányzatok száma.

**18. táblázat. Százezer lakosra jutó ellátott megyék és régiók szerint,
tárgyév december 31-én, fő***

TERÜLET	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
Budapest	18	72	37	23	30	28
Pest	12	19	24	2	2	2
KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	15	50	31	15	18	18
Fejér	12	22	33	0	11	11
Komárom-Esztergom	0	29	36	6	7	7
Veszprém	7	37	29	0	6	19
KÖZÉP-DUNÁNTÚL	7	29	32	2	8	12
Győr-Moson-Sopron	6	42	29	3	15	15
Vas	21	76	35	4	29	82
Zala	0	78	47	0	23	36
NYUGAT-DUNÁNTÚL	8	61	36	2	21	38
Baranya	0	58	61	0	9	21
Somogy	10	53	76	0	0	0
Tolna	25	73	63	0	4	4
DÉL-DUNÁNTÚL	9	60	67	0	5	9
Borsod-Abaúj-Zemplén	0	8	29	14	15	15
Heves	2	29	47	0	4	4
Nógrád	0	46	71	0	0	0
ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	0	20	41	8	10	10

TERÜLET	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
Hajdú-Bihar	7	120	70	2	26	87
Jász-Nagykun-Szolnok	0	39	40	0	44	65
Szabolcs-Szatmár-Bereg	15	68	44	0	48	59
ÉSZAK-ALFÖLD	8	79	52	1	39	70
Bács-Kiskun	14	55	26	0	3	4
Békés	34	87	66	26	111	146
Csongrád	25	79	60	7	32	37
DÉL-ALFÖLD	23	71	48	10	42	54
Összesen	11	53	42	7	21	30

*Kerekített értékek. A tárgyévet követő év január 1-jének népességszáma alapján.

A szociális statisztikában általában a tízezer lakosra jutó mutatót közlik, de mivel a számlálóban szereplő ellátotti számok kicsik, ezért a könnyebb összehasonlíthatóság és áttekinthetőség érdekében a százezer lakosra jutó értéket számítottuk ki. A megyénkénti ellátotti adatok évenként és ellátástípusok szerint is mutatnak eltéréseket.

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásának területi adatai szerint az országos átlagnál elsősorban Békés, Csongrád és Tolna megyékben volt több a százezer lakosra jutó gondozottak száma, és még további hat megyében volt 11 fő feletti az így módon számított kliensszám. 2014-ben már a kliensszám növekedése miatt 42 fő közösségi ellátásban résztvevő jut százezer lakosra országosan, a legtöbb ellátott viszont Somogy, Nógrád és Hajdú-Bihar megyékben van, a 2005-ben még leginkább kiugró megyék ezek mögé szorúlnak. A nappali ellátásban ezzel szemben Békés, Budapest és Borsod-Abaúj-Zemplén területén van az országos szintet meghaladó gondozotti létszám, 2014-re Békés megye mellett Hajdú-Bihar és Vas megyék kerülnek a legtöbb gondozottat felmutató területi egységek közé.

Amellett, hogy a gondozottak területi megoszlása függ az ellátórendszer megyei, regionális kialakításától is, az adatokból látható, hogy vannak olyan megyék, ahol a gondozottak intenzívebb jelenléte mutatható ki. Első helyen Békés megye említhető, amely 2005-ben és 2014-ben egyaránt az országos szintet meghaladóan mutatott ki pszichiátriai betegeket, mind az alap-, mind pedig a nappali ellátás keretében. Mindkét ellátástípusban kiemelkedő a százezer lakosra jutó ellátottak száma Hajdú-

Bihar megyében 2014-ben, de ide sorolhatjuk még Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megyét is. Budapest ugyanakkor 2014-re már nem mutat fel kiemelkedő értéket a vizsgált mutató tekintetében. Az azonban nem állítható, hogy ezekben a megyékben a pszichiátriai betegek számának a megoszlása is ezt a sorrendet tükrözi, mert az önkormányzatok intézménylétrehozási szándéka is megjelenik az adatokban.

Településnagyság

A Szocvtv. a települési önkormányzatok kötelező feladatait népességnagyság kategóriák szerint részletezi. Ezek a feladatok időben változtak, 2005-ben még a törvény 86. § (2) bek. b) pontja szerint nappali ellátást kellett biztosítani azokon a településeken, ahol háromezer főnél több állandó lakos él, és ugyanezen bekezdés c) pontja szerint a tízezer főnél több állandó lakossal rendelkező településeken még közösségi ellátásokat is köteles volt biztosítani – a pszichiátriai betegek részére is. A 2014-ben hatályos törvényszöveg szerint viszont nappali ellátást már csak tízezer fős településnagyság fölött kell biztosítani, a közösségi ellátások biztosításának kötelezettsége pedig átkerült a megyei jogú városok kötelezettségei közé.⁴⁶

A rendelkezésre álló településnagyság kategóriák sem tükrözik a szociális törvény népességnagyság csoportok szerinti megközelítését. Az adatok vizsgálatából – amely a fentebb említettek szerint ugyancsak a százezer lakosra jutó mutató alapján végezhető – azt állapíthatjuk meg, hogy mindhárom kiemelt évben az országos átlagtól való eltérés a legnagyobb a 10-19 ezer és az 50-99 ezer lakosságszámú kategóriában, közösségi és nappali ellátás keretében egyaránt. Budapesten, ahol mindkét ellátástípusban a százezer lakosra jutó ellátottak száma az országos átlagnál magasabb volt 2005-ben és 2010-ben, 2014-re az ellátottak száma már nem érte el az országos átlagot (19. táblázat).

19. táblázat. Ellátottak alakulása településnagyság szerint százezer lakosra, tárgyév december 31-én, fő*

TELEPÜLÉSNAGYSÁG	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
x-499 fő	0	0	15	7	21	61
500-999 fő	1	20	18	0	9	0
1000-1999 fő	4	0	0	1	13	6

46 1993. évi III. tv. 90. § (2) bek. A 2014. 12. 31-én hatályos szöveg.

TELEPÜLÉSNAGYSÁG	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA			PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA		
	2005	2010	2014	2005	2010	2014
2000–4999 fő	11	32	21	5	11	18
5000–9999 fő	15	52	46	1	20	31
10 000–19 999 fő	12	108	88	0	34	58
20 000–49 999 fő	12	44	52	4	13	19
50 000–99 999 fő	13	78	67	17	38	66
100 000–x fő	11	62	47	0	20	31
Budapest	18	72	37	23	30	28
Ország összesen	11	53	42	7	21	30

*Kerekített értékek. A tárgyévet követő év január 1-jének népességszáma alapján.

Foglalkoztatottak adatai

A pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátására vonatkozó OSAP-adatfelvétel még leginkább a foglalkoztatottakkal kapcsolatban tartalmaz elemezhető adatokat. Ezek az ellátottakénál jóval kisebb terjedelemben állnak rendelkezésre, és elemzésüket az adatfelvétel kérdéseiben történt változások is befolyásolják.

Az adatgyűjtésben 2005-től 2012-ig a foglalkoztatottak száma a tárgyévi utolsó napjára volt kiszámítva, és tartalmazta a teljes és részmunkaidős munkavállalók számát is, külön az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők és külön a szakképzett dolgozók számának tekintetében. 2013-tól a kérdőív már másként tartalmazza az alkalmazottakra vonatkozó kérdéseket: a foglalkoztatottak összes száma helyett a szervezet tevékenységében részt vevők összes számát szerepelteti, amely már az alkalmazásban állók éves átlagos állományi létszámának és a szervezet tevékenységében részt vevő egyéb foglalkoztatottak éves átlagos állományi létszámának összege. Ezt bontja az elemzésünk szempontjából fontos ápolási, gondozási munkát végzőkre, ezen belül szakképzettek; a teljes és részmunkaidősök számát már nem kérdezi a kitöltő intézményektől. Az idősor szempontjából tehát a foglalkoztatottakra vonatkozóan 2013-ban és 2014-ben az adatok tartalma éves átlagszám már, nem pedig egy év végi állapotmutató. Ennek jelentősége, hogy az időbeli változás, mind az abszolút számok, mind a belőlük számított mutatók tekintetében, 2005-től csak 2012-ig követhető nyomon, a 2014-es változások csak 2013-hoz viszonyíthatók (20. táblázat).

20. táblázat. A foglalkoztatottak számának változása (fő)*

MEGNEVEZÉS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA										
Foglalkoztatottak száma összesen	94	260	346	402	350	340	350	303	279	248
Ebből ^{a)} : ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítőik száma	91	259	341	394	340	337	332	283	220	218
teljes munkaidőben	69	182	263	310	237	241	231	195		
részmunkaidőben	21	62	73	71	65	53	58	56		
Ebből ^{b)} : a szakképzett foglalkoztatottak száma	87	230	297	367	314	302	295	266	196	199
teljes munkaidőben	66	159	227	294	222	223	208	184		
részmunkaidőben	20	58	66	61	58	42	51	55		
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA										
Foglalkoztatottak száma összesen	51	69	92	125	163	176	206	223	273	241
Ebből ^{a)} : ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítőik száma	49	66	89	116	160	168	194	201	164	197
teljes munkaidőben	33	48	62	67	83	109	137	140		
részmunkaidőben	11	12	20	39	61	34	39	38		
Ebből ^{b)} : a szakképzett foglalkoztatottak száma	41	57	77	94	117	151	167	164	140	185
teljes munkaidőben	28	45	58	57	65	99	121	111		
részmunkaidőben	11	9	16	33	36	29	29	37		

*2005–2012 között tárgyév december 31-én foglalkoztatottak száma, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

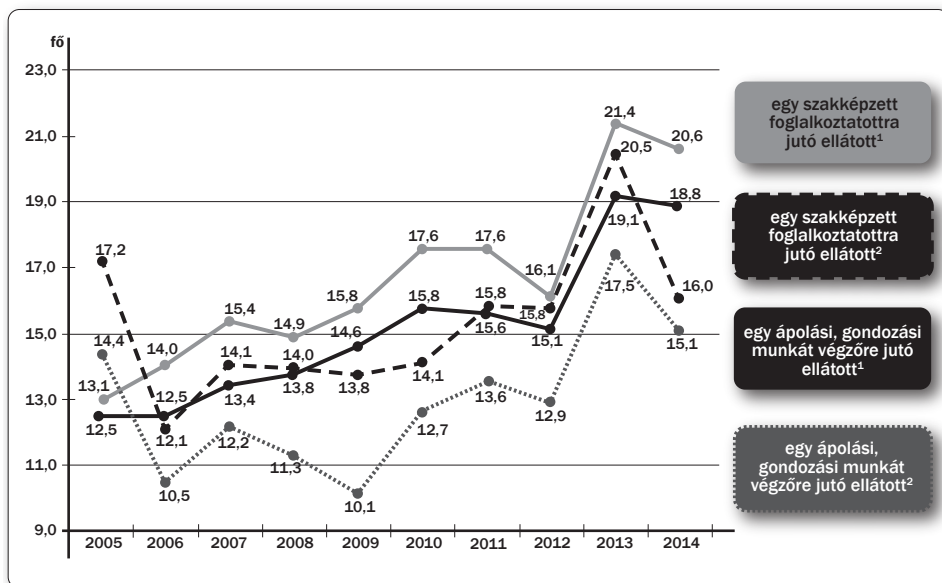
a) Az összes foglalkoztatottból. b) Az ápolási, gondozási munkát végzőkből.

Az adatokból az látható, hogy a közösségi ellátásban foglalkoztatottak alakulása mindegyik alkalmazotti típusban, hasonló görbét ír le, mint az ellátottak alakulása. Ugyanakkor még az ellátottak száma csak 2011 után kezd csökkenni, addig a foglalkoztatottak számának csökkenése már ezt megelőzően, 2009-től megindul. Felvethető kérdés, hogy a foglalkoztatottak számának csökkenése befolyásolhatta-e az ellátottak számának csökkenését, ez azonban az adatok alapján nem válaszolható meg. A nappali ellátásban viszont a foglalkoztatottak száma – hasonlóan az ellátottakéhoz – egyenletes emelkedést mutat.

Az adatok alapján a foglalkoztatottsággal összefüggésben feltehetően olyan kérdések, hogy hogyan alakul az ellátottakra jutó szakképzettek száma, valamint milyen arányú a szakképzetteknek a jelenléte az összes foglalkoztatotton belül.

Mindkét ellátástípusban hasonlóan alakul a szakmai munkakörökben foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma, akár az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők, akár ezek számán belül a szakképzettek számát vesszük figyelembe: bár hullámzásokkal, de 2006-tól inkább emelkedő trend figyelhető meg a szakmai foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma tekintetében 2012-ig, azaz egyre több ellátott jut a szakszemélyzetre eddig a vonatkoztatási időpontig (33. ábra). 2013-ról 2014-re az új számítási módszer szerint viszont már csökken az egy főre jutó ellátotti létszám.

33. ábra. Szakmai foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma*



*2005–2012 között tárgyévi december 31-én foglalkoztatottak, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

1) Pszichiátriai betegek közösségi ellátása. 2) Pszichiátriai betegek nappali ellátása.

A foglalkoztatási helyzet romlására utalhatna az a tény is, hogy 2012-re mindkét vizsgált ellátástípusban a szakképzettek aránya, bár hullámzóan, de valamelyest csökken 2005-höz képest, akár az összes foglalkoztatottakon belül, akár pedig az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők kategóriáját vesszük alapul (21. táblázat). 2013-ról 2014-re azonban javuló arány mutatkozik az új számítási módszer szerint, de két év adatai nem teszik lehetővé kellően megalapozott következtetések levonását.

21. táblázat. Szakmai foglalkoztatottak aránya a foglalkoztatottak között, %*

MEGNEVEZÉS ^{a)}	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA										
Ápolási, gondozási munkát végzők aránya a foglalkoztatottak között	96,8	99,6	98,6	98,0	97,1	99,1	94,9	93,4	78,7	87,9
Szakképzettek aránya a foglalkoztatottak között	92,6	88,5	85,8	91,3	89,7	88,8	84,3	87,8	70,4	80,1
Szakképzettek aránya az ápolási, gondozási munkát végzők között	95,6	88,8	87,1	93,1	92,4	89,6	88,9	94,0	89,4	91,1
PSZICHIÁTRIAI BETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA										
Ápolási, gondozási munkát végzők aránya a foglalkoztatottak között	96,1	95,7	96,7	92,8	98,2	95,5	94,2	89,9	60,2	81,6
Szakképzettek aránya a foglalkoztatottak között	80,4	82,6	83,7	75,2	71,8	85,8	81,1	73,3	51,4	76,7
Szakképzettek aránya az ápolási, gondozási munkát végzők között	83,7	86,4	86,5	81,0	73,1	89,9	86,1	81,6	85,5	94,0

*2005–2012 között tárgyév december 31-én foglalkoztatottak száma, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

a) Az ápolási, gondozási munkát végzők között vannak a személyes segítők is.

Összegzés

Az OSAP-adatgyűjtésekből az egyes szociális intézmények alapstatisztikái ismerhetők meg. Tanulmányunkban a pszichiátriai betegek közösségi és nappali ellátásának adatait vizsgáltuk, területi, fenntartói és népességnagyság kategóriák szerinti bon-

tásban. A pszichiátriai betegek közösségi és nappali ellátásáról a hivatalos statisztika meglehetősen kevés adatot rögzít, leginkább az ellátottak és az ellátásra várakozók száma ismerhető meg belőlük, előbbiek nemi és életkori bontása is rendelkezésre áll. Ezzel kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy a nők inkább bekerülnek ezekbe az ellátástípusokba, ami felveti az intenzívebb nővédelem kérdését a pszichológiai túlterhelésekkel szemben. A leginkább veszélyeztetett korosztálynak a 60–64 évesek tekinthetők, mintha ez a nyugdíj előtt álló vagy frissnyugdíjas korosztály fokozottabban lenne alanya a pszichiátriai ellátásoknak.

Mivel a statisztikailag kimutatható férőhelyek száma kisebb, mint az ellátottak száma, ebből arra következtethetünk, hogy a pszichiátriai intézményrendszerben a nappali ellátás szociális szolgáltatásaira nagyobb igény mutatkozik, mint amennyi a rendelkezésre álló keretek között kielégíthető. Ennek alapján igazolhatónak látszik Bugarszki megállapítása: „Mára az ún. krónikus ellátásoknál világszerte nyilvánvalóvá vált, hogy sem a szociális, sem az egészségügyi intézmények nem képesek lefedni az egyre nagyobb ellátási igényeket. Legyen szó idősekről, szenvedélybetegekről, pszichiátriai betegekről vagy akár fogyatékkal élőkről, nyilvánvaló, hogy az intézmények kapacitása elégtelen, a professzionális gondozó szolgáltatások túlterheltek. Az érintettek döntő többsége saját lakókörnyezetében él, és a feljük forduló gondoskodást (ezt, ha szakemberektől érkezik, azonnal ellátásnak hívjuk) a családtag, illetve a közvetlen környezet oldja meg. Ma úgy tűnik, hogy a krónikus ellátás akkor oldható meg, ha az érintettek közvetlen ellátása helyett a természetes támogató közeget erősítjük. Az intézmények számának nagyságrendekkel történő növekedése financiálisan illuzórikus, és szakmailag sem optimális megoldás” (Bugarszki, 2003, 68.). Az egészségügyi intézményrendszer túlterheltségét egy PÉF tanulmány megállapításai is mutatják, miszerint „Általánosan elmondható, hogy a gondozók túlterheltek, az ideálisnál 40-50%-kal több beteget látnak el. (...) A túlterheltség következménye, hogy a látogatások, orvos-beteg találkozások közel 60%-ában egy alkalommal 5-10 perc idő jut egy gondozásra rendszeresen járó, ismert beteg esetében.” (Új beteg esetében viszont ez az idő jóval hosszabb is lehet.) (Keller B.-né et al., 2012, 8.)

Területi szempontból kiemelkedik Békés megye, ahol kiugróan magas az ellátottak száma, ez azonban az önkormányzatok ellátási elkötelezettségével is magyarázható. A fenntartók elemzése azt mutatja, hogy az önkormányzatok szerepvállalása legnagyobb a közösségi ellátásokban, míg a nappali ellátásban az alapítványok és az egyesületek szerepe kiemelkedő.

A foglalkoztatottak adataiból nem vonhatók le egyértelmű következtetések az adatfelvételi módszer változásai következtében. 2005-től 2012-ig azt valószínűsíthetnénk, hogy a foglalkoztatottak helyzete romlott ezekben az ellátástípusokban, mert egy szakképzett ápolási, gondozási munkát végzőre nagyobb számú ellátott jut az időszak végére. Az új számítási módszer bevezetése miatt azonban 2013 után az egy főre jutó ellátottak száma csökken és a szakképzettek aránya is növekedést mutat, ami az ellátottak helyzetének a javulását is valószínűsítheti.

Az adatok részletezettsége csak korlátozott elemzést tesz lehetővé, ezért számos kérdés marad továbbra is nyitva, amelyet a statisztikai adatok elemzése nem vagy nem kielégítően válaszolhat meg, ezért az adatok alapján levonható következtetéseket hipotéziseknek lehet tekinteni a további vizsgálatokhoz.

Felhasznált irodalom

Bányai B., Légmán A. (2009). *Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben*. Kézirat, MSZT 2009. éves konferencia anyaga. http://www.szociologia.hu/dynamic/BanyaiB_LegmanA_MSZT_konf_2009_tanulmany.doc

Dr. Buda B. (2006). A közösségi ellátás elméleti megközelítése. *Kapocs*, (2), 28–29. <http://ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2006/97/news>

Bugarszki Zs. (2003). A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély*, (1), 67–86.

Bugarszki Zs. (2011). Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. *Esély*, (2), 55–85.

Gyarmati A. (2012). Demens betegek ellátásának körülményei, módszerei – egy kérdőíves kutatás eredményeinek tükrében. *Kapocs*, (1), 20–35.

Hronyecz I., Mátics K. (2003, 2004). A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata I., II. *Kapocs*, (6), 1,

Keller B.-né, Radó I., Seress A., Szőke Zs. (2012). *A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása. Elemzés, 2009–2011*. Budapest: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum. <http://www.pef.hu/pef/resources/documents/elemzes2011.pdf>

Papházi T. (2015). A gyermekjóléti szolgálatok a statisztika tükrében. In Rác A. (szerk.) *A gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelő elemzése országos szinten. Műhelytanulmány*. (pp. 6–44.) Budapest: Rubeus Egyesület. <http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/07/a-gyermekjoleti-szolgalatok-feladatellatasanak-ertekelelemzese-orszagosszinten.pdf>

PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGGEL ÉLŐK INTÉZMÉNYI ELLÁTÁSA

A kutatásról

Az EMMI Fogycékkasságügyi Főosztályának megrendelésére készült kvantitatív kutatás célja a pszichiátriai betegek szociális ellátásának helyzetértékelése, elsősorban az intézményi szolgáltatások perspektívájából. A kérdések, melyek a korábban elkészült szakértői interjúk tapasztalataira épülnek, a következő nagyobb témákat érintették: intézményi, ellátotti alapadatok, a nyújtott szolgáltatások, vélemények a fejlesztési irányokról, lehetőségekről, együttműködések rendszeren belül és kívül, a módszertan, képzések megítélése, érdekképviselő jelenléte az intézményekben.

A kérdőívet online módon küldtük ki 2016. augusztus 15-én az NRSZH-tól kapott intézményi címlistára, amely 310 címet tartalmazott. Ezek közül a kiküldés során 30 címről hibaüzenetet kaptunk. A kitöltött és értékelhető kérdőívek száma így végül 96 lett, ami 31%-os visszaküldési aránynak felel meg, ami még elfogadhatónak tekinthető. Ugyanakkor az adatok általánosíthatósága szempontjából korlátot jelent, hogy ellátástípus alapján a mintában alulreprezentáltak a lakóotthonok, a rehabilitációs intézmények, illetve a támogatott lakhatás (22. táblázat). Megyék szerint nem kaptunk adatot Bács-Kiskun megyéből, de nagyon alulreprezentált Zala, Somogy, Veszprém, Tolna és Pest megye is.

Az alapsokaság és a minta eltérései

22. táblázat. A teljes alapsokaság és a minta megoszlása ellátástípus szerint

ELLÁTÁSTÍPUS	TELJES ORSZÁGOS CÍMLISTA (N)	MINTA (N)	VISSZAKÜLDÉSI ARÁNY, %
Pszichiátriai betegek átmeneti otthona	7	3	42,9
Pszichiátriai betegek nappali ellátása	91	27	26,9
Pszichiátriai betegek otthona	77	25	32,5
Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona	13	1	7,7
Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye	7	1	14,3
Pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás	89	35	39,4
Támogatott lakhatás pszichiátriai betegek részére	26	4	15,4
ÖSSZESEN	310	96	31,0

23. táblázat. Megyék szerinti megoszlás

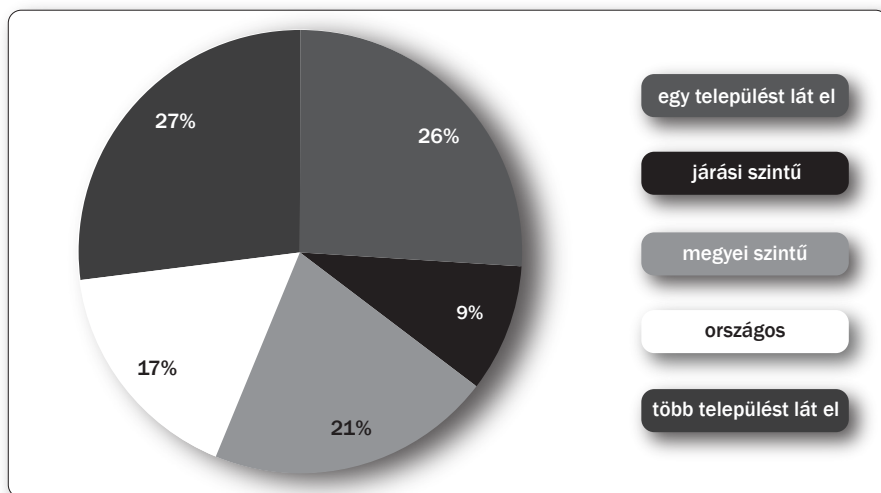
MEGYÉK	TELJES CÍMLISTA	MINTA	ARÁNY
Bács-Kiskun	10	0	0
Baranya	10	2	20
Borsod-Abaúj-Zemplén	12	9	75
Békés	28	10	35,7
Budapest	33	18	54,5
Csongrád	15	4	26,6
Fejér	10	2	20
Győr-Moson-Sopron	9	3	33,3
Hajdú-Bihar	35	15	42,9
Heves	5	1	20
Jász-Nagykun-Szolnok	14	3	21,4
Komárom-Esztergom	10	6	60
Nógrád	7	2	28,6
Pest	18	3	16,7
Somogy	21	2	9,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg	29	7	24,1
Tolna	6	1	16,7
Vas	16	6	37,5
Veszprém	8	1	12,5
Zala	14	1	7,1
ÖSSZESEN	310	96	31,0

Alapadatok az intézményekről

Kérdőívünkben arra kértük az adatközlőket, hogy jelöljék meg, milyen pozícióban dolgoznak az intézményben. Döntő többségük intézményvezetőként, kisebb részben részleg-, szakmai vezetőként dolgoznak, illetve néhányan közösségi koordinátorok voltak.

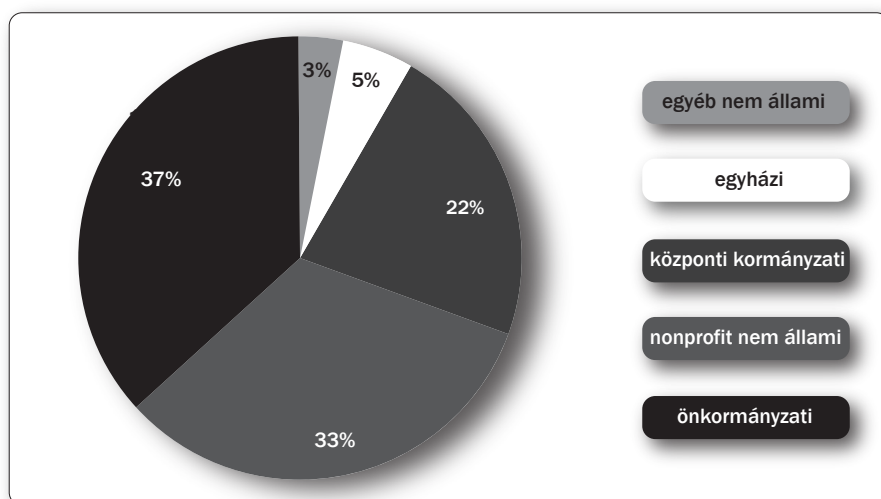
A szolgáltatások területi lefedettségéről elmondható, hogy az intézmények 27%-a több települést lát el, közel ennyien csak egy települést, megyei szintű a lefedettsége 21%-uknak, országos lefedettséggel működik 17%-uk, míg 9% járási szinten szolgált.

34. ábra. A szolgáltatás területi lefedettsége (%)



Fenntartótípus szerint az intézmények 37%-a önkormányzati fenntartású, 33% nonprofit, 22% központi kormányzati fenntartásban működik, míg 5% egyházi, 3%-uk pedig egyéb nem állami fenntartású.

35. ábra. A szolgáltatások fenntartó szerinti megoszlása



Bentlakásos ellátás esetén az intézményekbe kerülés átlagos időtartama 1 és 96 hónap között változik, átlagosan közel két év (21 hónap). Ugyanakkor azt is meg kell jegyezni, hogy nők és férfiak esetén jelentősek lehetnek ezek a különbségek. Volt olyan intézmény, ahol például férfiak esetén 1 hónapot, míg nők esetén 1 évet

kell várni a bekerülésre – feltehetőleg a két nem esetén eltérő számú férőhely áll rendelkezésre, amely nagyon egyenlőtlenül fedi le a szükségleteket. A várólistákon lévők száma jelentős szóródást mutat: 0 és 238 fő között változott a megkérdezett bentlakásos ellátások esetén. Itt is számoltunk átlagot: ez alapján átlagosan 40 fő van várólistán szolgáltatásonként, ami önmagában sokat nem jelent, hiszen más-más a területi lefedettsége az intézményeknek. (A kapacitás- és hozzáférési hiányok területi egyenlőtlenségeinek bemutatására jelen elemzés nem vállalkozhat, erre az OSAP-adatok feldolgozása ad választ.) A belépési hozzájárulással betölthető férőhelyek száma jellemzően nulla, egy helyen azonban találtunk 25 ilyen férőhelyet. A belépési hozzájárulás összegét négy szolgáltató adta meg, 1 és 3 millió Ft közötti összegekről van szó. Egyikük szövegesen megjegyezte, hogy még senki nem fizette ki ezt az összeget. Támogatott lakhatás esetén az egy főre eső gondozási díj összegének maximuma 92 000 Ft volt. Az átlag 18 700 Ft, jelentős szórás mellett.

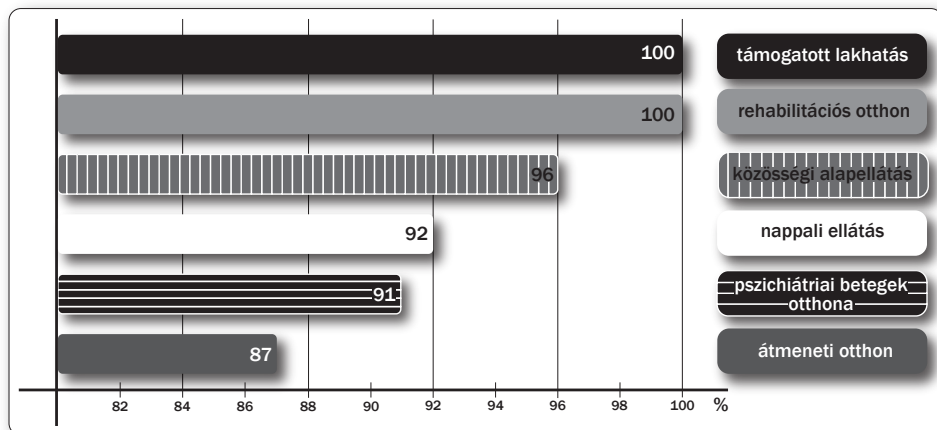
A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet értelmében az ellátásban részesülő személyekkel közvetlenül foglalkozó, személyes gondoskodást végző személyek

- a) legalább ötven százalékának szakképzettnek kell lennie alapszolgáltatás esetén,
- b) legalább nyolcvan százalékának szakképzettnek kell lennie nappali ellátás és bentlakásos intézményi ellátás esetén.

Az alkalmazottak végzettsége a kitöltők véleménye szerint átlagosan 93%-ban felel meg a jogszabályi előírásoknak.

Ellátástípus szerint bontva az adatokat, a legjobb a helyzet támogatott lakhatás, illetve a rehabilitációs otthonok esetén (bár a mintabeli előfordulásuk miatt ezt az adatot erős fenntartással kell kezelni), míg a legrosszabb az átmeneti otthonok esetén, de ez is közel 90%-os megfelelést jelent (36. ábra).

36. ábra. Az alkalmazottak végzettségének megfelelése a jogszabályi előírásoknak (%)



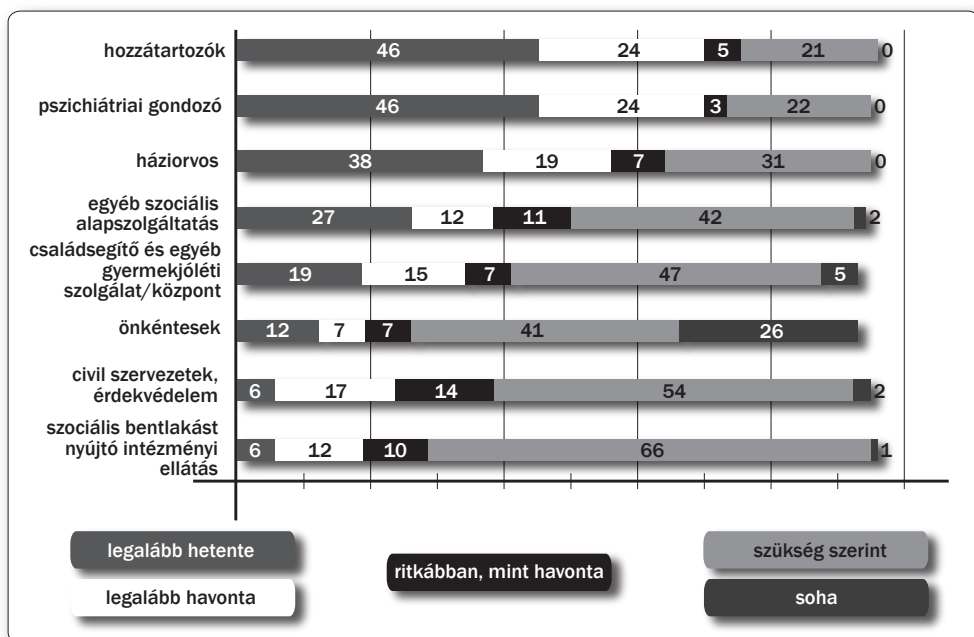
Rákérdeztünk arra is, hogy az alkalmazottak hány százaléka rendelkezik pszichiátriai szakképesítéssel, de erre a kérdésre sokan nem tudtak válaszolni, vagy visszakérdeztek, hogy mi számít annak – így ezt a kérdést nem tudtuk elemezni. Arra kértük a kitöltőket, hogy felsorolással nevezzék meg ezeket a szakképesítéseket. A válaszokból az derül ki, hogy pszichiátriai szakápolók, gondozók jellemzően inkább csak a bentlakásos ellátásokban vannak foglalkoztatva, nappali ellátásokban előfordult még ideg-elme szakápoló, illetve pszichiáter is.

A kérdőívben az egy gondozóra eső esetek számát kérdeztük nappali és közösségi ellátás esetén. Sajnos, ezt az adatot csak néhányan tudták megadni, helyette kliensszámokat kaptunk. Így korrigálva kliensszámra, megállapíthatjuk, hogy átlagosan 20 kliens jut ezekben az ellátásokban egy gondozóra (min. 3 és max. 41 között). Bentlakásos ellátás esetén az egy műszakban egy gondozóra eső ellátottak átlagos számának megadását kértük. Ha átlagot számolunk, akkor azt mondhatjuk, hogy egy műszakra átlagosan egy gondozóra 18 kliens jut (itt a range: 2 és 50). Ugyanakkor azt tapasztaltuk, hogy jelentős különbségek vannak a nappali és éjszakai ellátotti számban: az utóbbi a duplája vagy akár négyszerese is lehet az előbbinek, azaz előfordul, hogy a nappali műszakban 10-20 ellátott, míg az éjszakaiban akár 40-60 ellátott is jut egy gondozóra. Mindez felveti annak a kérdését, hogy mennyire biztonságos így a betegek ellátása, illetve az alkalmazottak számára ilyen leterheltség mellett mennyire biztonságos a munkavégzés.

Együttműködések a szociális ellátórendszeren belül és kívül

Ami a szolgáltatásoknak a különböző szereplőkkel való együttműködési gyakoriságát illeti, a legszorosabb kapcsolat a hozzátartozókkal és a pszichiátriai gondozókkal van: a megkérdezett szolgáltatások 46%-a legalább hetente felveszi velük a kapcsolatot. A kapcsolatháló középpontjában tehát ez a két szereplő áll. 38% veszi fel legalább hetente a kapcsolatot a háziorvossal is, 27%-uk a szociális alapszolgáltatásokkal. A családsegítő és gyermekjóléti központtal már csupán 19% konzultál hetente, önkéntesekkel 12% (ebben az esetben a leggyakoribb a „soha” válasz: 26%), civil szervezetekkel és bentlakásos ellátással is csupán 6-6%-uk tartja a kapcsolatot hetente – ez utóbbi kettő tehát csak elvétve fordul elő. Tisztában vagyunk vele, hogy ez a kérdés nem fedi le az egyes szolgáltatási szintek teljes kapcsolathálóját, ami a működésükből fakadóan más-más lehet, illetve más-más viszonyítási keretet kívánna meg, itt pusztán egy általános képet tudunk nyújtani. Ugyanakkor egy mélyebb, ún. intézményi kapcsolatháló-elemzéssel ezek is feltárhatók válnának.

37. ábra. A különböző szereplőkkel való együttműködések gyakorisága

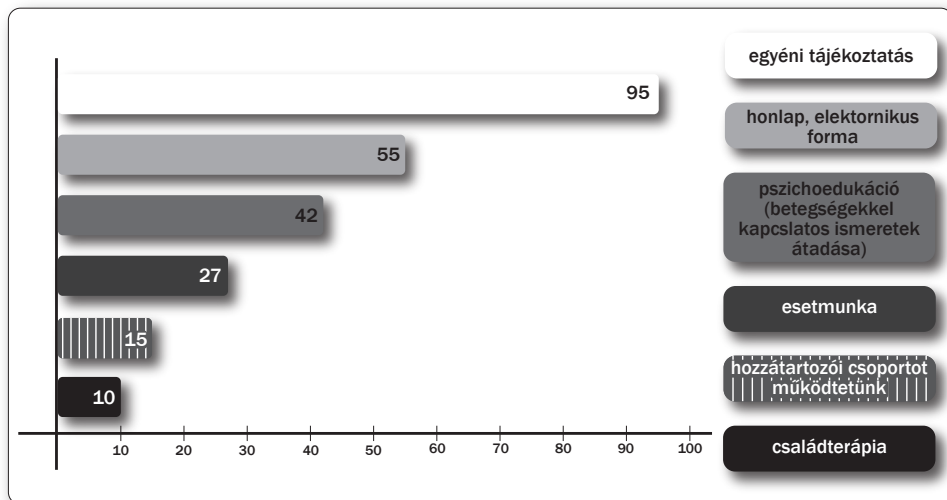


Szöveges válaszban kérdeztünk rá arra, hogy miben áll ez az együttműködés. Felsőrolásszerűen főként a következőkről van szó:

- közös programokról való egyeztetés más szolgáltatásokkal,
- rendszeres orvosi ellátás, kezelésekre való felkészítés miatt konzultáció a pszichiáterrel,
- családi kapcsolatok ápolása,
- a kliens egészségügyi ellátásának segítése, pszichoedukáció, szociális információnyújtás,
- ügyintézés (jogi ügyek, szociális ellátásokra való jogosultság),
- foglalkoztatási kérdések,
- esetkezelés,
- terápiás kezelések szervezése,
- team megbeszélések,
- érdekvédelem,
- információcsere, szolgáltatások közvetítése (pl. családgyógyász, adósságkezelés).

A hozzátartozókkal való kapcsolattartás leggyakoribb formája az egyéni tájékoztatás (95 említés), ezt követi az elektronikus tájékoztatás (55 említéssel), illetve harmadik a sorban a pszichoedukáció 42 említéssel. 27-en említették, hogy az esetmunka módszertanát alkalmazzák, 15-en működtetnek hozzátartozói csoportot, 10 helyen pedig családterápia keretében is foglalkoznak a hozzátartozókkal.

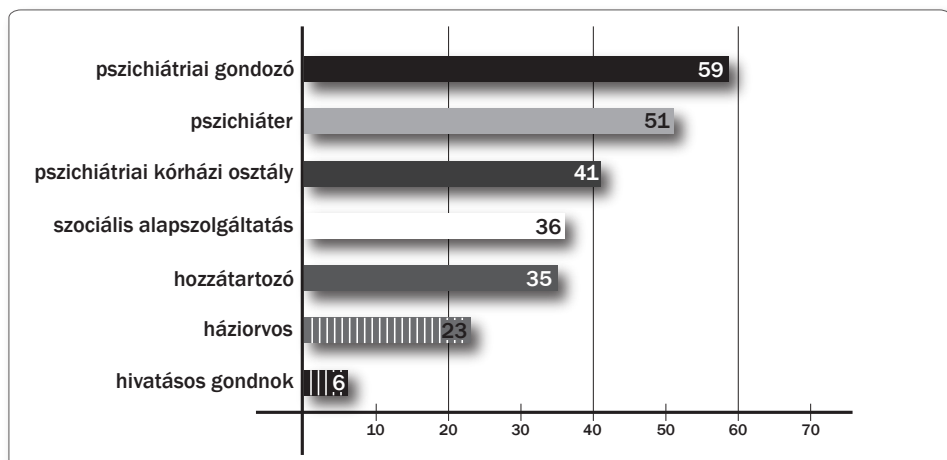
38. ábra. A hozzátartozókkal való együttműködések formái (Milyen formái léteznek Önöknél az együttműködésnek?) (jelölések száma)



Megjegyzés: jelölések száma, több válasz volt megjelölhető

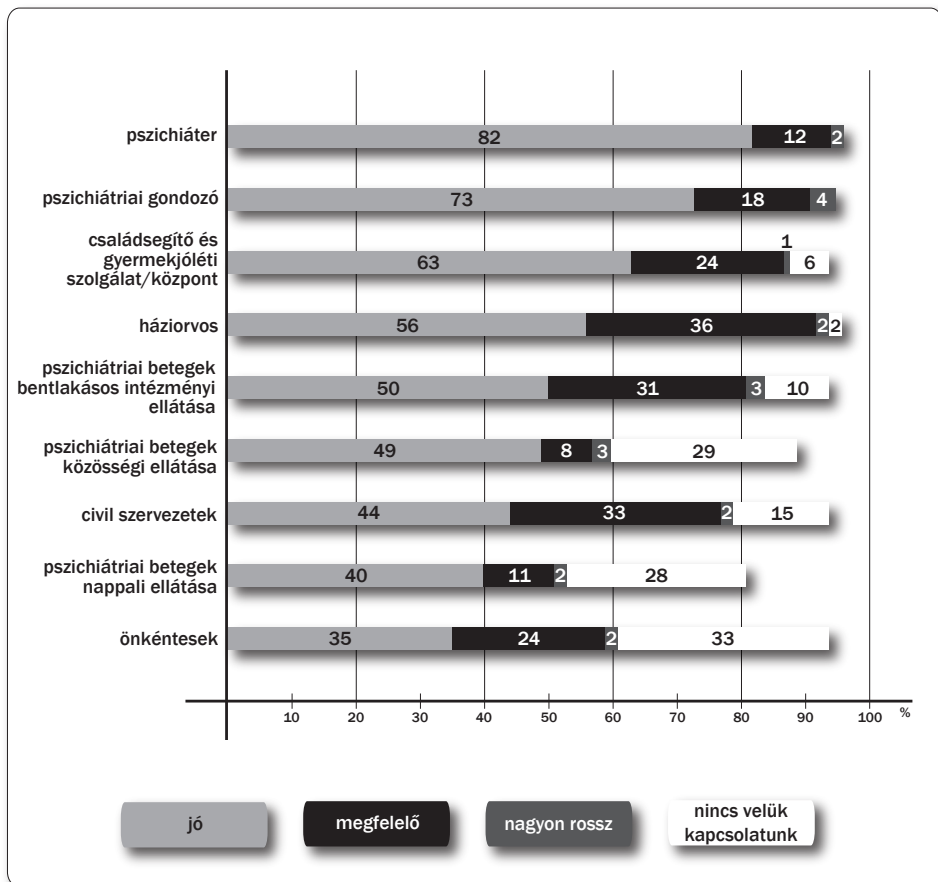
A kitöltők véleménye szerint a kliensek a szolgáltatásokat elsősorban a pszichiátriai gondozó, a pszichiáter, illetve a pszichiátriai kórházi osztályok javaslatára veszik igénybe. A szociális alapszolgáltatások és a hozzátartozók közbenjárása ugyanolyan gyakori, a háziorvosok ezzel szemben úgy tűnik, kevésbé javasolnak szociális szolgáltatást a betegeknek.

39. ábra. A szolgáltatásokat a kliensek számára leggyakrabban javaslok (Ki javasolta a kliensnek az adott szolgáltatás igénybevételét?) (emlékek száma)



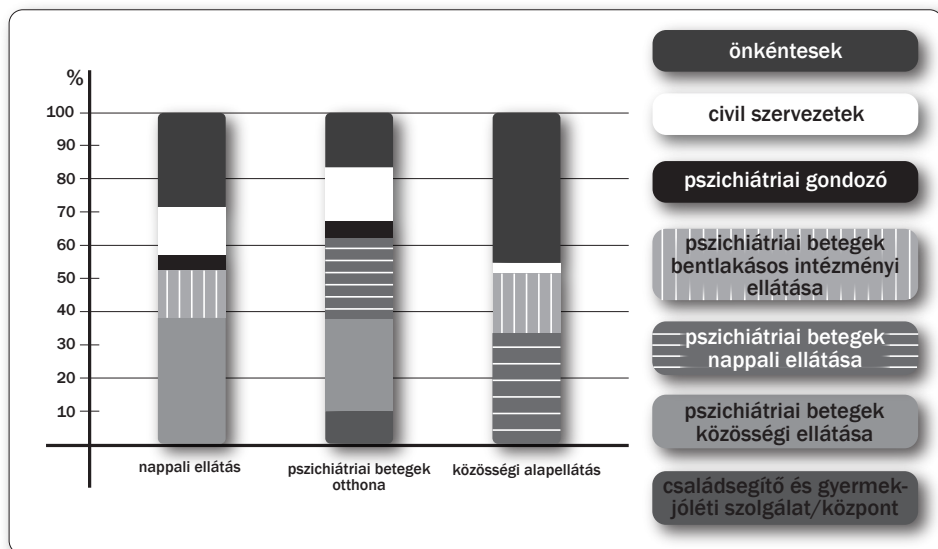
Az együttműködést a pszichiáterrel, a pszichiátriai gondozóval, illetve a családsegítő és gyermekjóléti szolgálattal/központtal ítélik a legjobbnak. Ugyanakkor fel-tűnő a kapcsolathiány (35%-nak nincs kapcsolata) a pszichiátriai betegek nappali és közösségi ellátása, illetve az önkéntesek esetén (40. ábra).

40. ábra. Az együttműködések színvonalának megítélése (Milyennek ítéli az együttműködést az alábbi szolgáltatásokkal, szereplőkkel?) (%)



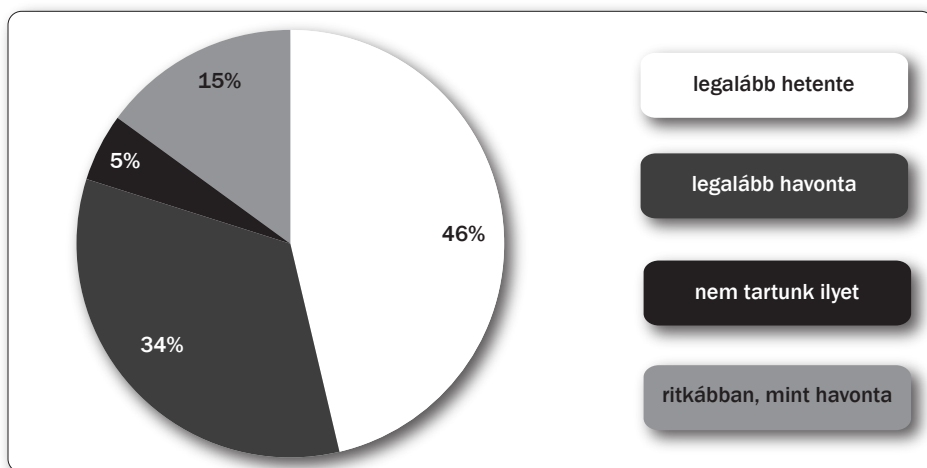
Ha ellátástípusok szerint nézzük az adatokat, azon belül csak a kapcsolathiányt, akkor az is világossá válik, hogy a bentlakást nyújtó otthonok esetén nagyrészt nincs kapcsolat a nappali, a közösségi ellátással, illetve a civilekkel, önkéntesekkel sem. A nappali ellátás esetén közel 40%-ban nincs kapcsolat a közösségi alapellátással – ugyanez igaz fordítva is, tehát a kapcsolathiány kölcsönös.

41. ábra. A szolgáltatások kapcsolathiánya
(Kikkel nincs kapcsolata az adott szolgáltatásnak?)



Teamértekezletet a megkérdezettek 46%-a legalább hetente tart. További 34%-uk legalább havonta szervez, ritkábban, mint havonta 15%-uk, 5% pedig egyáltalán nem működteti a közös munkának ezt a formáját.

42. ábra. A teamértekezletek gyakorisága
(Milyen rendszerességgel tartanak teamértekezletet?) (%)



Jellemzően miről szólnak ezek a teamülések? Egyrészt a kliensek állapotáról, annak változásáról, az ezzel kapcsolatos terápiákról, a felmerülő aktuális problémákról, illetve az alkalmazottak és az ellátottak közti konfliktusok kezeléséről. Van olyan szolgáltatás, ahol többféle teamet is tartanak. Néhány szöveges választ kiemelve:

A megbeszéléseken a kliensekkel foglalkozó szakemberek (terápiás munkatárs, gondozó, ellátás vezető, pszichiáter) vesz részt. Többnyire arról szólnak, hogy az adott hónapban eltelt idő alatti gondozás során a pszichiátriai betegek egészségi és mentális állapota rosszabbodott, javult-e. Krízishelyzet előfordult-e, ezeket hogyan oldottuk meg, milyen azonnali segítségnyújtást alkalmaztunk. További tervek a gondozással kapcsolatban a következő hónapra. (pszichiátriai betegek nappali ellátása)

Konfliktuskezelés, problémák megismerése, megelőzése, az ellátottak aktuális egészségi és mentális állapotának megvitatása. Az ellátottak részéről érkező speciális igények mérlegelése, lehetőség szerinti megoldása. Éves rendezvények, havi kirándulások és tervezett szabadidős programok megbeszélése. A szociális foglalkoztatás és terápiás munka aktuális helyzetének értékelése és hosszú távú tervek kidolgozása. (pszichiátriai betegek otthona)

Hetente értékeliük az intézményben folyó valamennyi ellátási forma munkáját, ahol nemcsak az eredményekről, hanem a felmerülő kérdésekről, problémákról is szót ejtünk és közösen próbálunk megoldásokat keresni. Ilyen megfontolásból indítottuk el a nappali ellátások közötti kapcsolattartás megvalósításaként közös programjainkat, melyek során az egyes nappali intézmények (különböző intézményekből) ellátogatnak egymáshoz, amikor is közös programokat valósítanak meg. (pszichiátriai betegek nappali ellátása)

Konfliktuskezelési módok megbeszélése. (pszichiátriai betegek otthona)

Az ellátottakkal kapcsolatos felmerülő jogi, pénzügyi, egészségügyi problémák megoldása. (pszichiátriai betegek otthona)

Esetmegbeszéléseken a problémás esetek megoldási javaslatai, a tudatos gondozói munka egymásra építése, gyakorlati példákon keresztül a helyes gondozási terv felállításának gyakorlata, a bevonható együttműködők körének egyeztetése folyik. Az elméleti ismereteket és a jó gyakorlatok megosztása érdekében rendszeresen tartunk közös munkamegbeszéléseket a Háló Közösségi Ellátással, melyen gyakran részt vesz a szolgáltatás orvos-konzultánsa is, orvosi szempontból mélyítve ismereteinket. (pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás)

Ellátottak életviteli nehézségei, állapota, ellátottak egymás közti, ill. kollégákkal való viszonya. (pszichiátriai betegek nappali ellátása)

A (...) Klubházban kerül sor a havi esetmegbeszélésekre, melyen a kerületi pszichiátriai gondozó, családsegítő, önkormányzat szociális főosztálya, valamint az önkormányzati fenntartású nappali ellátás szakemberei vesznek részt. Téma egy-egy kliens esetének megbeszélése, akik a kerület különböző szolgáltatásait veszik igénybe. Más esetben több klienst is érintő problémák felvetése, megoldások keresése a téma. (pszichiátriai betegek nappali ellátása)

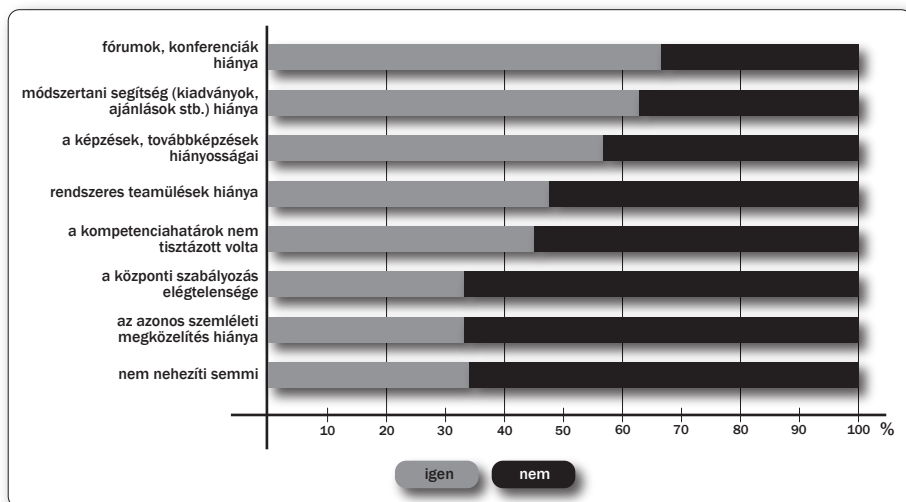
Napi szinten az intézményben a napi problémák megoldása, segítése, beszámoló hogy kivel mi történt aznap. Hetente a saját szakorvosunkkal és a szakgondozóval is szükség szerint a gondozott állapotáról gyógyszereléséről családi kapcsolatairól. (pszichiátriai betegek nappali ellátása)

Aktuális problémák megbeszélése, esetmegbeszélés, ellátotti panaszok kivizsgálása. (pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye)

Intézményi team: egész intézményt érintő működési kérdések; Községi ellátás team: szolgáltatást érintő kérdések, esetvezetéssel kapcsolatos kérdések. Esetmegbeszélés: egy klienssel kapcsolatos esetvezetés (elakadás) megbeszélése az érintett szakemberek és az intézményi team bevonásával. (pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás)

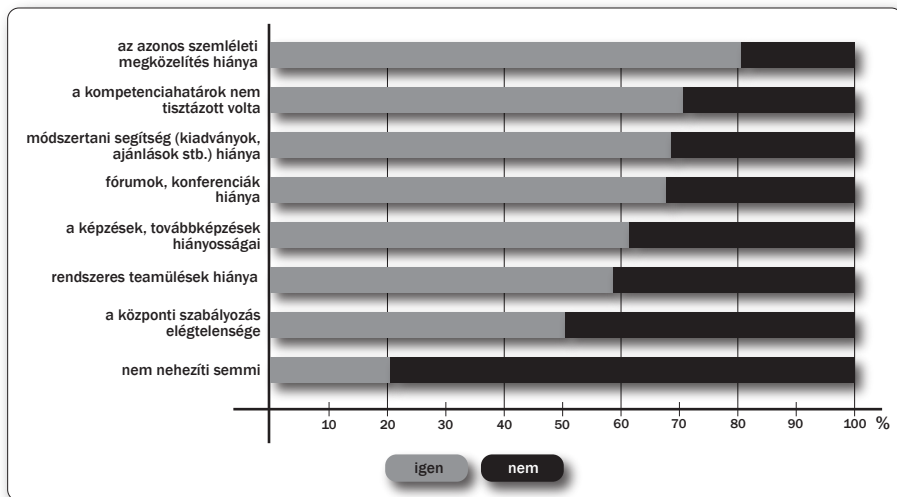
Az alap- és a bentlakásos ellátás közti együttműködést leginkább a közös fórumok, konferenciák hiánya nehezíti – a megkérdezettek 66%-a szerint –, de hasonlóan lényeges a módszertani segítség hiánya (63%), illetve a képzések, továbbképzések hiánya is (57%). A megkérdezettek 47%-a szerint akadályozó tényező a rendszeres teamülések hiánya, a kompetenciahatárok nem tisztázott volta (45%), míg az azonos szemléleti megközelítés hiányát 35%, a központi szabályozás elégtelenségét 34% jelezte meg. Az együttműködés problémamentes a megkérdezettek 35%-a szerint.

43. ábra. Az alap- és a bentlakásos ellátást nyújtó intézmények közötti együttműködést nehezítő tényezők (Megítélése szerint, a felsoroltak közül mi nehezíti jelenleg az együttműködést az alap- és a bentlakást nyújtó intézményi ellátás szolgáltatásai között?) (%)



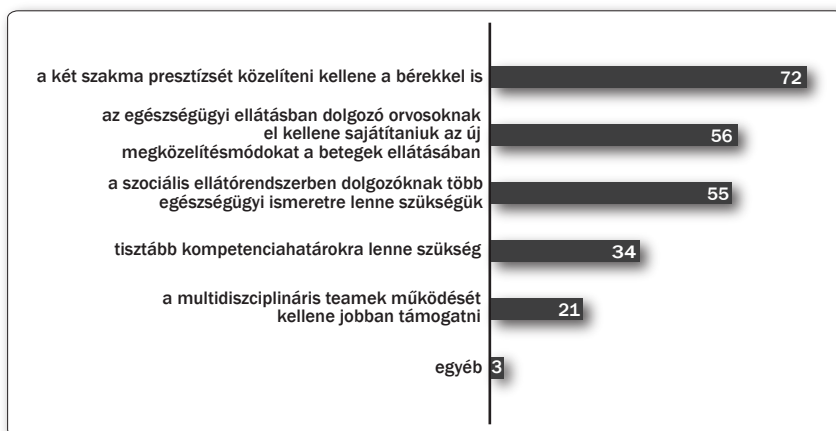
Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer közti együttműködést ezzel szemben elsősorban az azonos szemléleti megközelítés hiánya (80%), a kompetenciahatárok nem tisztázott volta (72%), a módszertani segítség hiánya (69%), illetve a közös fórumok, konferenciák hiánya (67%) nehezíti a megkérdezett intézményvezetők véleménye szerint. A képzések, továbbképzések hiányosságai közel azonos fontosságúak (62-59%), a központi szabályozás elégtelensége 51% szerint jelent nehézséget. Ennél a kérdésnél is kevesen értettek egyet azzal, hogy az együttműködés problémamentes (21%).

44. ábra. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer közti együttműködést akadályozó tényezők (Megítélése szerint, a felsoroltak közül mi nehezíti jelenleg az együttműködést az egészségügyi és a szociális ellátórendszer szolgáltatásai között?) (%)



A megkérdezettek szerint a szociális és az egészségügyi ellátórendszer javításának három legfontosabb eszköze lehetne: 1. a két szakma presztízsének közelítése a béreken keresztül is (72 említés), 2. az egészségügyi dolgozók szemléletének formálása (56 említés), 3. a szociális szakemberek egészségügyi ismereteinek bővítése (55 említés).

45. ábra. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer javításának lehetséges eszközei (Hogyan lehetne javítani az együttműködést a pszichiátriai betegekkel foglalkozó egészségügyi és a szociális ellátórendszer között?) (említések száma)



Megjegyzés: jelölések száma, több válasz volt megjelölhető

A stigmatizáció csökkentése majdnem minden megkérdozett szolgáltatásnak célja. A „hogyan” kérdésre többen megjegyezték, hogy pl. a közösségi ellátás már önmagában is antistigma hatású. Gyakori a különféle, a helyi lakosság számára is nyitott programok szervezése, a foglalkoztatás révén való beilleszkedés elősegítése, illetve a tudatos szemléletformálás (tájékoztatás, érzékenyítés, közösségszervezés).

A havi rendszeres szabadidős tevékenységek zömét a városba tervezzük (hajókirándulás, múzeum- és színházlátogatás, állatkerti séta, strand, cirkusz, könyvtár), ahol ellátottaink az egészséges emberekkel együtt szórakozhatnak. Az intézmény nyílt jellege lehetőséget biztosít lakóinknak az intézmény napközbeni elhagyására: vásárlás, egyéni programok. Intézményünk szívesen fogad önkénteseket, érdeklődőket előzetesen egyeztetett időpontokban. Rendezvényeink nyitottak hozzátartozók, barátok, ismerősök részére.

Igen, célja. Minden évben több alkalommal rendezünk a csoporttagok felkészítésével előadásokat, melyeken bemutathatják a tanultakat. Ilyen például a karácsonyi műsor, ahol színarabot, közös éneket és megtanult verseket prezentálhatnak a meghívott vendégek részére.

Továbbá évente több alkalommal kirándulásokat szervezünk ellátottjaink részére, melyeken a (...) térségének nevezetes múzeumait, illetve látnivalóit tekintjük meg.

Igen, minden eszközzel küzdünk ellene, elsősorban a helyi közösség szemléletformálására hatva, a közösségi oldalunkon megjelentetett híreinkkel, fotóinkkal, a helyi újságban közlött cikkeinkkel, szolgáltatásaink részletes megismertetésével, a felmerülő tévhitek szétoszlásával.

Igen. Ápoló, gondozó intézményünkben nincs elkülönült pszichiátriai betegek részlege. A 13 fő pszichiátriai beteg lakó elhelyezése „integráltan” történik.

Igen, közösen szervezett sport és kulturális rendezvényekkel, a lakosság körében végzett felvilágosító munkával. Terveink között szerepel a lakosság számára kiállítás szervezése ellátottaink munkáiból.

Igen, rendszeresen szervezünk mindenki számára elérhető programokat, melyekre várjuk a hozzátartozókat és érdeklődőket.

Igen, a kliensekkel és hozzátartozókkal való foglalkozás. Érdekvédelem, empátia, emberségesség.

Egyesületünk fennállása óta küzd a stigmatizáció ellen. Leghatékonyabb eszközeink a különböző közösségi akciók szervezése, valamint az egyéni érzékenyítés tréningek formájában.

Igen. Antistigma programot működtetünk havi rendszerességgel, amelyre várjuk a város lakosait is. Évente két alkalommal nyílt nap keretében bárki megismerheti a klubban folyó életet.

Igen, saját kiadványunkkal (újság), neve T., honlapunkkal, de legfőképpen a klienseink állapotának stabilizálása, valamint a társadalomba történő visszailleszkedésük, a helytállásuk a mindennapokban csökkentheti a stigmatizációt.

A társasház (amelyben található a klubház) lakóinak meghívása rendezvényeinkre, pl. közös kertrendezés, bográcsőzés, ünnepeink. A klubtagok szerkesztésében saját blogoldal írása, klubújság kiadása, terjesztése, FB-oldal.

Klubtagjaink érzékenyítése más szempontból hátrányos csoportok iránt: (...) Alapítvánnyal kapcsolattartás, roma érzékenyítő program, 8ker séta.

Igen, azonban nagyon ritkán találkozunk olyan elláttottal, akit betegsége miatt kirekesztenének bármiből is. Fontos feladatnak tartjuk a közösségi alapellátásban való részvételről a tájékoztatást, betegségekkel kapcsolatos információk továbbítását.

Lakóotthonok, támogatott lakhatás működtetésével, integrált munkahely létrehozásával, a település életébe való bekapcsolódás: közterület-takarítás, saját kerámiabolt működtetése (pszichiátriai betegek az eladók), feladatvállalás a városi rendezvényeken, kulturális bemutatók szervezése stb.

Az ellátottak számára nyújtott szolgáltatások, igénybevevők

Valamennyi szolgáltatást a jogszabályi előírásoknak megfelelően diagnosztizált, BNO-kóddal rendelkező betegek vehetik igénybe.

Bentlakásos ellátások esetén a nyújtott szolgáltatások közé tartozik a rendszeres orvosi ellátás biztosítása, az ellátottak állapotának monitorozása, foglalkoztatás, szabadidős programok szervezése, érdekvédelem biztosítása, kapcsolattartás az ellátottak érdekében.

A nappali és a közösségi ellátás esetén a szolgáltatások köre szélesebb, ebbe bele tartozik a fizikai szükségletek ellátása (étkeztetés, mosás, fürdési lehetőség biztosítása stb.), ügyintézés, egyéni esetkezelés, problémaelemzés, pszichoszociális rehabilitáció, különféle csoportfoglalkozások (hozzátartozói, önszolgáltató), terápiák (gyógyszeres, relaxációs, munka-, zene-, biblio-, mozgás-, művészetterápiák), rendezvényszervezés stb.

Az engedélyezett férőhelyszámok bentlakásos ellátásban a legmagasabbak: átlagosan 129 férőhely jut egy otthonra. Rehabilitációs célú lakóotthonban 91, közösségi alapellátásban 41, nappali ellátásban 36, támogatott lakhatásban 24, míg átmeneti otthonban egy szolgáltatásra átlagosan 14 férőhely jut. Az ellátottak száma ennél átlagosan magasabb (kivéve a rehabilitációs lakóotthont). Legrosszabb a helyzet a támogatott lakhatásban, ahol 24 férőhelyre 31 ellátott jut.

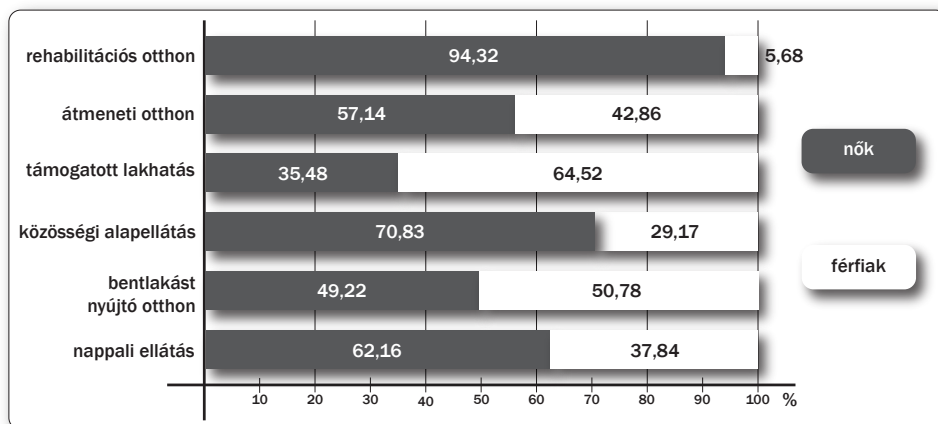
24. táblázat. Főbb létszámadatok (átlag)

	NAPPALI ELLÁTÁS	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK OTTHONA	KÖZÖSSÉGI ALAPELLÁTÁS	TÁMOGATOTT LAKHATÁS	ÁTMENETI OTTHON	REHABILITÁCIÓS LAKÓOTTHON
engedélyezett férőhelyszám	36	129	41	24	14	91
ellátottak száma	37	128	48	31	14	88
nők száma	23	63	34	11	8	83
18–39 évesek száma	25	15	9	2	3	22

	NAPPALI ELLÁTÁS	PSZICHIÁTRIAI BETEGEK OTTHONA	KÖZÖSSÉGI ALAPELLÁTÁS	TÁMOGATOTT LAKHATÁS	ÁTMENETI OTTHON	REHABILITÁCIÓS LAKÓOTTHON
40–59 évesek	21	52	24	10	7	42
60+ évesek	8	61	15	12	4	24
kevesebb mint 8 o.	2	15	2	2	4	70
8 általános	19	46	23	15	4	18
középfokú végzettség	13	23	21	6	6	2
felsőfokú végzettség	3	4	3	0	1	1
társult fogyatékos	3	15	4	2	1	3
tartós betegséggel élők száma	23	104	24	22	13	85

Ellátástípus szerint nézve a nemek arányát a nők aránya legmagasabb a rehabilitációs célú lakóotthonokban (94%), illetve a közösségi alapellátásban (71%), míg legalacsonyabb a támogatott lakhatásban (35%), illetve a bentlakást nyújtó otthonokban (49%). A bentlakást nyújtó otthonokban a férfiak felülreprezentáltságát magyarázhatja a nemek közti jövedelemegyenlőtlenség, de más oka is lehet – ennek a kérdésnek a vizsgálata mélyebb elemzést igényelne.

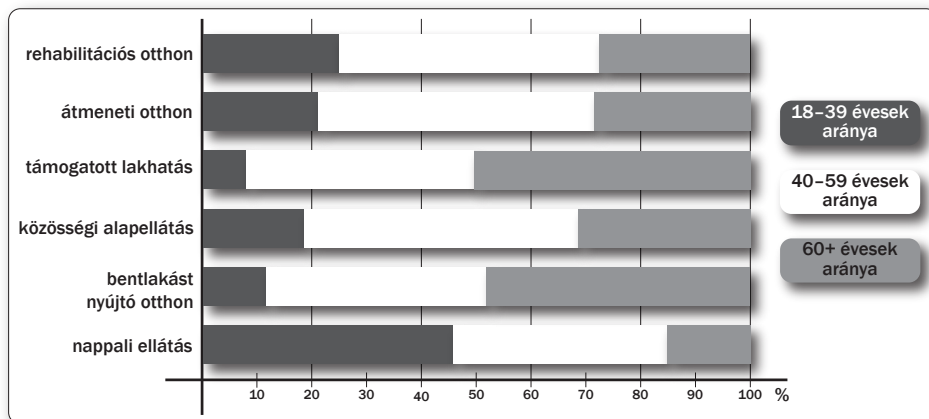
46. ábra. Az ellátottak nemek szerinti megoszlása az egyes ellátástípusokban (%)



A korcsoportok szerinti megoszlás azt mutatja, hogy a legtöbb 60 évesnél idősebb ellátott a támogatott lakhatásban található (az ellátottak fele), a legtöbb fiatal

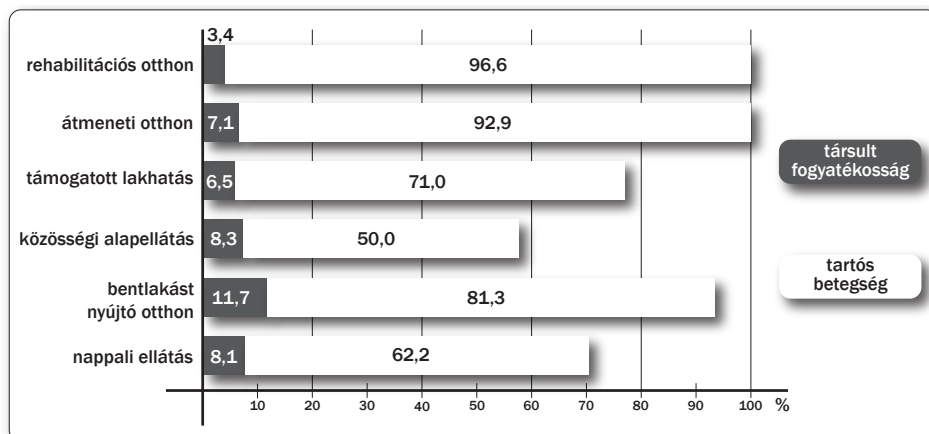
(18–39 éves) pedig a nappali ellátásban. A 40–59 évesek aránya a legmagasabb, és hasonló arányt mutat az összes ellátástípusban (40–50%).

47. ábra. Az ellátottak korcsoport szerinti megoszlása az egyes ellátástípusokban (%)



A pszichiátriai diagnózis mellé társult tartós betegség minden ellátástípusban gyakori, legnagyobb arányban azonban a rehabilitációs és átmeneti otthonokban élőket érinti, ahol az ellátottak több mint 90%-a él valamilyen tartós betegséggel. A diagnózis mellé társult fogyatékoság nagyobb arányban pedig a bentlakást nyújtó otthonban élőkre jellemző (10%-os arány).

48. ábra. A pszichiátriai betegség mellé társult fogyatékoság és tartós betegség aránya



Megjegyzés: az ellátottak számához viszonyítva

Legjellemzőbb diagnózis a felsorolt BNO-kódok alapján a paranoid skizofrénia.

Leggyakoribb BNO kódok:

F2000 (paranoid skizofrénia)=28 említés

F3200 (enyhe depressziós epizód)=23 említés,

F2500 (skizoaffektív zavar mániás típusa)=20 említés,

F3300 (rekurrens depresszió)=20 említés,

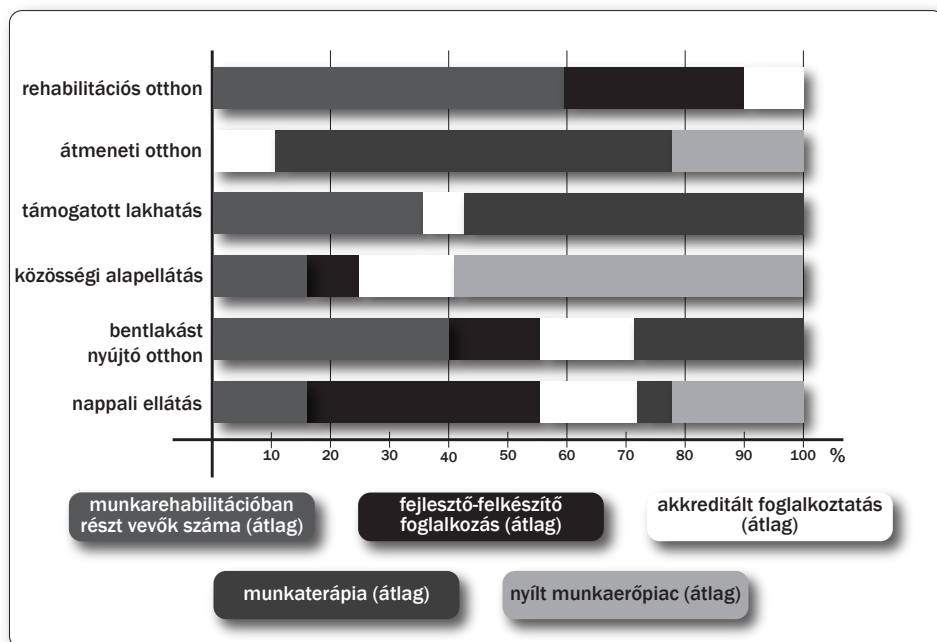
F2200 (paranoid zavar)=14 említés,

F4100 (pánik zavar)=14 említés,

F2300 (akut polimorf pszichotikus zavar)=13 említés.

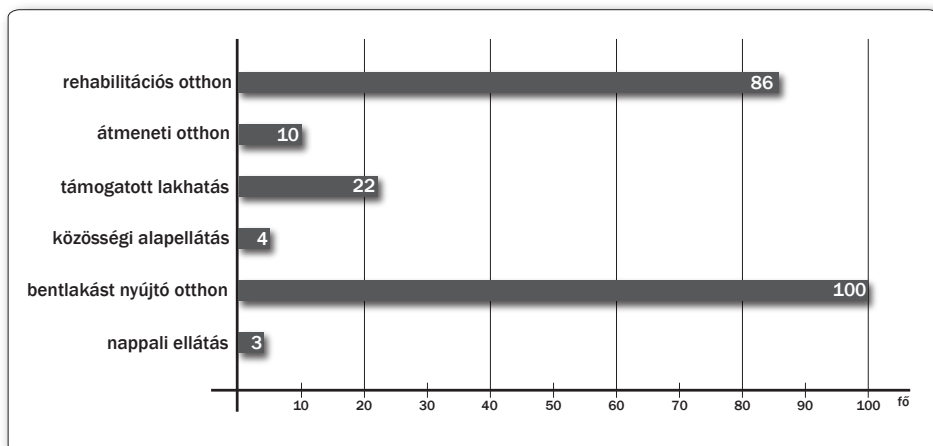
Az intézményen belüli foglalkoztatás változatos képet mutat a különböző ellátástípusokban. Munkarehabilitációban legnagyobb részt a rehabilitációs célú lakóotthonokban élők vesznek részt, munkaterápia inkább az átmeneti otthonokra és a támogatott lakhatásra jellemző, fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás leginkább a nappali ellátásban, nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatás leginkább a közösségi alapellátást igénybe vevők esetén gyakori. Az akkreditált foglalkoztatás aránya jellemzően mindenhol alacsony, legalacsonyabb a támogatott lakhatásban.

49. ábra. Intézményen belüli foglalkoztatás (2015. dec. 31-ei állapot)



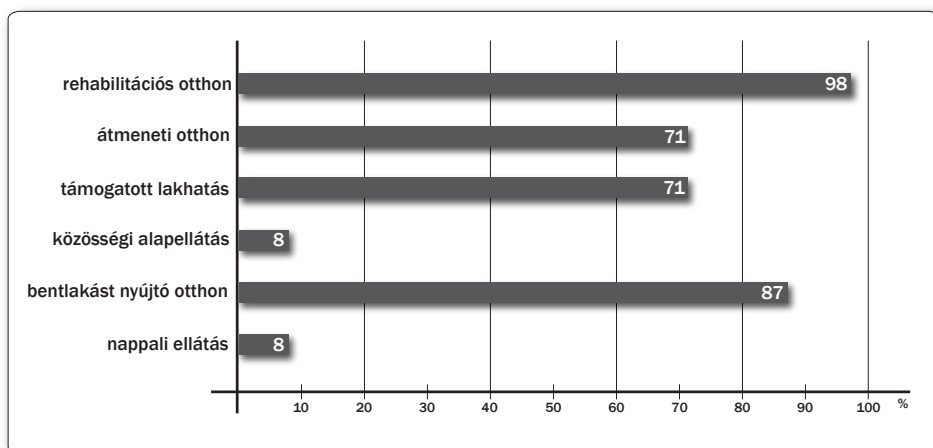
A gondnokoltak száma átlagosan egy szolgáltatásra vetítve a legmagasabb a pszichiátriai betegek otthonában (100 fő/otthon), illetve a rehabilitációs célú lakóotthonokban (86 fő).

50. ábra. A gondnokoltak száma átlagosan egy szolgáltatásra vetítve (2015. évre) (fő)



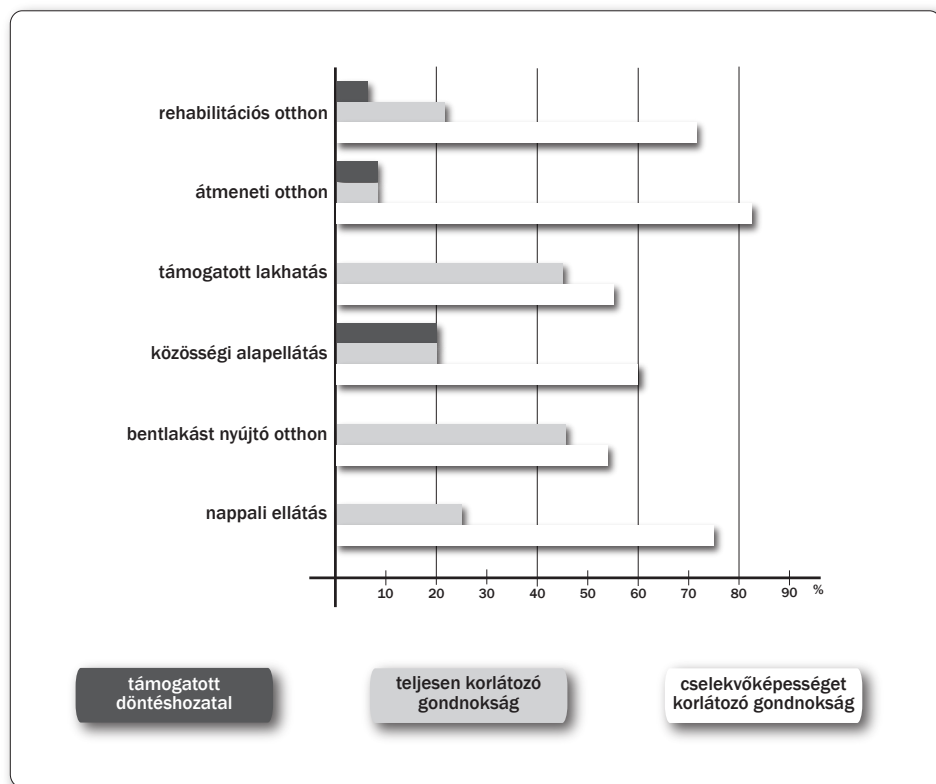
A teljes ellátotti számhoz viszonyítva azonban jól látszik, hogy a rehabilitációs célú lakóotthonokban csaknem 100%-os a gondnokság alatt állók aránya, de 80% fölött van a pszichiátriai betegek otthonában is. 71%-os az arányuk az átmeneti otthonokban és a támogatott lakhatásban.

51. ábra. Gondnokoltak aránya az összes ellátotthoz viszonyítva (%)



A gondnokoltak többsége minden ellátástípus esetén cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll. Teljesen korlátozó gondnokság alatt főként a bentlakást nyújtó otthonokban, illetve a támogatott lakhatásban élő ellátottak állnak. Támogatott döntéshozatal inkább csak a közösségi alapellátásban fordul elő.

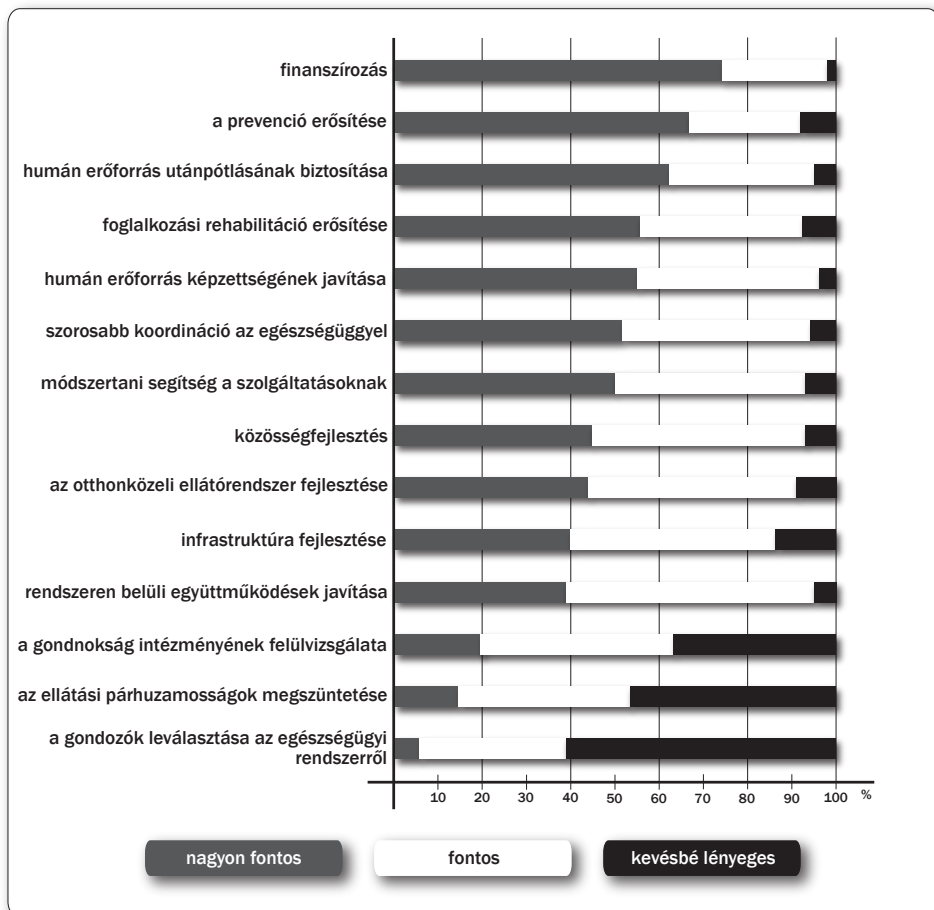
52. ábra. A gondnokoltak megoszlása



Fejlesztési irányok, lehetőségek

Ami a rövidtávú fejlesztéseket illeti, a megkérdezettek a leginkább fontosnak („nagyon fontos”) a finanszírozás javítását, a prevenció erősítését, a humán erőforrás utánpótlásának biztosítását tartják. Legkevésbé lényeges ugyanakkor a megítélésük szerint a gondozók leválasztása az egészségügyről, az ellátási párhuzamosságok megszüntetése, illetve a gondnokság intézményének felülvizsgálata.

53. ábra. Fejlesztendő területek
(Véleménye szerint az alábbi területek fejlesztése mennyire szükséges rövidtávon?)



Módszertan, képzések

A kérdőívnek ebben a kérdéscsoportjában rákérdeztünk azokra az intézményi jó gyakorlatokra, amelyeket a vezetők más szolgáltatások számára is javasolnának.

Több válaszban is előjött, hogy igyekeznek kihasználni az integrációból fakadó lehetőségeket, pl. nappali és közösségi ellátással, illetve más szociális ellátással (pl. idősellátás) működnek együtt. Ez az együttműködés általában közös programok szervezését jelenti:

Az intézményünk integrált (12 szociális és gyermekjóléti alapellátás), melynek előnyeit igyekszünk maximálisan kihasználni:

- az eltérő szükséglettel rendelkező egyéneknek közös programokat kínálunk, ezzel jelentősen csökken az izoláltságuk, nem tapasztalunk intézményen belül stigmatizációt, előítéletet,
- szélesebb kapcsolatrendszer építenek ki, településen belül, nő az ismeretségük, ezáltal magabiztosabbá válnak,
- az ellátások közötti átjárhatóság biztosítása.

Mivel egy Idősek Nappali klubjával egy telephelyen működünk, nagyon gyakori a közös program, egymás megismerése, az idősebb korosztály élettapasztalatainak átadása, közvetítés a két szolgáltatást igénybe vevők között. Ellátottak kezdeményezéseinek figyelembevétele, segítése.

Jó gyakorlatként nevezték meg emellett a különböző terápiákat, tréningeket (pl. művészetterápia, lelki egészségvédelem, neurokognitív fejlesztés, hanghalló csoport működtetése stb.)

Pozitív illetve negatív érzések kifejezésének gyakorlása és fejlesztése szakmai segíddel. Nagyon hatékonyan működik, és lényeges eredményeket lehet elérni. Problémakezelő lapok használata egy adott krízis feltárásában nagyon sokat tud segíteni. Relaxációs tréningek az ellátottak számára, amely minden területen látótérbe került ellátott számára fontos lehet indulatkezelés levezetésében is. Rendszeres kapcsolattartás a pszichológussal, aki az ellátottak számára rendelkezésre áll akár pszichoterápiában is.

Több válaszban előjött jó gyakorlatként a foglalkozási rehabilitáció. Pl.:

- A Vas megyében megvalósuló foglalkozási rehabilitáció gyakorlata („Kriziskamra”).
- A munkaerőpiaci szolgáltatásunk, amelyben komplex támogatást nyújtunk a munkaterápiás lehetőségektől a nyílt munkaerőpiaci elhelyezésig a mentorálással való bezárással.

Szintén többen tartották jó gyakorlatnak az önálló életviteli készségek fejlesztését:

- Önellátó képesség fejlesztése érdekében: teakonyha, mosókonyha igénybevétele.
- Kondicionálóteremben szervezett formában sporttevékenység biztosítása, versenyeken való részvétel lehetőség elősegítése.
- Életviteli készségek fejlesztése – Főzőklub

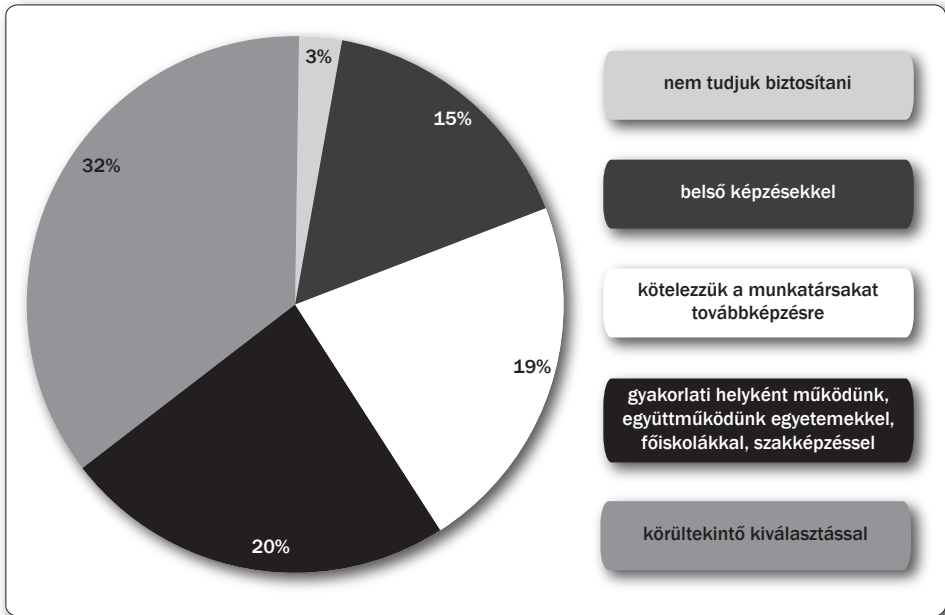
Illetve volt néhány válasz, amely már a jogszabályi kötelezettségek betartását is jó gyakorlatként nevesítette:

- Az intézményünk szakmai programjának működtetése a megfelelő szakembergárdával és a kapcsolódó önkéntesek munkájával.
- Támogatott lakhatás bevezetése.
- Felépülésszemléletű rehabilitáció szemléletének tényleges alkalmazása.
- Nappali ellátás napi struktúrájának kialakítása, konkrét terápiás csoportok.

A megfelelő szakemberek biztosítását elsősorban a körütekintő kiválasztással próbálják biztosítani a megkérdezett vezetők (36%). Az intézmények 23%-a működik gyakorlati helyként is, 21%-uk a továbbképzésekben bízik, 17% belső képzéseket tart, míg 3% egyáltalán nem tudja biztosítani a megfelelő szakembereket.

54. ábra. A szakemberek biztosítása

(Hogyan tudják biztosítani a megfelelő felkészültségű szakembereket a szolgáltatásban?)



A felsőoktatási képzési rendszerben gyakorlati szempontból elsajátítható tudást egy 1-től 5-ig tartó skálán a megkérdezettek átlagosan 3,33-ra értékelték, míg az OKJ-s képzési rendszerben szerzhető tudást 3,17-re, tehát alig valamivel kevesebbre. Ugyanakkor a diplomás képzések nagyobb arányban kaptak 3-as, illetve 5-ös minősítést, mint az OKJ-s képzések.

25. táblázat. Milyennek értékeli a felsőoktatási képzési rendszerben, illetve az OKJ-s rendszerben elsajátítható tudást a gyakorlati munka szempontjából?

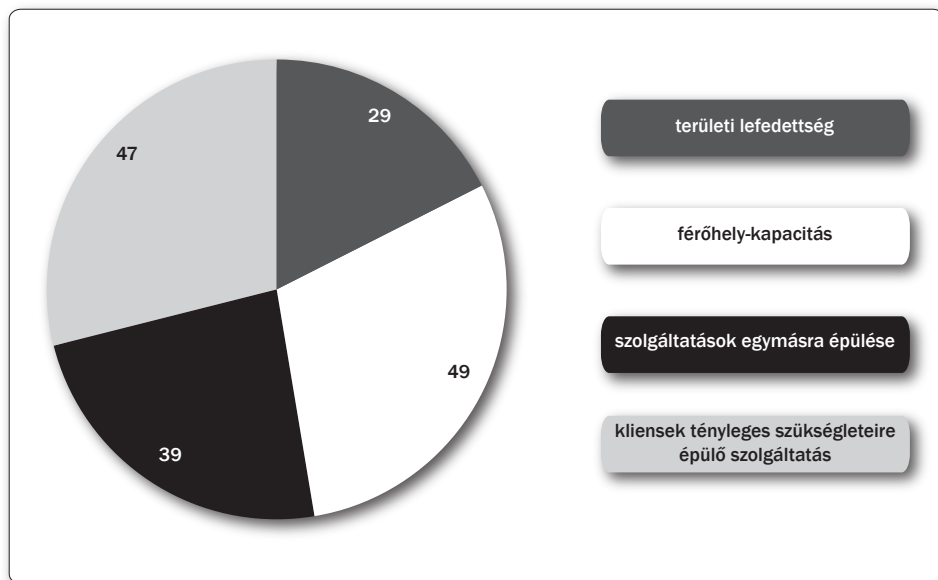
ÉRTÉKELÉS	FELSŐOKTATÁSI KÉPZÉSI RENDSZER (%)	OKJ (%)
1 egyáltalán nem használható	2,1	3,3
2	9,5	20,9
3	52,6	39,6
4	25,3	27,5
5 nagyon jól használható	10,5	8,8

Preferált felsőfokú és OKJ-s képzések: A felsőoktatási intézmények közül kiemelkedik a válaszok alapján a Debreceni Egyetem Egészségügyi kara, illetve szintén többen említették a Pécsi, Szegedi Tudományegyetemet is. Középfokú képzések közül általában az egészségügyi szakközépiskolák, OKJ-s képzések közül a pszichiátriai szakápolót, továbbképzések közül pedig szintén többen említették az Ébredések Alapítvány, a Forrás Lelki Segítők Egyesülete, illetve a Szigony Alapítvány képzéseit.

Ellátásszervezési hiányosságok

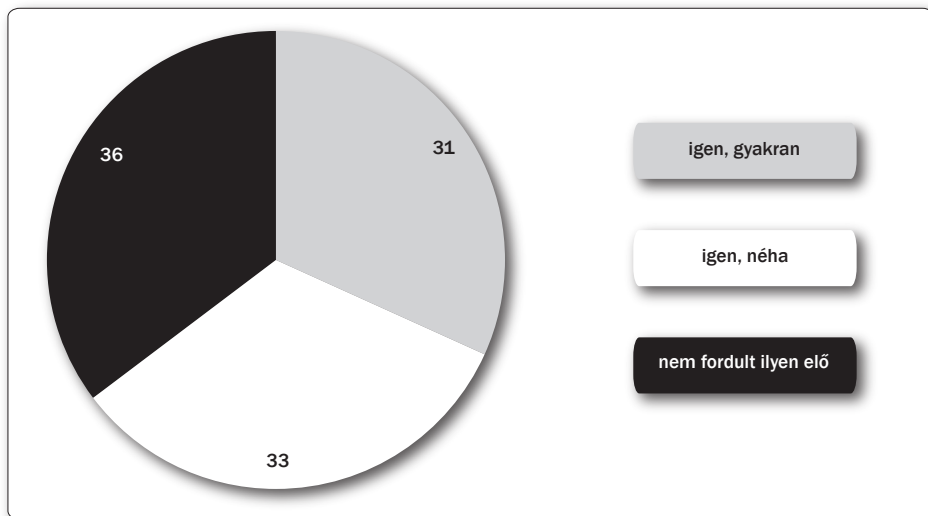
Az ellátásszervezési hiányosságok közül a legtöbben (30%) a férőhely-kapacitás elégtelen voltát jelölték meg, de közel ennyien jelölték meg a kliensek tényleges szükségleteire épülő szolgáltatásokat is. A szolgáltatások egymásra épülésének a hiányát vagy hiányosságait a megkérdezettek 24%-a, míg a területi egyenlőtlenségeket 18%-uk tartotta problémának.

55. ábra. A hiányosságok megítélése az ellátásszervezésben
(Tapsztal-e az ellátásszervezésben hiányosságokat az alábbi területeken?)



Az ellátás szervezési hiányossággal, azon belül is a férőhely-kapacitások korlátozott voltával összecseng, hogy költségvetési normatíva lehívása nélkül a szolgáltatások 60%-a lát el klienst – ezen belül felük gyakran, másik felük pedig néha. Csak 36%-uk esetén nem fordult még ilyen elő.

56. ábra. Kliensek ellátása finanszírozás nélkül (Előfordult-e már az Önök szolgáltatásában, hogy akkor is elláttak beteget, ha nem kaptak rá finanszírozást?)

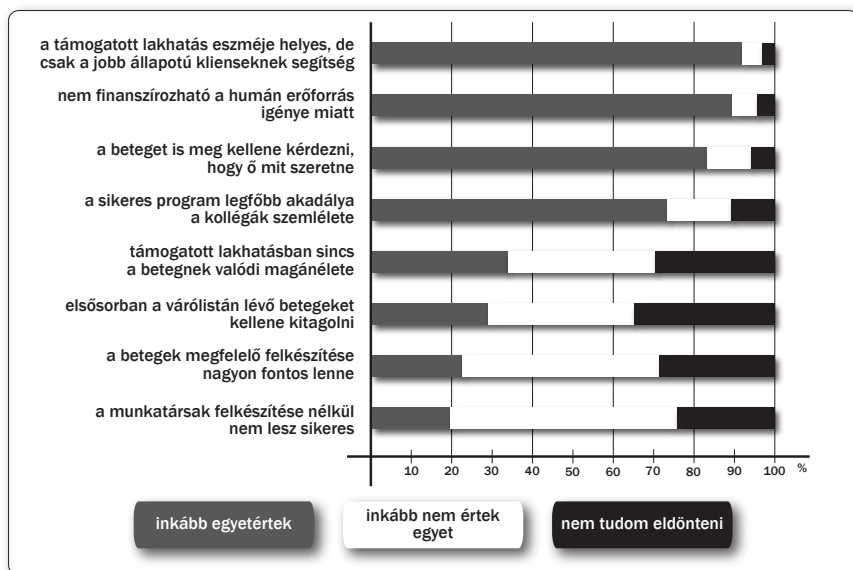


Vélemények a támogatott lakhatásról, mérések, érdekképviselő

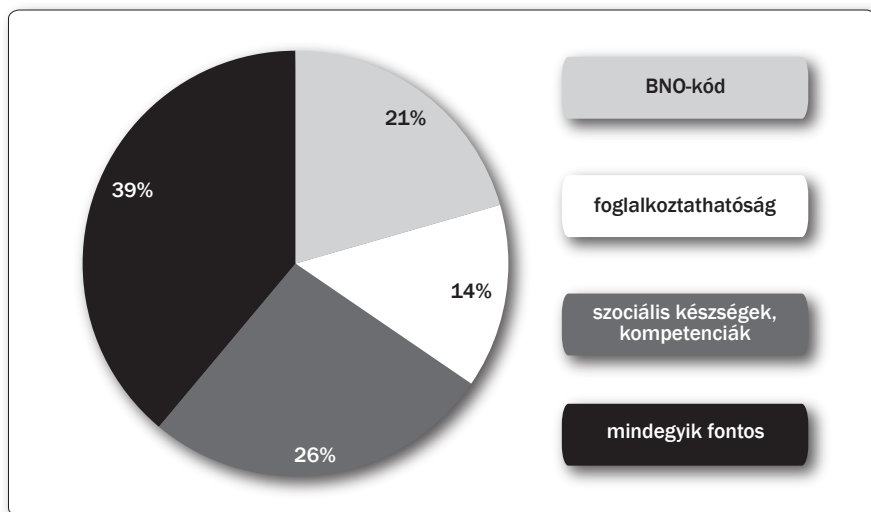
A támogatott lakhatással kapcsolatban néhány attitűdkérdést tettünk fel. A legnagyobb egyetértés (90% fölött) abban mutatkozott, hogy a munkatársakat és a betegeket mindenképp jobban fel kellene készíteni a folyamatra, illetve hogy a betegeket is meg kellene kérdezni, hogy mit szeretnének. De 60% fölötti az egyetértés abban is, hogy csak a jobb állapotú kliensek számára segítség ez az ellátástípus. Leginkább pedig azzal nem értettek egyet a megkérdezett vezetők, hogy a kitagolás legfőbb akadálya a kollégák szemlélete lenne. (57. ábra)

A „pszichoszociális fogyatékoság” meghatározásához is igyekeztünk szempontokat gyűjteni. A legtöbben azzal értettek egyet, hogy minden, általunk felsorolt szempontot (BNO-kód, foglalkoztathatóság, szociális készségek, kompetenciák – önállóság, kapcsolatok kialakítása, támogató háttér megléte) figyelembe kellene venni, de ha ettől eltekintünk, akkor a második legtöbb jelölést kapott válasz a szociális készségek és kompetenciák köre (26%), a BNO-kód is csak ez után következik fontosságban (21%).

57. ábra. Attitűdök a támogatott lakhatás kapcsán
(Mennyire ért egyet az alábbi kijelentésekkel?)

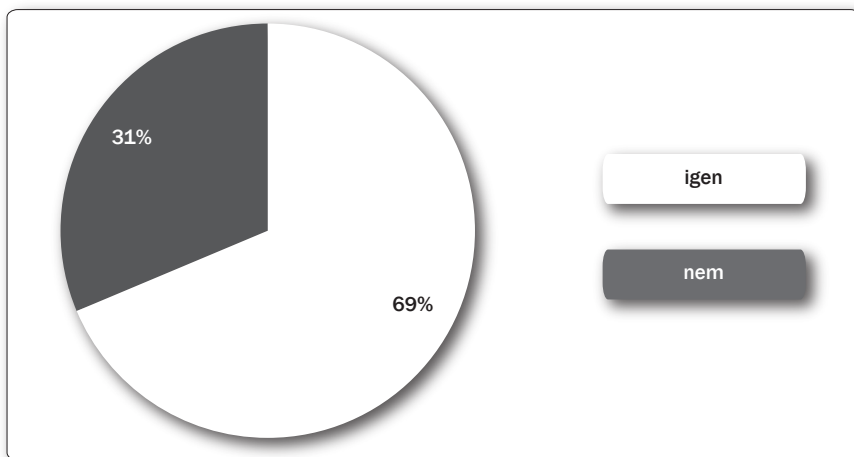


58. ábra. A „pszichoszociális fogyatékoság” meghatározása.
(Véleménye szerint milyen szempontokat kellene figyelembe venni a pszichoszociális fogyatékoság fogalmának meghatározásakor?)



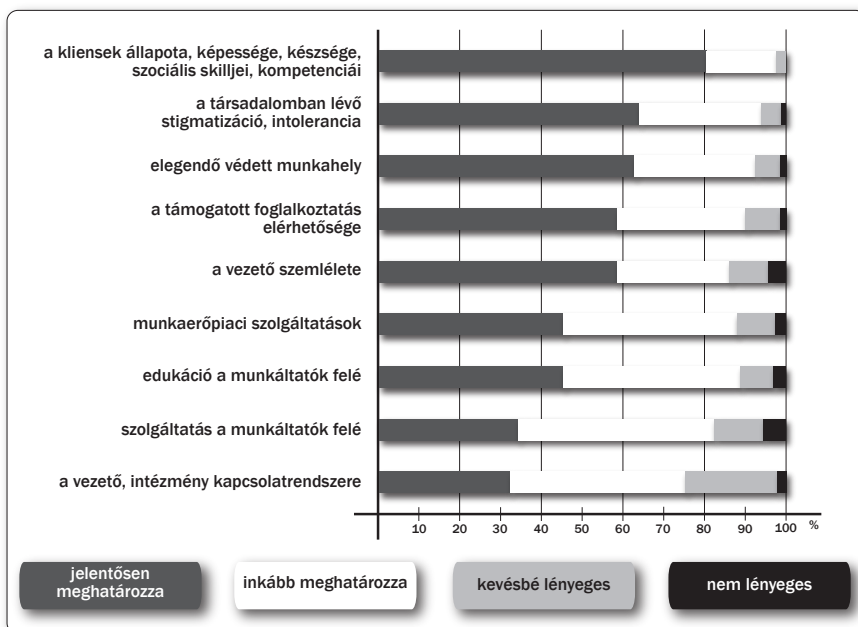
A szolgáltatások eredményességének mérése a kliensek elégedettségén keresztül a szolgáltatások mintegy 69%-ában történik meg. (59. ábra)

59. ábra. A kliensek elégedettségének mérése. (Mérlik-e rendszeresen a kliensek szolgáltatással kapcsolatos elégedettségét?) (%)



Foglalkoztatás

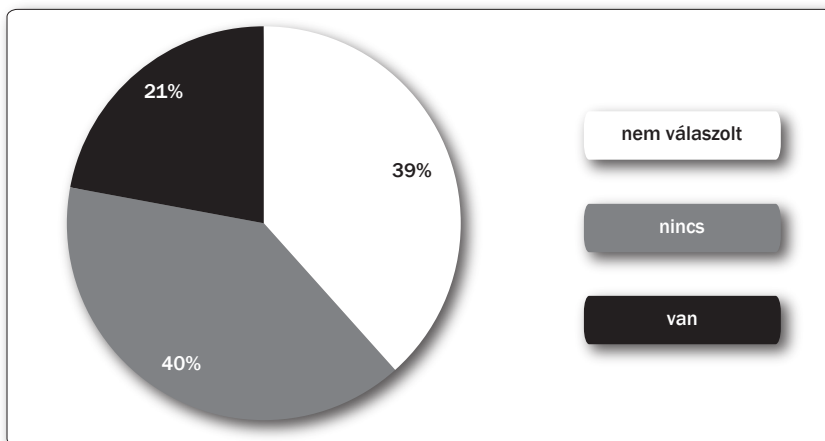
60. ábra. A kliensek munkaerőpiaci elhelyezkedését befolyásoló tényezők (Véleménye szerint az alábbi tényezők mennyire határozzák meg a pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci elhelyezkedésének sikerességét?)



A foglalkoztatással mint az egyik legfontosabb integrációs csatornával kapcsolatban arra kérdeztünk rá, hogy az ellátottak foglalkoztathatóságát milyen tényezők nehezítik: első helyen a vezetők véleménye szerint a kliensek állapota, képességei, szociális szkilljei, kompetenciái állnak. Második legfontosabb a stigmatizáció, a harmadik pedig, hogy nincs elegendő védett munkahely. Legkevésbé lényegesnek találták az intézményvezető kapcsolatrendszerét. (60. ábra)

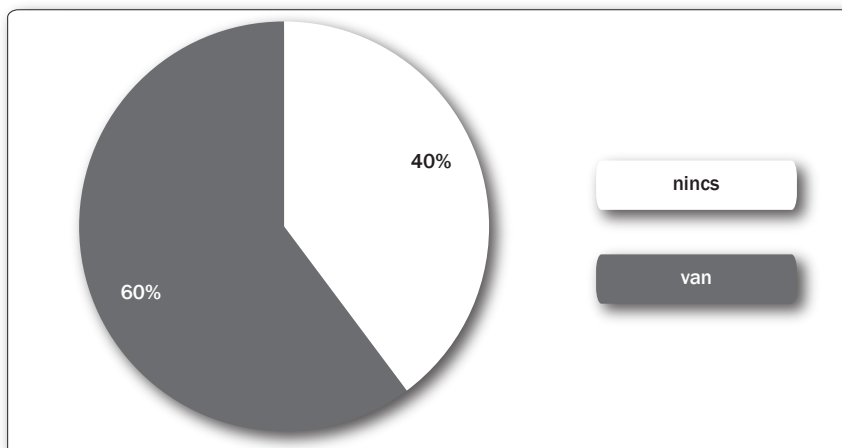
Az intézményből/szolgáltatásból elkerülők esetén utánkövetés jellemzően nincs (40% válaszolta, hogy nincs, 39% nem válaszolt, tehát feltehetőleg ezeken a helyeken sincs).

61. ábra. Az intézményből/szolgáltatásból elkerülők utánkövetése
(Van-e bármilyen utánkövetés az intézményből ki/elkerülők kapcsán?)



Akadálymentesítési terve a többségnek (60%) van.

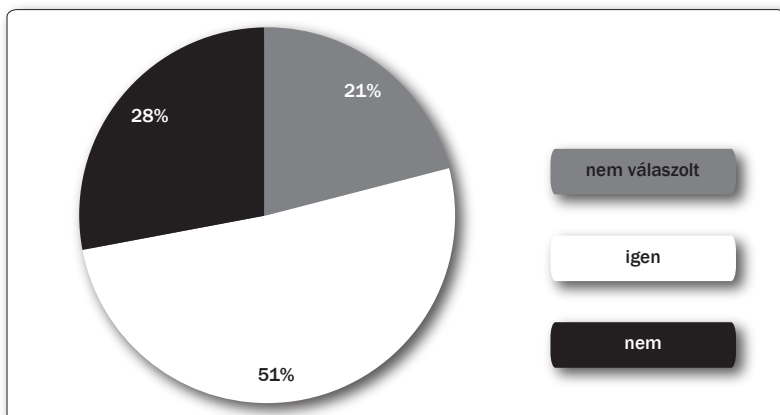
62. ábra. Van-e az intézménynek akadálymentesítési terve?



A lakók többségi akaratával működő érdekképviselői fórum a megkérdezett bentlakást nyújtó szolgáltatások 100%-ában, azaz a mintában lévő mind a 25-ben van.

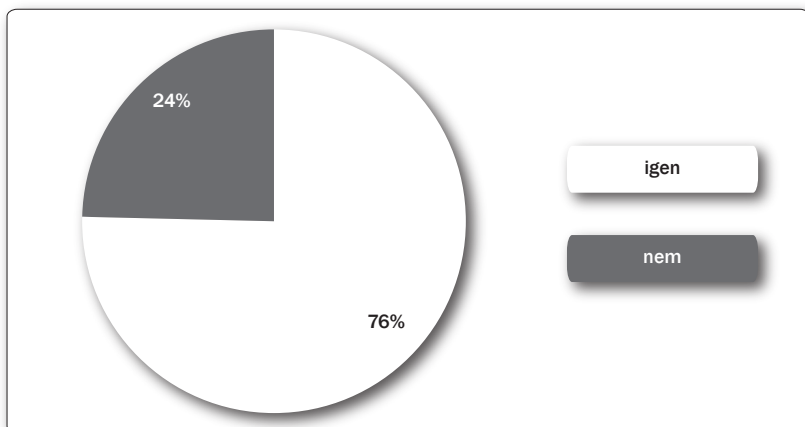
A vezetők kinevezéséhez a szakmai érdekképviselőt a szolgáltatások 51%-a vonja be a saját bevallása szerint.

63. ábra. Az érdekképviselő bevonása a vezetők kinevezéséhez [A 257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet szerint magasabb vezetői kinevezéshez pályázat szükséges, amelybe a szakmai érdekképviselői szövetséget be kell vonni. Ez megtörténik-e?]



A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elérhetőségét a szolgáltatások 76%-a függeszti ki. Ezt az adatot azonban véleményem szerint fenntartással kell kezelni – a szolgáltatások nyilván meg szeretnék felelni a törvényi előírásoknak, egy ilyen direkt kérdés ráirányíthatta a figyelmüket erre a szabályra.

64. ábra. A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elérhetőségének közzététele [Kifüggesztik-e intézményükben az országos érdekvédelmet ellátó szervezet (PÉF) elérhetőségét?]



FÓKUSZCSOPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN

Módszertani bevezető

A kutatás célja, kutatási kérdések

A kutatás célja a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek életminőségének és az általuk – a vizsgálat időpontjában – igénybe vett ellátásnak a bemutatása a szolgáltatást igénybe vevők szemszögéből. A kutatás elsődleges célja, hogy *a pszichiátriai diagnózissal élők, azaz az intézmény felhasználói saját maguk beszéljenek hétköznapjaikról* és értékeljék azokat, valamint az általuk igénybe vett szolgáltatást.

A kutatás során a következő kérdésekre keressük a választ:

- *Élethelyzet:* lakhatási körülmények, munkalehetőségek és körülmények, szubjektív élethelyzet megítélése
- *Szolgáltatások:* az adott szolgáltatás bemutatása és hatása az egyén életminőségére
- *Társadalmi részvétel és befogadás:* elsősorban a vizsgált személy kapcsolatai és kapcsolattartási módjai, a társadalmi befogadás szintje, illetve az állampolgári jogok gyakorlásának lehetősége

Interjúalanyaink felkutatása az általuk igénybe vett szociális ellátásokon keresztül történt az intézmény munkatársainak segítségével. Ezzel az is volt a célunk, hogy interjúalanyaink szubjektív életminőségén, élethelyzetén túl betekintést nyerjünk az egyes intézmények működésébe is, annak életminőségre gyakorolt hatásába.

Az elemzésben bemutatjuk és külön-külön összehasonlítjuk az egyes ellátási formák szerint is az érintettek – a fókuszcsoportos kutatás során megismert – életminőségét. Erre vonatkozóan is megfogalmazhatóak kutatási kérdések:

- Megfelelnek-e az adott szolgáltatások, intézmények a kliensek szükségleteinek?
- Elősegítik-e az érintettek társadalmi integrációját (munkavállalás, lakóhely megtartása stb.)?
- Elősegítik-e az érintettek önálló életvitelét?

1998 óta a pszichiátriai ellátórendszer különböző szintjeinek számos (felül)vizsgálata, monitorozása történt (lásd pl. Keller B.-né és mtsai, 2011, Hronyecz és mtsai, 2004; Gombos és mtsai, 2001), emberi jogi, esélyegyenlőségi, környezeti, szervezeti szempontokból, melyeket érdemes lenne áttekinteni, egy longitudinális elemzést végezni, azonban ennek a kutatási beszámolónak ez nem célja.

47 A kutatócsoport további tagjai: Acél Réka, Lakatos Albertné, Gyöngyösi Katalin, Molnár Anna, Porkoláb Eszter.

A vizsgált szociális szolgáltatások típusai

Közösségi ellátások

A szociális alapszolgáltatások egyik formája a közösségi ellátás, amelynek megszervezése nem kötelező önkormányzati feladat. A szociális alapszolgáltatások körébe tartozó közösségi ellátásoknak három fajtáját vezették be itthon, így a szolgáltatást igénybe vevők diagnózisa szerint specializálva, megkülönböztetünk szenvedélybeteg részére, pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátást, illetve szenvedélybeteg részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátást.⁴⁸

A közösségi ellátást célja, hogy az általa gondozott számára biztosítsa:

- a) „a lakóköznyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
- b) a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését,
- c) a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
- d) a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,
- e) az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
- f) megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.”⁴⁹

Magyarországon 95 közösségi ellátást végző intézmény működik, melynek szolgáltatásában 4205-en részesültek 2013-ban, szenvedélybeteg esetében 4200 fő. (KSH, 2015, 313.)

Nagy létszámú bentlakásos intézmények

Nagy férőhelyszámú ápolást, gondozást nyújtó intézmények szinte minden esetben – életkortól függetlenül – az életút végállomását jelentik.⁵⁰ Itt az érintettek eredeti környezetükből, családjukból kiemelve élnek, igazodva az adott intézmény házirendjéhez, szokásaihoz. Törvény szerint ide azok a krónikus, tartósan mentális problémával élő betegek kerülnek, akik önellátásra segítséggel sem képesek. Magyarországon 52 nagy bentlakásos intézményben több mint 8000 fő él. A nagy bentlakásos intézmények kiváltása jelenleg is zajlik Magyarországon.

Lakóotthonok és támogatott lakhatási formák

A szakosított ellátási formák közül a hazai jogszabályban a közösségi lakhatás koncepciójához⁵¹ (mely az önálló életvitelt a legteljesebben támogatja) leginkább közel

48 1993. évi III. törvény 65/A. §-a, az 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet 39/F-39/I. §-a és 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet.

49 <http://info.kezenfogva.hu/szolgáltatások/23603> (utolsó megtekintés: 2016. 11. 12.)

50 Lásd az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 67. §-át.

51 „Közösségi lakhatás alatt olyan szolgáltatások összességét értjük, amelyek lehetővé teszik, hogy a fogyatékos személyek ugyanolyan körülmények között éljenek, mint a nem fogyatékos állampolgárok az adott társadalmi-gazdasági feltételek között (Mansell és Beadle-Brown 2011; 2012a, 75–81.). A közösségi lakhatás fogalma nem szűkíthető le a lakhatási infrastruktúra és a lakhatásra vonatkozó szolgáltatások összességére, hanem magába foglalja a közösségi élet megvalósításához szükséges

álló szociális szolgáltatás a támogatott lakhatás, azonban mivel hazánkban jelenleg a pszichiátriai diagnózissal élők igen csekély arányának⁵² van esélye ezt a szolgáltatást igénybe venni (az intézményi férőhely kiváltási folyamat napjainkban zajlik), így kutatásunkat kiterjesztettük a lakóotthoni formára is.⁵³

Támogatott lakhatás: „A jogszabály 75. § (1) alapján a támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartását, illetve elősegítését biztosítja.”⁵⁴

Lakóotthon: 85/A § (1): „A lakóotthon olyan nyolc-tizenkettő, a külön jogszabályban meghatározott esetben tizennégy pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is –, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít.”⁵⁵

A célcsoport meghatározása

Kutatásunkba azokat vonjuk be, akiknek pszichiátriai betegség diagnózisa van és/vagy igénybe veszik a pszichiátriai ellátórendszert. Ennek a mintavételnek azonban vannak korlátai is, tekintve a célcsoport heterogenitását, széles körű diagnózis lehetőségét. Jelen kutatásban azonban a kiválasztott intézményt kértük meg, hogy az általuk nyújtott szolgáltatást igénybe vevők közül önkéntes alapon tegyék elérhetővé a kutatásban való részvételt, így interjúalanyaink diagnózisának típusa jelen kutatás szempontjából nem mérvadó. A fókuszcsoport résztvevőinek kritériuma, hogy azonos szolgáltatást vegyenek igénybe. Jelen kutatás során a szolgáltatás interjúalanyaink életére gyakorolt hatását, egyszersmind életminőségét vizsgáljuk a fókuszcsoport keretrendszerén belül.

A kutatás módszertana és elméleti háttere

A fókuszcsoportos kutatás olyan kutatási módszer, „amelynek során az adatok úgy keletkeznek, hogy a kutatás alanyai csoportosan kommunikálnak egy adott témáról”. (Vicsek, 2006, 17.) Jelen esetben feltáró jellegű kutatást végeztünk, amennyiben a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak saját maguk ismertették mindennapjaikat, bemutatták és értékelték az általuk használt intézményt, megfogalmazták nehézségei-

támogatások és a jogi környezet összességét.” (TÁRKI Zrt., 2016, 50–51.)

52 Lakóotthoni szolgáltatás: 233 fő (KSH, 2013).

53 „Támogatott lakásokra vonatkozó statisztikai adat nem érhető el, de a lakóotthonok számát a KSH a lakóforma bevezetése óta gyűjti és közzéteszi. A lakóotthoni ellátás a pszichiátriai diagnózissal élő személyek bentlakásos ellátásában voltaképpen nincsen jelen, az összes hozzáférhető férőhely alig több mint 3%-át teszi ki. A fogyatékos személyek számára lakhatást nyújtó szektornak több mint 12%-a minősül lakóotthonnak. Fontos megjegyezni ugyanakkor, hogy ennek a lakóotthon-állománynak jelentős része az intézmények kerítésein belül helyezkedik el, ezért sok lakóotthont semmiképpen nem tekinthetünk támogatott lakhatásnak.” (TÁRKI Zrt., 2016, 233.)

54 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

55 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

ket, viszonyukat „betegségükhöz”, állapotukhoz. A fókuszcsoportos kutatás sajátosága az interakciókból származó közös véleményformálás – függetlenül attól, hogy egyetértés vagy nézeteltérés jellemzi az egyes interjúalanyokat –, az attitűd jellegű kérdésekre való visszakérdezés és a kutató számára új és releváns témakörök generálódásának lehetősége.

Jelen esetben az interjúalanyok egy adott intézmény felhasználói voltak, így erre a csoportra jellemző a „közös tapasztalatok ereje” (Vicsek, 2006, 39.), ami megkönnyíti a beszélgetést, hiszen a résztvevők ismer(het)ik egymást, azonos élethelyzetben vannak, bizonyos érzékenyebb témákról könnyebben beszélnek.

A beszélgetéseknek hátránya volt, hogy abban az adott intézményben zajlott, ahol az interjúalanyok laktak (bentlakásos és támogatott lakhatás, illetve lakóotthon esetén) vagy klubként használták. Ez a bentlakásos és a támogatott lakhatás, valamint a lakóotthon esetében inkább korlátot jelentett, azonban több esetben előfordult a „megtörik a jég”-effektus (Vicsek, 2006, 41.), azaz egy merészebb interjúalany hatására ki mertek mondani negatív, kritikus véleményeket.

A kutatás célja, hogy bemutassa a vizsgált csoport

- mindennapjainak strukturáltságát (térben, időben, helyszínekben),
- szubjektív jóllétét,
- adott intézmény használati szokásait és az azzal való elégedettséget,
- életminőségének bizonyos faktorait, kiemelve a kapcsolataik mennyiségét és minőségét.

Jelen kutatás tervezésénél a Schalock-féle életminőség felépítésének modelljét vettük alapul (Schalock, Bonham és Verdugo, 2008, 182.).

26. táblázat. A Schalock-féle életminőség modell

FAKTOR	TERÜLET	PÉLDASZERŰ INDIKÁTOROK
ÖNÁLLOSSÁG	Személyes fejlődés	Iskolai végzettség, személyes készségek, adaptív viselkedés
	Önrendelkezés	Választási és döntési lehetőségek, autonómia, személyes kontroll, személyes célok
TÁRSADALMI RÉSZVÉTEL	Személyközi kapcsolatok	Kapcsolati háló, barátságok, társas tevékenységek, interakciók, kapcsolatok
	Társadalmi befogadás	Közösségi integráció/résztétel, közösségi szerepek, támogatások
	Jogok	Emberi jogok (tisztelő, méltóság, egyenlőség)
		Polgári jogok (jogképeség, tisztességes eljárás)
JÓLLÉT	Érzelmi jóllét	Biztonság, pozitív tapasztalatok, önértékelés, stressz hiánya
	Testi jóllét	Egészségi állapot, táplálkozás, pihenés, szórakozás
	Anyagi jóllét	Pénzügyi helyzet, foglalkoztatási státusz, lakhatási helyzet, anyagi javak

A fókuszcsoporthoz tartozó kutatás során indirekt és direkt módszereket alkalmaztunk (egocentrikus kapcsolati háló felrajzolása és magyarázata, bizonyos fogalmakhoz szabad asszociációs játék), valamint a kutatás fókuszja miatt az akadályozottság és az akadálymentesítés fogalmaira direkt rákérdeztünk.

Kutatásunk a CARE Europe⁵⁶ által meghatározott Felépülési modell⁵⁷ koncepciójára épül. A CARE-modell a felépülési folyamat támogatása során egy új, diagnózistól független identitás felfedezését és kiépítését támogatja, melynek során a mindennapi élet új értelmet nyerve kliensből ismét állampolgár válik. A felépülési folyamat sajátosságaként minden út eltér egymástól, azonban három meghatározott fázist állapíthatunk meg (Hollander és Wilken, 2015):

1. stabilizáció (kontroll, egyensúly megtalálása),
2. reorientáció (sebezhetőség jellemzőinek megfogalmazása, identitás és jelentőség teljesség személyes vonatkozásai),
3. reintegráció (erősségekre, lehetőségekre való fókuszálás).

Kutatásunk során a Schalock-féle, fentebb meghatározott életminőség-dimenziókat a felépülési folyamat szemszögéből vizsgáljuk.

A kutatásba bevont személyek

Az interjúalanyok kiválasztását az intézmény végezte, ami a kutatás legkritikusabb pontja. A kutatásvezetői instrukció erre vonatkozóan az volt, hogy ha meg lehet határozni „tipikusnak mondott” ápolat/klienst, akkor ilyen személyek (is) vegyenek részt. A beszélgetésben (pl. adott vizsgált intézményben nagyon gyakori volt a pszichiátriai diagnózis mellett más fogyatékoság, így a csoportban két halmozott fogyatékosággal élő személy is volt), valamint amennyiben lehetséges, legyen köztük munkavállaló. Ezenkívül a fókuszcsoporthoz tartozó kutatás sajátosságai miatt inkább igyekeztünk több különböző szempontot, élethelyzetet megismerni, ezért azt kértük, hogy legyen fiatalabb és idősebb korosztályból és eltérő diagnózissal élő interjúalany is. A kutatásban összesen 35 férfi és 47 nő szerepelt. A korábbi statisztikai adatokat igazolja, hogy interjúalanyaink többsége (57%-a) nő. Átlagéletkoruk az egyes intézménytípusok szerint eltérő, a közösségi ellátásban és a támogatott lakhatási formákban a fiatalabb, bentlakásos intézetekben inkább az idősebbek élnek.

Az intézményvezetők vagy az általuk megbízott munkatárs általában igyekezett olyan klienseket, illetve lakókat kiválasztani a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésre, akik „jobb állapotban” vannak, motiváltabbak, „alkalmasak” egy ilyen beszélgetésre, az intézményre nem „hoznak szűgyent”. Ezt sok esetben ők maguk is elmondták. Éppen ezért némi fenntartással kell kezelnünk a válaszokat, illetve azokat a véleményeket, szempontokat érdemes kiemelni, melyet egy-egy beszélgetés alkalmával markánsan minden érintett megemlít.

⁵⁶ Lásd <http://thecareurope.com/?c=about-care-europe&l=en> (Utoljára megtekintve: 2016. 11. 16.)

⁵⁷ „(...) a felépülés modell sokkal szélesebb spektrumon próbálja megragadni az érintettek életét, az önbizalom, az identitás, a közösségben betöltött szerepek visszaállításának, helyreállításának lehetőségét keresve, akár a tünetek jelenlétének változatlansága mellett.” (Bugarszki, 2013, 70.)

27. táblázat. A kutatásba bevont személyek nemek és átlagéletkor szerinti megoszlása

	KÖZÖSSÉGI			BENTLAKÁSOS			TÁMOGATOTT LAKHATÁS		
	NŐ	FÉRFI	ÁTLAGÉLET- KOR	NŐ	FÉRFI	ÁTLAGÉLET- KOR	NŐ	FÉRFI	ÁTLAGÉLET- KOR
BUDAPEST	4	2	45	3	1	60	4	1	47
NYUGAT-MAGYARORSZÁG	3	3	49	1	3	60	1	4	
DÉL-DUNÁNTÚL	2	2	54	3	2	56	4	1	44
	4	3	52						
ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	4	2	50	4	1	65			
KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	3	1	35	3	1	69	0	3	48
ÉSZAK-ALFÖLD	1	3	46	3	2	61			
ÖSSZESEN	21	16	46	17	10	62	9	9	46

A terepmunka helyszínei, kapcsolatfelvétel

Kutatásunkban Magyarország egy-egy (nagy)régiójában kerestünk meg bentlakásos és közösségi ellátást végző intézményeket, és ahol lehetett, támogatott lakhatást vagy lakóotthont is. Mivel a projekt része egy dél-magyarországi település pszichiátriai ellátórendszerének részletes bemutatása, ezért ebben a régióban mi nem jártunk. Az OKEE (Országos Községi Ellátások Egyesülete) kérésére, hogy komplex ellátásokból is mutassunk be minél több szolgáltatót, a dél-magyarországi régióban két közösségi ellátást látogattunk meg.

Az intézmények kiválasztásában szintén a sokféleség volt meghatározó, illetve egy-egy intézményt specifikussága miatt választottunk ki: közösségi ellátás végző intézmény, melynek szemléletében és az ellátásban is megjelenik a komplexitás (egészségügyi és szociális); vagy a támogatott lakhatás első magyarországi megvalósítója stb.

Az egyes intézményekkel a kapcsolatfelvétel két szinten történt; először e-mail-en egy hivatalos felkérőlevelet és egy beleegyező nyilatkozatot küldtek ki A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány munkatársai egy hivatalos e-mail címről, majd a vezető kutató és munkatársai telefonon keresték fel az intézményvezetőket.

28. táblázat. A vizsgálatba bevont régiók és intézmények

		Közösségi	Bentlakásos	Támogatott lakhatás
Közép-Magyarország	fenntartó	nonprofit	egyházi	nonprofit
	településtípus	megyei jogú város	város	megyei jogú város
	kapcsolatfelvétel	problémamentes	pontatlan, hiányos	problémamentes
	interjúalanyok száma (fő)	4	5	3
Nyugat-Magyarország	fenntartó	nonprofit	állami	állami
	településtípus	város	község	község
	kapcsolatfelvétel	pontatlan, hiányos	problémamentes	bentlakásoshoz tartozik
	interjúalanyok száma (fő)	6	5	5
Dél-Dunántúl	fenntartó	nonprofit	egyházi	egyházi
	településtípus	város	város	város
	kapcsolatfelvétel	pontatlan	problémamentes	bentlakásoshoz tartozik
	interjúalanyok száma (fő)	4	5	4
Budapest	fenntartó	önkormányzat	önkormányzat	önkormányzat
	településtípus	Budapest	város	város
	kapcsolatfelvétel	problémamentes	problémamentes	bentlakásoshoz tartozik
	interjúalanyok száma (fő)	6	4	5
Észak-Magyarország	fenntartó	önkormányzat	nonprofit	
	településtípus	város	község	
	kapcsolatfelvétel	problémamentes	problémamentes	
	interjúalanyok száma (fő)	6	5	
Észak-Alföld	fenntartó	nonprofit	nonprofit	
	településtípus	megyei jogú város	község	
	kapcsolatfelvétel	pontatlan	problémamentes	
	interjúalanyok száma (fő)	4	5	
Dél-Dunántúl	fenntartó	nonprofit		
	településtípus	város		
	kapcsolatfelvétel	problémamentes		
	interjúalanyok száma (fő)	6		

Összesen 17 intézményt kerestünk fel, ebből 7 közösségi ellátást végez, 6 bentlakásos otthont működtet, ebből 3 működtet támogatott lakhatást, és ezen kívül egy egyesület által működtetett, alulról szerveződő támogatott lakhatást ismertünk meg.

A közösségi ellátást 5 esetben egyesület vagy alapítvány végzi szerződésben az önkormányzattal, míg 2 kifejezetten önkormányzati fenntartású. A bentlakásos intézmények közül 2 egyházi, egy nonprofit, a többi állami fenntartású volt.

A kapcsolatfelvételhez szükséges információk (e-mail cím, telefonszám, intézményvezető neve) három forrásból származtak (Kézenfogva Alapítvány szolgáltatási adatbázis, Család-, Ifjúság- és Népesedéspolitikai Intézet kapott engedéllyel rendelkező intézmények összesítő adatbázisa, internet), azonban a felkért intézmények négy esetben nem kapták meg az online értesítőt, és egy esetben nem egyezett az intézményvezető neve. Több esetben az intézményvezető magán e-mail címére kellett változtatni a kommunikáció terét, szintén többször előfordult, hogy a fenntartó címe jelent meg és a tényleges működési helyszín hiányzott. Mivel ilyen pontatlanságok, illetve az online megközelíthetőség akadályozottsága a közösségi ellátások esetében is tapasztalható, felvetődik a kérdés, hogy a Bugarszki–Gordos–Marketti által megfogalmazott megkereső munkával⁵⁸ (Bugarszki, Gordos és Marketti, 2016) párhuzamosan a megkereshető szolgáltatás milyen mértékben valósul meg.

A kapcsolatfelvétel során az esetek többségében együttműködőek voltak az intézményvezetők, egy esetben utasították vissza megkeresésünket, egy esetben pedig engedélyt kértek a fenntartótól, két esetben az intézmény pszichiáterétől, valamint egy esetben az OKEE elnökének hivatalos beleegyezését kérték. Ezek (visszautasítás, pluszengedélyek) semmilyen következménnyel nem jártak, hiszen a kutatásban való részvétel az intézmények és az intézményhasználók részéről is önkéntes volt.

A fókuszcsoportos kutatás horizontális elemzése

Közösségi ellátások és klienseik

Helyszínek – területi és fizikai adottságok

A közösségi ellátások szemléletéből kifolyólag és a törvényi előírásoknak [1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet] megfelelően, könnyen megközelíthetőek, az adott település központi vagy központhoz közeli részén helyezkednek el. A közösségi ellátásokban gyakori, hogy egy foglalkoztatóhelyiséget berendeznek, ahová a kliensek bejárhatnak és közös programokat, foglalkozásokat szervezhetnek.

Az általunk felkeresett közösségi ellátások mindegyike közösségileg integrált környezetben (lakótelep közepén vagy az egyik lakótelepi ház földszinti szolgáltatóhelyiségében, iskola vagy óvoda mellett, esetleg művelődési ház épületében stb.)

58 „Tekintettel a pszichiátriai problémával élő emberek vulnerabilitására (sebezhetőségre/sérülékenységre), a közösségi ellátásoknak aktívan kell törekedniük az érintettek elérésére és bevonására.” (Bugarszki, Gordos és Marketti, 2016, 7.)

helyezkedett el, három kifejezetten a városközponttól rövid gyalogos távolságra, a többi három pedig nem is feltétlenül a városközpontban, ám onnan könnyen megközelíthető helyen található. Elhelyezkedését tekintve az egyik intézmény kapcsolódott kifejezetten egészségügyi környezethez, ugyanis egy kórházi udvar szélső részén helyezkedett el, bár nem a kórház főbejáratán keresztül lehetett eljutni oda. Az egyetlen, elhelyezkedését tekintve igazán integrált ellátás az OKEE javaslatára felkeresett dél-dunántúli közösségi ellátás, ami egy művelődési házban belül található. Ez annyiban is eltér a többi felkeresett szolgáltatástól, hogy a korábbi rossz tapasztalataik miatt alaposan felkészítették klienseiket a velünk való beszélgetésre.

Szemléletében és az ellátásban négy mondható komplexnek, azaz ahol a szociális, közösségi ellátás mellett egészségügyi ellátás, szakemberekkel való aktív kapcsolat is megjelent. Két intézmény volt önálló épületben, azonban itt az egyikben több szolgáltatás is működött (étkeztetés, pszichiátriai gondozó, színház stb.), a másik önálló épület egy konténer volt (folyamatban van egy pályázat nagyobb épület igénylésére). A többi intézmény többnyire egy lakóépületnek a részeként működött, függetlenül attól, hogy más szolgáltatásokat is működtetnek vagy sem. Az intézmények berendezése és az épületek állaga eltérő, találkoztunk rossz minőségű épületben szegényesen és gazdagon is berendezett közösségi ellátással, azonban ahol maga az épület is felújított, ott a berendezés, a rendelkezésre álló helyiségek és szolgáltatások is jó minőségűek voltak. A helyiségek berendezéseit, díszítéseit sok esetben az adott terápiás foglalkozásokon készült tárgyak adták. A fókuszcsoportok ezekben a tágasabb helyiségekben zajlottak.

Önmeghatározás: beteg, intézményhasználó

A beszélgetéseket minden esetben a projekt bemutatásával, az anonimitás biztosításával, a diktafonhasználati engedély kérésével és saját magunk bemutatásával kezdtük. Ezután arra kértük a jelenlevőket, hogy ők is mutakozzanak be.

A bemutatkozás során több esetben nem mondtak nevet vagy csak keresztnévet használtak, nyilvánvalóan a diktafontól való félelem és a kutatók iránti bizalmatlanság miatt. A szokásosnak mondható önmeghatározási elemek, mint életkor, családi állapot stb. nem feltétlenül kerültek elő, sokkal inkább a pszichiátriai diagnózissal élőkre jellemzően (lásd Légmán, 2012) szinte minden interjúalany a szolgáltatáshoz kapcsolódóan beszélt, vagy a betegségeit, diagnózisait sorolta fel, valamint több esetben elmesélte a betegletútját, esetleg annak intézményhez kötődő részletét.

„Skizofrén vagyok, 1998 óta vagyok...” (dél-dunántúli férfi)

„(...) közel húsz éve küszködök ezzel a depressziós, hol le, hol fent hangulatváltozással. (észak-alföldi nő)

Feltehetően a beszélgetés helyszíne erősen befolyásolta az önmeghatározást, hiszen ha nem is számoltak be részletesen betegségeikről, akkor az intézményhez való

viszonyukat, azt, hogy mióta van kapcsolatuk a közösségi ellátással, szinte minden interjúalany elmesélte.

„(...) és jó szívvel fogadják, annak ellenére, hogy pszichiátriai gondozásban van, mert szerintem az embereknek most ez, hogy pszichiátriai gondozott, ez egy ilyen taszító dolog, hogy mi baja van.” (nyugat-magyarországi nő)

„(...) 2009 óta ismerem a F közösséget, ott ismertem meg az Y-t, és 2012 óta járok ide a F-be [közösségi ellátás]. Nagyon sokat köszönhetek, nagyon köszönöm, hogy ide járhatok. Rengeteg szolgáltatást igénybe veszek, és egyre jobban fejlődök.” (budapesti nő)

„Szervusztok, XY-nak hívnak, a F-nál [közösségi ellátás] dolgozom mint eljáró, már 2009 óta. 2001-ben mutatták nálam ki a skizofrénia paranoidest, majd 2016-ban, ebben az évben a bipoláris betegséget.” (észak-alföldi férfi)

A munkavállalás, illetve a rokkantsági nyugdíjazással kapcsolatos élethelyzetek, problémák is előkerültek a bemutatkozás részeként.

„Mi van, mit nem bírsz, akkor minek jelentkeztl munkahelyre, mikor nem bírsz? Akkor most kihez forduljak? Az orvos azt mondja, akkor minek jelentkezett, ha bír dolgozni?” (észak-magyarországi nő)

Az egyik legfejlettebb és a legdeprimáltabb régióban élő kliensek bemutatkozása jelentette a két végletet. Míg az észak-magyarországi régióban élők rögtön „üzenni” próbáltak általunk a minisztériumnak, hosszan beszéltek anyagi, munkaerőpiaci, lakhatási, OOSZI Bizottsági nehézségeikről, anomáliáikról, addig a közép-magyarországi régióban élő interjúalanyok, röviden, tömören, néhány mondatban mutatták be magukat. Az előbbi idézetben azt fejtegeti az interjúalany, hogy az állapota nagyon változó, de folyamatos munkavégzésre képtelen, az OOSZI Bizottság szerint viszont nem, vagy csak kis mértékben megváltozott munkaképességű, ami kevés juttatással jár, így megélhetése bizonytalanra válik, mások segítségére szorul.

Lakhatási körülmények

A közösségi ellátottak esetében kiemelten fontos, hogy megfelelőek legyenek a lakhatási körülmények, és a kliensek képesek és motiváltak legyenek önmaguk ellátására (tisztálkodás, ételmezés, lakás karbantartása), mert ezáltal elkerülhetővé válik a bentlakásos intézetben való elhelyezésük. Két interjúalany számolt be kifejezetten rossz lakáskörülményekről, az egyik helyen már az áram is ki van kapcsolva, egy másik interjúalany pedig önkormányzati szükséglakásban lakik, amelynek bedőlt az egyik fala. Továbbá három interjúalanyunk mondta, hogy bizonytalan a lakhatása, ketten hitelszerződés, egy pedig vagyoniilag nem rendezett válóper miatt.

Nyolcan élnek (válaszadók 22%-a) egyedül, és 13-an szüleikkel, jellemzően édesanyjukkal, illetve négyen testvérekkel közösen laknak (az egyik interjúalany jellemzően csak nyáron él testvérével, nem túl jó a viszonyuk, ezért ezt nem tüntettük fel). Nyolcan élnek házastársukkal vagy élettársukkal (két esetben kiterjesztett családban), és két helyen velük élnek a gyermekek is, illetve egyik interjúalanyunkat gyermeke magához vette. Interjúalanyaink közül 11-nek van gyermeke. Felvetődik a kérdés, hogy az egyedül élők, illetve a testvérrel vagy az édesanyjával együtt élők esetében az időskor előrehaladtával, az édesanya halálával meddig lesznek önállóan képesek.

A hétköznapiak strukturáltsága

Interjúalanyaink életét jelentősen befolyásolják betegségeik, többen számoltak be arról, hogy hétköznapijaikat a gyógyszeresedés vagy valamilyen betegségből származó tünet befolyásolja (pl. percre pontosan kell étkezni, inzulininjekciót adni stb.).

„Tehát nekem például fontos a rendszeresség, és az, hogy ne legyen sok változás.” (közép-magyarországi nő)

„Mert az fontos, fontos, hogy tegyek egy nap valamit magamért, amiben örömöm lelem. És utána jöhetnek még a kötelességek, amit el kell látni egy nőnek. Bevásárlás, mosás, egyebek. És az, hogy ki tudok mozdulni otthonról. Mert muszáj egy depressziós embernek kimozdulni otthonról.” (észak-alföldi nő)

Azoknak az interjúalanyoknak, akik nem dolgoznak, a hétköznapijaikat általában a házi és a kerti munka, ügyintézés, bevásárlás tölti ki. Szintén többen beszámoltak arról, hogy betegségük és a gyógyszerek, illetve az idős kor miatt szükséges napközben is aludniuk. Idősebb édesanyjáról, unokákról vagy egyéb rokonról való gondoskodást szintén többen említettek, ami segít az aktív korban lévő, ám munkanélküliek feleslegességérzésének csökkentésében. Kifejezetten aktív társasági, szomszédsági viszonyokról hárman számoltak be.

„Úgy gondolom, hogy unatkozok. Elmegyek egy kicsit a városba, körülnézni, biciklizni.” (észak-magyarországi nő)

„Hát én...segítek anyunak, klasszikus zenét szoktam hallgatni, egész nap... meg newage kategóriájú zenét. Templomba járok néha vasárnaponként... Megjavítom a szomszédok számítógépét, ha elromlik... ahhoz jól értek.” (dél-dunántúli férfi)

Az egyéb elfoglaltságot, szórakozást tekintve kifejezetten közösségi háznak vagy klubnak használják többen a közösségi ellátás foglalkozásait, programjait (5-en akár

hetente 3-5 alkalommal is, jellemzően Közép-és Nyugat-Magyarországon), illetve három településen említettek más intézmények (jellemzően nappali ellátás) által kínált lehetőségeket. Négyen egy egyháznak aktív tagjai, ami önkéntes munkával is jár, ketten sportolnak napi rendszerességgel, többen önkénteskednek.

„(...) körülbelül 2 órát szoktunk játszani a kispályán. Az nagyon jót tett, fizikailag is, meg lelkileg is. Megmondom, őszintén, szerintem többet tett, mint a gyógyszer.” (dél-magyarországi férfi)

„Akkor a nyugdíjas pedagógusklubbal szintén kirándulni járunk, akkor találkozunk téli időszakban, nyáron nem. Akkor múzeumokba járok, ugyanígy a házzal is, a pedagógusklubbal is, akkor szakszervezet, akkor másik szakszervezet.” (budapesti nő)

„Meg van egy kis Máltai Szeretetszolgálat, ahol lakok, a közelbe, és akkor oda eljárok hétfőnként az öregekhez. Van négy idős néni, aki vár engem, és megyek hozzájuk, és ez nagyon nagy örömet okoz nekem, hogy tudok egy kicsit földobni a hétköznapijaikat.” (dél-dunántúli nő)

Ezen kívül megjelennek még egyéb hobbitevékenységek is mint horgászás, zenélés, olvasás, de a legjellemzőbb tevékenység a házimunka mellett a tévézés volt.

Jövedelmi viszonyok, munkavállalás

Interjúalanyaink közül csak ketten érték el már az öregségi nyugdíjkorhatárt és életkorukat, ledolgozott éveket számítva ketten viszonylag közel vannak az öregségi nyugdíjhoz. Egyébként mindenki megváltozott munkaképességű és valamilyen járadékban részesül. Általában nagyon alacsony összegű juttatást kapnak, hiszen hamar kiestek a munkaerőpiacról. Ezzel kapcsolatos nehézségek régiótól függetlenül mindenhol megjelentek, valamint több esetben megjelent az Országos Orvosszakértői Bizottsági felmérésektől való félelem és az ebből fakadó bizonytalan helyzetek.

„Én munkahelyen nem próbálkoztam, mert otthon annyi tennivaló van, hogy nem győzném. Mert nagyon hamar elfáradok, tehát hamarabb, mint egy egészséges ember.” (dél-magyarországi férfi)

„Maximum befekszem a pszichiátriára, nehogy elvegyék akkor [a rehabilitációs járadékot, mgj. – a szerz.]. Mert nem tudok elhelyezkedni. Mert én nem tudok elhelyezkedni epilepsziával, nem vesznek fel sehova.” (észak-magyarországi nő)

A korábban említett kiterjesztett családformákban való együttélés feltehetően az alacsony jövedelmeknek is betudható, ezért nagyon sok esetben megjelent, hogy a munkavállalás mennyire fontos, vagy fontos lenne.

„A hatvanas években volt olyan, hogy munkaterápia. Időszerű lenne visszahozni.” (budapesti nő)

„(...) hogy itt alapítványt kéne csinálni, hogy a mi cuccainkat [a foglalkozáson készült tárgyakat – a szerz.] eladják, de erre szerintem nincs pénz és nincs lehetőség.” (budapesti nő)

„Hát, hogy ott 35-öt kapok, én is 5, 45-öt kapok, de leminősítettek rehabilitációs járadékra, és egy 10-est elvettek, most 35 000 Ft-ból nem tudok megélni, ugyanúgy a párom is ezekkel az összegekkel, és elmentem dolgozni, mert annyiból egyszerűen nem lehet megélni... (nyugat-magyarországi férfi)

„A tesztet az sikerült, csak nem vettek fel. Most nem mondták meg miért, de valószínű azért, mert le vagyok százalékolva. Mert három műszakot, hogy nem vállalhattam volna.” (észak-magyarországi férfi)

„A munkahellyel kapcsolatosan, eddig nem sikerült munkát találni, mert olyan munkát ajánlottak, ami... hát egy munkahelyen fölvettek volna, itt a kórházban, de sajnos kórházba kerültem. A többi helyen elutasítást kaptam.” (dél-magyarországi nő)

„Karitászba járok, segíték hajléktalan embereken. És a F.-ba járok, mert szeretek ide járni, mert itt jól érzem magam. Mert a munkában sajnos nem vagyok jó. Több helyen dolgoztam, de nem sikerült. (budapesti nő)

„Mert ahhoz, hogy vállalkozó legyek, ahhoz nagyon sok pénz kéne, szóval többbe kerülne a hús, mint a lé... meg hát nagyon szigorú törvények vannak, ha meg feketén csinálom, akkor biztos, hogy... ráfizetnék. Sajnos. (...). Egy kis pluszpénz, mer' nagyon kevésből élek, aztán... és pedig biztos, hogy lenne rá igény, mer' eddig nem nagyon volt olyan, hogy nem tudtam volna megcsinálni egy számítógépet...” (dél-dunántúli férfi)

Interjúalanyaink kétharmada (13 fő) dolgozik, legkevesebben a dél- és az észak-magyarországi régiókban, míg a közép-magyarországi régióban mindenki, a nyugat-magyarországi régióban egy kivétellel szintén mindenki munkavállaló volt. Az észak-alföldi közösségi intézményben rehabilitációs és fejlesztő-felkészítő foglalkoztatást is tudnak végezni a kliensek, interjúalanyaink közül ketten a fejlesztő-felkészítő munkavállalói. Egy kivétellel mindenki részmunkaidőben dolgozik, és hárman dolgoztak kifejezetten megváltozott munkaképességűek számára létesített foglalkoztatóban. Erre a munkahelyre csak egyvalaki panaszkodott, hogy monoton munkát végeztetnek velük, és annak ellenére, hogy megváltozott munkaképességűeket foglalkoztatnak, „normás” foglalkoztatás van, és állandóan retteg, hogy elbo-

csátják. A dél-magyarországi védett foglalkoztatásban dolgozó nő teljesen elzárkózott a munkahelyéről való beszélgetéstől. A közép-magyarországi régióban hárman rehabilitációs munkahelyen kezdtek el dolgozni, de véglegesítették őket, határozatlan idejű szerződésük van.

„És nekem az nehéz volt (pénzügyi részleg – mgj. a szerz.), hogy egész dél előtt nagyon kellett koncentrálni. És néhány hónappal később átraktak a munkaügyre, aminek nagyon örültem, mert azért jóval könnyebb, meg ott jobb is a csapat, azt tapasztalom.” (közép-magyarországi nő)

Munkatársakkal, főnökökkel való viszony többnyire kiegyensúlyozott, kifejezetten sértő diszkriminációról kevesen számoltak be, mert ezeken a munkahelyeken általában vannak más megváltozott munkaképességű dolgozók is. Interjúalanyaink vagy megszokják ezeket a helyzeteket, vagy kénytelenek felmondani (egy interjúalanyunk azóta munkanélkülivé vált), de van olyan interjúalanyunk, akinek sikerült magát elfogadtatnia, ami a toleráns munkáltatói attitűd következménye (cégen belül áthelyezték). Az elutasító kollegiális és munkáltatói attitűdön talán célzott antistigma program változtathatna (ha továbbra is fennmarad a kedvező foglalkoztatási program).

„(...) de hát szépen kilábaltam a dolgokból, sőt, annyira, hogy a munkahelyemen már azt mondják, mondogatják, hogy hiszen én nem is vagyok beteg, én mér' kapok a betegség miatt pénzt, meg hogyha diplomás vagyok, mit keresek én itt, miért foglalom más elől a lehetőséget, a munkában.” (nyugat-magyarországi nő)

„Két éve dolgozok körülbelül, úgy vettem észre, hogy az állapotomon javít, hogy az hogy nem tudom magam túlpörögni, mert a munkahelyen elfáradok... Munkatársakkal kijövök, kicsit félnek tőlem, mer' hogy ilyen betegségem van, látom 1-2 embert, hogy tartanak tőlem.” (nyugat-magyarországi férfi)

A munkaerőpiaci aktivitás azonban nem csak a jövedelem szempontjából fontos, hanem a mindennapi élet strukturáltsága (Jahoda, 1981) és az emberi kapcsolatok, és nem utolsósorban a mentális kiegyensúlyozottság szempontjából is. A munkaerőpiacról való kiesés megváltoztatja a hétköznapiakat, rutintalanná teszi az embert, és nem csak szakmailag, hanem a rendszeresség és az alkalmazkodás miatt is nehéz újra munkába állni.

„Hát hétközben jobban vagyok, mint hétvégén, mert hétvégén magam alá kerülök, de hétközben kizökkent a munka, kikapcsol.” (észak-alföldi férfi)

„(...) az utolsó munkaviszonyom kb. két éve kezdődött, és hát elég nehéz volt megszokni, előtte egy évig nem dolgoztam, és nehéz volt visszatérni a munka világába.” (nyugat-magyarországi férfi)

Összességében elmondható, hogy túlreprezentáltak voltak interjúalanyaink között a munkavállalók, azonban így többet megtudhattunk munkakörülményeiről. Úgy tűnik, a prosperálóbb településeken, régiókban a megváltozott munkaképességek is könnyebben találnak állást, még ha végzettségüknek nem is, de állapotuknak (részben a gyógyszerek mellékhatásainak következtében) megfelelő részmunkaidős foglalkoztatást. A munkavállalók és az inaktívak életét is jelentősen befolyásolja az Országos Orvosszakértői Bizottság rendszeres felülvizsgálatának eredménye, ami sok esetben megnehezíti a munkavállalást, a rehabilitációs járadék pedig csak 3 évig kedvez a munkáltatónak. A munkakeresés másik fő akadálya a beszűkült munkaerőpiac mellett a munkáltatók stigmatizációja.

Családi anamnézis

A fókuszcsoportos interjú során direkt kérdés a családi anamnézisére nem vonatkozott, mégis az interjúalanyok közül sokan (7 fő, 19%) megemlézték, hogy családjukban mások is érintettek pszichiátriai betegség területén: három esetben testvér, édesanyát, illetve gyermeket és unokahúgot is említettek. A rokonok közül egy kivétellel mindenki részesül valamilyen pszichiátriai ellátásban, több esetben annál az intézménynél, amelynél interjúalanyaink is kliensek. Azonban van olyan rokon, aki bentlakásos otthonban él, illetve kiskorúként gyermekpszichiátriára jár. Ezeknél a családoknál különösen fontos a közösségi gondozás, rendszeres kapcsolattartás.

Az intézményhez való viszony

Minden kliensről elmondható, hogy pozitívan, esetleg hálával gondol a közösségi ellátásra, függetlenül attól, hogy hány éve látogatja. A közösségi ellátásnak része az intézményben való foglalkozások lehetősége is, valamint a házi segítségnyújtás is [lásd 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet]. Kizárólag házi segítségnyújtást ketten vesznek igénybe.

„Kéthetente vagy három, ahogy kijön a lépés úgy mindig meglátogatnak. Telefonon tartjuk a kapcsolatot. (...) Bármilyen problémám van, elintézik, amit én nem tudok elintézni. Úgyhogy teljesen meg vagyok elégedve ezzel a szolgáltatással. (dél-magyarországi férfi)

„(...) szolgálat, amit ők csinálnak, illetve ez a lehetőség, hogy ide bejárhat az ember.” (nyugat-magyarországi nő)

„Én ebben a F.-ban úgy szeretném lerajzolni, hogy minden, ami itt létezik egyben, az orvosok, a mentorok, a dolgozók, a betegek, együtt az egész, nekem így tetszik, ahogy van. (...) Számomra az életet, a közösséget, az együtt-létet, meg, hogy a jövőt, megtanulni olyan helyzeteket, ami, hogy egyedül megtanuljak élni.” (budapesti nő)

„Énnekem a kapcsolati csoport által a családi viszonyom jobb lett. Tanultam sok hasznos dolgot, amit én is az életemben beválthatok.” (budapesti nő)

„Hát sok program szokott lenni, kedvesség, megértés, meg ki szoktak jönni hozzánk beszélgetni.” (észak-alföldi férfi)

„És az, hogy ide, az már őket is jó érzéssel tölti el az ismerősöket, már nem ez a lehangolt, hanem egy kicsit aktívabb, és ez látszik is rajtam. Sokszor szokták is mondani, hogy egész megváltoztál.” (észak-alföldi nő)

A közép- és nyugat-magyarországi régióban klubnak hívják a közösségi ellátást, esetleg a gondozójukkal azonosítják. Budapesten, valamint az észak-alföldi intézményben az intézmény nevét használják, azonban Budapesten rögtön megjelenik a gondozó neve is, míg a 2. dél-alföldi régióbeli intézményben csak „alapítványnak” hívják. Mind az öt helyen nagyon sok programlehetőségről számoltak be: filmvetítés, angol, sakk, számítógép, kreatív-kézműves foglalkozás, csocsó, furulyaoktatás stb. A többi helyen a gondozójukkal azonosítják az intézményt, ami nagyon erős személyes kapcsolatot feltételez. Észak-Magyarországon szociális segítő és a családsegítő megnevezés is felmerült, itt egy intézmény több szolgáltatást lát el, és feltehetően ezek a kliensek nem csak a pszichiátriai közösségi ellátás területén érdekeltek.

„És jól éreztem magam, mert itt olyan emberek között voltam, mert itt olyan emberek vannak, mint én.” (nyugat-magyarországi nő)

A házi gondozás elvégzésében – különösen községi, falusias ellátási terület esetében – kiemelten fontos a kliensek elérhetősége. Ennek ellenére Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön nincs szolgálati autója az intézménynek, hanem tömegközlekedéssel látogatják meg a klienseket. Profán módon fogalmazva „akkor van ellátás, amikor jön a busz”. Közép-Magyarországon szintén nincs saját gépkocsija az intézménynek, ott az egyik gondozó autóját használják, de az üzemanyagköltséget ki tudja gazdálkodni az alapítvány. Ezzel szemben Dél-Magyarországon, ahol egy konténerszerű épületben van az intézmény, a területi ellátást viszont több autó végzi, sőt kisbuszuk is van.

Kapcsolatfelvétel, „toborzás”

A „toborzás” kifejezés furcsán hangzik egy ilyen környezetben, azonban ezt több intézményvezető is használta. A kliensek legtöbb esetben a kórházak pszichiátriai osztályán hallottak erről az ellátási típusról, vagy a közösségi intézmény dolgozói keresték meg őket az osztályokon, esetleg a kezelőorvosuk ajánlotta nekik. Mindez azért jelenthet pozitívumot, mert a kezelőorvos figyel a betegeire, és tudja, hogy krízishelyzetben a közösségi ellátásbeli gondozók támogat(hat)ják betegét, és elkerülhetővé válik egy újabb kórházi kezelés, ez a projekt egyik tapasztalati szakértője szerint „jó gyakorlat, fontos”. Néhány esetben szintén pszichiátriai betegségben érintett ismerős, rokon vagy másik szervezet dolgozói ajánlották a közösségi ellátást, ami szintén pozitív, hiszen „szájhagyomány útján” terjed az ellátás jó híre.

„(..) aztán a nővérem, az ő segítségével jutottam el ide” (budapesti férfi)

„(..) rokonom járt utána, hogy ilyen szociális gondozó... nézzen rám, és akkor így beszélt az orvossal is, és akkor így ajánlotta” (dél-dunántúli nő)

Összességében a klienseknek az intézmény, a gondozók kapcsán leginkább a nyugalom, megértés, elfogadás, szeretet, törődés, segítségnyújtás, társaság, kikapcsolódás, bizalom jutottak eszébe.

A kliensek kritikai észrevételei – stigmatizáció, jövőkép

A sok pozitívum mellett azonban megjelennek a közösségi ellátással kapcsolatos fenntartások is. Bármennyire is az önálló életvitel fenntartását és az eredeti közösségben való megmaradást hivatott támogatni ez az ellátási forma, mégis sokszor számoltak be arról, hogy diszkriminál, illetve az intézményhasználók közül néhányan diszkriminációként élik meg, hiszen ide többnyire csak érintettek és a gondozók járnak.

„Hát, én jól vagyok. Azt nem mondom, hogy nem vagyok beteg, mert akkor nem járnék ide. De attól függetlenül közérzetem az jó.” (dél-magyarországi férfi)

„Ha én itt vagyok, akkor én betegnek érzek magam. Az X-szel, sőt már a doktornővel is többször megbeszéltem. Azt mondta a doktornő, hogy ne járjak. (...) Mégis az az érdekes, ha egy ismerőssémmel találkoznék, aki itt lenne, szégyenérzet lenne bennem.” (közép-magyarországi nő)

„Ez egy jó bélyeg, mert ha kimondjuk ezt, hogy F (szolgáltatás neve – mgj. a szerző), mindjárt bélyeg. Azt sem tudja, hogy itt mi van, mit csinálunk, nem, és ezért mondtam én, hogy nekünk kell kifelé mutatni, hogy mit csinálunk mi itt benn.” (budapesti nő)

„Hát szerintem a vadidegen egészséges emberek nem tudják értékelni ezt a munkahelyet, és nem is nézik olyan nagyon munkahelynek. A szomszédaim például mindig nevetve mondják, hogy na, mit csinálok a F.-nál [fejlesztő-felkészítő] meg minden.” (észak-alföldi férfi)

Nem csak magával az ellátással, hanem általában „betegségükkel” kapcsolatos stigma, a társadalomban elfoglalt helyük is előkerült. Valamint ők is megfogalmazták, hogy a láthatatlan és ismeretlen „betegekkel” elutasítóbbak, míg akik ismerik kicsit közelebbről őket, azok elfogadóbbak velük szemben.

„(...) szerintem az embereknek most ez, hogy pszichiátriai gondozott, ez egy ilyen taszító dolog, hogy mi baja van.” (nyugat-magyarországi nő)

„(...) és nagyon-nagyon örülnék neki, ha a társadalom is meg tudná beszélni, nekem ez a bajom veled, neked ez a bajod, akkor ülünk le és beszéljük meg. De ehhez idő kell, és türelem.” (budapesti nő)

„Ez a véleményük az embereknek, sajnós. Hogy miért vagyunk betegek, és a betegségre fogjuk az egészséget és nem dolgozunk.” (budapesti nő)

„Hála Istennek, pszichiátrián nem voltam, csak addiktológián. Hát a pszichiátria, az az komoly betegséget jelentenek a társadalom. Szintén a társadalomba azok az emberek nem tudnak beilleszkedni, akik pszichiátriai betegek. Egyszerűen a társadalom lenézi őket.” (észak-magyarországi nő)

Jövőkép

Az általunk megkérdezettek jövője és vágyai leginkább az egészségre, jövedelmi bizonytalanságra koncentrálnak (főképp leszakadó régiókban). A jövőkép azonban sok esetben nem bizakodó. Az összegző táblából is kiderül, hogy interjúalanyaink több mint fele egyedül vagy szüleivel él, így felmerül a kérdés, hogy hány éves koruk tudnak eredeti lakhelyükön élni, önálló életvitelt folytatni.

„(...) az anyukám a jövőmet is elintézte, hogy ha meghal, akkor én bekerülök egy intézetbe, egy ilyen pszichiátriai intézetbe, és nem maradok egyedül” (budapesti nő)

„Hogyha a jövőmben belegondolok, a távolabbi jövőmben, akkor teljesen le vagyok, magam alá kerülök, mert depresszióba esek. Mert az anyagiak miatt.”
(észak-alföldi férfi)

Azonban vannak olyan interjúalanyok is – főképp fiatalabb foglalkoztatottak, prosperáló régióban – akik bizakodóan, tervekkel néznek a jövőbe.

„(...) ezen a munkahelyen maradni, ugyanúgy szeretnék gyülekezetbe járni, időközönként jönni a klubba. És bízom benne, hogy majd lesz egy társam.”
(közép-magyarországi nő)

Ezzel párhuzamosan alakulnak az idealizált jövőképek, vágyak is. Itt is elsősorban egészség, anyagi biztonság, harmonikus családi élet fogalmazódik meg.

„A munkahely megmaradjon, a gyerek tanuljon, a család megmaradjon, a betegségem ne romoljon.” (dél-dunántúli nő)

„(...) meg szeretnék gyógyulni, mert... borzasztó rossz az, amikor az ember így... kinn van az utcán, aztán mint hogyha nem is élnék, vagy nem... mintha ébren álmodnék” (dél-dunántúli nő)

Akadályozottság és pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegség

A pszichiátriai betegség kapcsán interjúalanyainknak a leggyakrabban a megbélyegzettség, elutasítottság jutott eszébe, esetleg kiszolgáltatottság, kiközösítés, kirekesztettség. Feltehetően azért ezek voltak leggyakoribbak, mert a közösségi ellátásban élők többet találkoznak a társadalom azon részével, akiknek nincs pszichiátriai diagnózisuk, mint a bentlakásos otthonban élők.

„Hát, nekem elsősorban korlátot jelent ez a betegség, ha az emberről megtudják, hogy pszichiátriai beteg, akkor nem fogadják úgy el, ahogy az ember szeretné.” (nyugat-magyarországi férfi)

Természetesen itt is megjelentek a diagnózisok, és mindemellett megjelenik néhány pozitív dolog is, mint elfogadás, gyógyulás.

„Nehézség, lehangoltság, de van megoldás.” (észak-alföldi nő)

Valamint a kritikai észrevételek:

„(...) az ország fele pszichiátriai beteg, csak nem ismeri be” (dél-dunántúli férfi)

„Ez szerintem nem agybetegség, hanem a lelke beteg.” (észak-magyarországi nő)

„Áltudomány és a pszichológusok terpeszkednek a trónon”. (dél-dunántúli nő)

A pszichoszociális fogyatékoság kifejezést itt sem nagyon ismerték, inkább találgattak, legtöbbször a leszázalékolásra, csökkent munkaképességre asszociáltak, akárcsak akadályozottság esetében.

„Valami nagyon bonyolult bigyó.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Hát olyan betegség, ami akadályoz a mindennapi tevékenységben.” (észak-alföldi nő)

„Hát akadályozva vagyok, mert le vagyok százalékolva, és nem vagyok egészséges, tehát nincs olyan nagy munkabírásom. Jók a gyógyszerek, de vannak mellékhatásaik is. Többek között a fáradékonyság, aluszékonyság.” (dél-dunántúli férfi)

Általánosságban elmondható, hogy minden általunk meglátogatott intézmény támogatja a hétköznapi és hivatalos, adminisztratív (pénzbeli ellátások igénylése, hi-telek) területen is klienseit függetlenül attól, hogy van-e szolgálati autójuk vagy sem, hogy milyenek a fizikai adottságok vagy melyik régióban helyezkednek el. Szintén mindegyikre jellemző, hogy bármikor be lehet menni az intézménybe, ott fogadják őket. Azonban klubként igazán kettő működik, egy harmadik pedig most pályázik új épületre, ahol tervezik a klubszerű üzemeltetést. Összességében ezek az ellátások is nagyon hasznosnak, sőt sok helyen nélkülözhetetlen segítségnek bizonyulnak.

Összegzés

Összefoglalva tehát megállapítható, hogy a közösségi ellátásokat minden kliens dícsérte, elégedettek voltak velük, és az interjúk alapján úgy tűnik, segítenek az önálló életvitel megtartásában.

A közösségi ellátások közül háromban szenvedélybetegek és pszichiátriai betegek ellátását is végzik, és ellátási területük viszonylag nagyinak mondható. Sok esetben nem csak egy szolgáltatás működik az adott helyszínen – minden bizonyosan így jobban tudnak gazdálkodni az emberi erőforrásokkal (nyilván az adminisztratív munkakörökben). Az ellátottak száma minimum 20, maximum 59 fő, míg a teljes ellátó személyzet 3-8 fő között mozog. Az egy kliensre jutó gondozók számát ebből az arányból nem lehet kiszámolni, de mindenképpen kitűnik, hogy az egyes szolgáltatások leterheltsége régióként eltérő.

Az interjúalanyaink kétharmadának legfeljebb szakmunkás végzettsége van, ami jelentősen ronthatja munkavállalási esélyeiket, mégis interjúalanyaink 36%-a foglalkoztatott. Ez az arány feltehetően országos szinten, az összes közösségi ellátásra

kivetítve alacsonyabb, mert ennél a szolgáltatási formánál is a legmotiváltabb kliensekkel beszélgettünk. A hazai gazdasági átalakulások következtében az egyes szakmunkák iránt feltehetően nőni fog a kereslet, de ilyesfajta prognózisokba ebben a tanulmányban nem bocsátkozunk.

Fontos kiemelni, hogy interjúalanyaink 58%-a egyedül vagy szüleivel él, ami az életkor előrehaladtával vagy a szülő elhalálozása esetén a bentlakásos intézményi elhelyezés valószínűségét növeli. Fontos lenne számukra a támogatott lakhatási formákban való elhelyezés mint alternatíva elérhetővé tétele. Szintén a bentlakásos otthonok felé tereli interjúalanyainkat az a környezeti tényező is, hogy 14%-uk bizonytalan (önkormányzati szükséglakás, bedőlt hitel, kifizetetlen közüzemi számlák) vagy rossz, egészségtelen lakhatási körülmények között él.

29. táblázat. Közösségi ellátást végző intézmények és az intézményhasználók jellemzői régiók szerint

	KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	NYUGAT-MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	BUDAPEST	ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	ÉSZAK-ALFÖLD	DÉL-DUNÁNTÚL
KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁST VÉGZŐ INTÉZMÉNYEK							
ELLÁTOTTAK SZÁMA	46	50	56	20	55 szenvedélybeteg, 51 pszichiátriai beteg	57 pszichiátriai beteg, 41 szenvedélybeteg	59 pszichiátriai beteg, 61 szenvedélybeteg
ELLÁTÁSI TERÜLET	város és 3 járás	megye	város és 4 járás	kerület	3 járás	város	34 település
MEGKÖZELÍTHETŐSÉG	belváros	belvároshoz közel	belvároshoz közel	kerület központjához közel	belváros	belvárostól nem messze	belváros
KÖRNYEZET	emeletes házas környék	iskola és lakóházas környék	kórház és iskola	óvoda és lakóházas környék	városháza mellett	emeletes házas környék	közösségi ház
KLUB JELLEG	jellemző	jellemző	kevésbé jellemző	jellemző	nem jellemző	jellemző	jellemző
AUTÓ	nincs, csak benzinpénz	van	van	nincs, csak benzinpénz	nincs	nincs	nincs
GONDOZÓVAL KAPCSOLAT	aktív	aktív	kevésbé aktív	aktív	aktív	kevésbé aktív	aktív
KÓRHÁZZAL KAPCSOLAT	kevésbé aktív	kevésbé aktív	aktív	kevésbé aktív	kevésbé aktív	aktív	aktív
ELLÁTÁSOK SZÁMA	2	2	2	2	5	5	2
ELLÁTÓ SZEMÉLYZET	4	8	3	23 (nappalival)	4	3.5	8
PROFIL	pszichiátriai betegek	pszichiátriai betegek	pszichiátriai betegek	pszichiátriai betegek	pszichiátriai és szenvedélybetegek	pszichiátriai és szenvedélybetegek	pszichiátriai és szenvedélybetegek

	KÖZÉP- MAGYARORSZÁG	NYUGAT- MAGYARORSZÁG	DÉL- DUNÁNTÚL	BUDAPEST	ÉSZAK- MAGYAR- ORSZÁG	ÉSZAK- ALFÖLD	DÉL- DUNÁNTÚL
ELLÁTOTTAK							
INTERJUALA- NYOK SZÁMA	4	6	4	6	6	4	6
EBBŐL NŐ	3	3	3	3	4	1	4
MAX. 8 ÁLTALÁNOS	1	2	1	2	2	0	1
SZAKMUNKÁS	0	2	2	2	2	1	3
ÉRETTSÉGI	2	0	1	1		3	2
TECHNIKUM	1	1	0	0	1	0	0
FELSŐFOKÚ VÉGZETTSÉG	0	1	0	1	1	0	0
BIZONYTALAN, ROSSZ LAKHATÁSI KÖRÜLMÉNYEK	1	0	0	0	4	0	0
EGYEDÜL ÉLŐK	1	2	2	1	1	0	1
IDŐSEBB SZÜ- LŐVEL ÉLŐK	1	1	1	4		1	5
CSALÁDBAN ÉLŐK	1	2		1	2	2	0
EGYÉB ROKON- NAL ÉLŐK	1	1	1	0	3	0	0
CSALÁDI ANAMNÉZIS	1	0	1	0	1	0	1
FOGLALKOZTA- TOTT	4	5	1	0	1	2	0

„Otthon is, meg börtön is” – pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek nagy létszámú bentlakásos intézeti vizsgálata

Helyszínek – területi és fizikai adottságok

A bentlakásos intézetek vagy otthonok, ahogy az elnevezés is tükrözi, olyan intézmények, melyek teljes lakhatást és ellátást biztosítanak. Ezek általában végleges otthonnak számítanak az érintettek életében. Magyarországon korábban számos monitorozáson estek keresztül, melynek következtében jelentős változások történtek

a szabályozás és a gyakorlat szintjén (pl. egy főre jutó lakó m², kötelező minimum zsebpénz, hálós ágyak megszüntetése stb.). Azonban ezek sok esetben még mindig totális és zárt vagy félig zárt intézetek, melyek korlátozzák és stigmatizálják lakóikat.

Az általunk felkeresett hat intézmény közül négy nagy létszámú intézmény, kettő 50 férőhelynél kisebb. Egy otthon nem tiszta profilú, hanem a lakók értelmileg akadályozott személyekkel közösen élnek, két intézményben pedig épületek szintjén is elkülönített demensosztály is működött. Településen belüli elhelyezkedésüket tekintve négy intézmény a belvárostól nem messze, de még nem is külterületen helyezkedett el, egy kifejezetten a falu szélén egy ipari egységgel szemben található. A Budapesthez tartozó vidéki bentlakásos intézmény helyzete speciális, az eredeti lakhelytől és közösségtől több mint száz kilométerre lévő városban működik, a telephely városában azonban könnyen megközelíthető, nem szegregált környezetben helyezkedik el.

Az épületek állaga, minősége eltérő, az elmúlt tizenöt évben általában mind-egyik átesett jelentős, ha nem is minden épületre kiterjedő felújításon, akadálymentesítésen, illetve az egyik épület felújítása a kutatás ideje alatt zajlott. Jellemzően a demensosztályok, illetve demens személyek számára elkülönített épületek nincsenek felújítva. Általában mindenhol van legalább egy foglalkoztatóhelyiség, sok esetben emeletenként közösségi teret is alakítottak ki. Három helyen van ún. „relaxációs” vagy „harmóniaszoba” és nagycsoportos terápiákra szolgáló nagyobb helyiség. Vannak olyan intézmények, ahol egyéb tevékenységre is van külön kialakított helyiség pl. színházterem, moziszoba, fitneszterem, könyvtárszoba. Az intézményekhez általában nagyobb kerthelyiségek is tartoznak (az egyik intézményben óriási kertgazdálkodás folyik), padokkal, (fedett) dohányzásra kijelölt helyekkel. Két olyan intézményben voltunk, ahol a foglalkoztatóhelyiség nagyon szegényes, bűdös és kissé koszos volt, ezek közül az egyikhez ráadásul egy maximum 20 m²-es betonosított zárt kert tartozik csupán.

A nagyobb intézmények több épületből álltak. Az általunk meglátogatott intézmények közül kettőnek volt olyan külön épülete, ahol az önellátóbb, motiváltabb emberek élnek, míg háromhoz tartozott lakóotthon/támogatott lakhatás céljára külön épület. Mindenhol egy közös étkeztetési helyiség működött, a vizes blokkok mennyisége viszont több helyen kevésnek mondható, sok esetben egy folyosón egy koedukált fürdő áll rendelkezésre 4-5 zuhanyzóval, melyek elérhetősége a lakók számára korlátozott (erre több panasz is érkezett). Szobákba csak két helyen tudtunk bemenni (egy helyen megmutatták volna, csak épp felújítás zajlott), ezek tágas szobák voltak (a törvényi előírásoknak megfelelően), vegyes minőségű bútortattal.

A bentlakásos intézetek zárt intézményként való elnevezésének és funkcionálisának egyik eleme a bejárás és a kijárás korlátozása, amely nem csak a látogatók számára, hanem az otthonban élők számára is feltételekhez kötött. Általában mindenhol van beléptető porta, két helyen kérték el és írták fel a nevünket. Két helyen nem volt porta, itt csak becsöngetve jutottunk be, a kijárás ezeken a helyeken van a legszigorúbb feltételekhez kötve.

Interjúalanyaink fizikai állapota – egy intézet kivételével – a külső szemlélő számára megfelelőnek bizonyult. Ruházatuk egy-két személy kivételével, tiszta volt, bár kissé szegényes, kopottas. Fogazatuk sokuknak nem volt teljes, illetve egy-egy hiányos, törött szemüveget is láttunk. Általában elmondható interjúalanyainkról, hogy a közösségi ellátást használók „ránézésre” jobb állapotban lévőknek tunk, mint bentlakásos intézményekben élők.

Önmeghatározás: intézetben élő – üzenet külfelé

A bentlakásos intézetben élőkkel való beszélgetést ugyanúgy a kölcsönös bemutatkozással kezdtük. Ennek során az interjúalanyok kétharmada hosszan beszélt: vagy élettörténeti epizódokat mondtak el vagy az intézettel kapcsolatos megállapításokat tettek vagy mindkettőt.

„Az eltartási díj az állandóan nő, a ránk fordított pénz meg állandóan csökken. Nagyon sok milliót elvontak most is az intézettől.” (budapesti férfi)

„Ez zárt intézet, és erről én sem tudtam, amikor ezt ajánlották, hogy ez a X. városi A. Otthon, ez zárt intézet. Tehát innen nem lehet kimenni! Csak engedéllyel vagy a gondnoknak a hozzájárulásával. (közép-magyarországi nő)

„Én szeretnék innen X.-ről elkerülni, K.-ra. És, és van négy gyerekem, a két uramat elvitték, megölték.” (észak-magyarországi nő)

A bemutatkozás során általában teljes névvel mutatkoznak be, és itt a diagnózisok felsorolása helyett vagy mellett az intézeti lét kezdetét említik, azt, ahogyan hozzászoktak az intézeti szokásokhoz, rendhez, vagy idekerülésük történetét osztják meg. Interjúalanyaink identitásának egyik legmeghatározóbb elemévé vált az, hogy bentlakásos otthonban élnek, többen az érkezésük napra pontos dátumát is megmondták.

„X. vagyok, és már húsz éve itt élek az intézetben. Hát én nagyon jól érzem magam, és már meg is szoktam.” (dél-dunántúli nő)

„Y. vagyok. 1983 óta vagyok pszichiátriai beteg, és ahogy teltek az évek, és sodort az élet a rossz sorsomra, egyre súlyosabb lettek a kórképek.” (észak-alföldi nő)

„(..) kaptam egy ilyen stroke-ot, otthon a lakásban (..) és akkor az ideg orvosnő javasolta a kórházi főorvosnőnek azt, hogy én kíséretre szorulok, mert

hát ez bármikor újból megismétlődhet, és akkor nincs, aki nekem segítsen. Na, most így került szóba az otthon, hogy ha én elmennék otthonba, akkor nem lennék egyedül. (közép-magyarországi nő)

Az élettörténeti események közül gyakran említik a foglalkozásukat, lakhatási körülményeket, családot, gyermekkort.

„Y.-nak hívnak, ötödik éve vagyok itt a T.-ban. 1995-ben kerültem rokkantsági nyugdíjba, mániás depresszióval. És hát korábban sok állásom volt, a Z.-nél voltam műszaki ellenőr, utána a N.-i téveszben építésvezető, mert építész a szakmám. Akkor ezeket a szakmákat abbahagytam, váltottam divat-áru-kereskedőnek.” (észak-alföldi férfi)

„(...) árva lettem, ott maradtam adósságban, és a kórházban kezeltek a pszichiátrián és akkor mondta egyszer a főorvos asszony, G. orvosnő, hogy fogad az otthon. 2010. december 28-án jöttem, hatodik éve vagyok itt. Először nehéz volt megszokni ezt a házirendet, ami van. De teljesen nem volt furcsa, mert voltam kollégista.” (dél-dunántúli férfi)

„És megbeszéltem velük, a nagyobbik fiamnak vettem föl három és félmillió forint hitelt, ahhoz hogy meg tudja építeni a házát. (...) és azt mondtam a kisebbik fiamnak, hogy hozzatok papírt a gyámhatóságtól, és én aláírom, hogy bevonulok otthonba.” (közép-magyarországi nő)

Akik rövidebben mutatkoznak be, azoknál is meghatározó az intézeti lét említése.

„Hát mit tudok magamról mondani, hát én tanár, pontosabban tanító-tanár, testnevelés szakon. Hét, nyolc éve vagyok itt, mást nem.” (budapesti férfi)

„H. É. vagyok, és azt szeretném elmondani, hogy én itt jól érzem magamat. Király dolgom van, mert pavilonba' lakok és kétágyasba'. Tényleg király dolgom van. Reggelenként eljárók a konyhára dolgoztatni.” (észak-alföldi nő)

Három intézményben találkoztunk azzal, hogy erősen érdeklődtek, kik vagyunk mi, kinek a megbízásából jöttünk, illetve mintha üzeni kívántak volna velünk ki felé, a döntéshozók, minisztérium felé vagy kérdéseket tettek fel nekünk, hátha tudunk valamilyen információt szolgáltatni.

„Hát akkor én megkérdezném, hogy milyen céllal készül ez a program?”
(budapesti nő)

„Azért, mert hogy vagyok én arról biztosítva, még amíg élek, fennáll. És ha nem áll fenn, nem bírja finanszírozni, azt hiszem, az önkormányzati hivatal finanszírozza, nem?” (közép-magyarországi nő)

A közösségi ellátások esetében ilyen üzenet jellegű közléseket csak az észak-magyarországi régióban hallhattunk. Az intézményeknek egy kivétellel van betegönkormányzatuk, de egyéb érdekvédelmi szervezetet nem említettek az interjúalanyok.

A hétköznapiak strukturáltsága

A hétköznapiak strukturáltsága erősen kötött, mivel nagy létszámú ember irányítása és rendszerben tartása csak pontos napi időbeosztás mellett lehetséges: egy adott nap ritmusát a gyógyszerkiosztások és az étkezések időpontjai határozzák meg. Ezenkívül intézményenként eltérő, hogy mikor lehet mosakodni, mikor vannak a csoportos foglalkozások vagy a kimenők.

„(...) fölkeltenek minket, negyed hétkor szoktak. Tehát akkor gyógyszerosztásra megyünk, megkapjuk a gyógyszert. Az jó fél óra, mire a gyógyszert, mert 88-an vagyunk” (budapesti nő, rehabilitációs osztályról)

„Hát hatkor van ébresztő, tízkor takarodó.” (közép-magyarországi férfi)

Általában jelentősen eltér azoknak az otthonban élőknek a napjai, akik valamilyen munkát végeznek, illetve akik nem dolgoznak. A mindennapokat szintén befolyásolja, hogy vannak-e programlehetőségek, fejlesztő foglalkozások, és hogy ezeken részt vesz-e az adott bentlakó vagy kimarad ezekből.

„Vagy próba, mert ugye, a születésnapra készülünk, vagy énekeltem, vagy táncoltam, vagy szavaltam, tehát borzasztó sok elfoglaltságom volt, akkor képességfejlesztő tanfolyamra járok, FF Alapítványba járok, tehát gyakorlatilag majdnem minden napra volt valami elfoglaltságom.” (budapesti nő)

„Nekem van egy szobatársam, akinek elég sok problémája van, és sokat kell neki segíteni. Úgyhogy én azzal is el vagyok foglalva, hogy őneki az ágát meg kell csinálni, segíteni, hogy felöltözzön, fésülködjön, (...) de különben elég sokat tévézek. Meg le szoktam menni az udvarra, sétálni, úgy hogy ami marad idő, azt olvasással töltöm el.” (dél-dunántúli nő)

Egyébként a bentlakásos otthonokban a legfőbb tevékenység a cigarettázás. Azokon a helyeken, ahol jó időben voltunk, az udvari dohányzó tele volt emberekkel.

„Énnekem a napom, amikor időm van, az a cigitöltéssel megy, mert abból semennyi mennyiség nem elegendő, és amellet élélmezésbizottsági tag vagyok, úgyhogy oda szoktam elmenni, körbejárok, összegyűjtöm kinek mi az igénye, mi volt régen, mi nem ízlik, mi ízlik, jó-e mennyiségre, minőségre.” (budapesti nem dolgozó nő)

„Tízórai. Pipázok, ilyenek, pipázok, rádiót hallgatok.” (közép-magyarországi férfi)

„Nincs, nincs itt, se foglalkoztatás olyan, de még mikor jó volt a lábam, meg minden, sokkal több volt a foglalkoztatás, (...) meg az emberek sem olyanok, hogy foglalkozzanak, hogy érdemes. Mindegyik lesi, azt hogy cigije legyen, kávéja legyen, csikkje legyen, az udvaron összeszedi a csikkeket. Ez a probléma.” (észak-magyarországi férfi)

„A dohányzók élnek társasági életet, inkább, mint a nemdohányzók, tehát ugye, tehát, akik nem dohányoznak, azok, azok sokkal lustábbak, elgubbasztanak, vagy tehát inkább magányosabbak.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Hát én most azt, hogy egy kicsit sivár az egész, de telnek a napok, egyik a másik után.” (dél-dunántúli nő)

Az általunk meglátogatott intézetek közül kettőben voltak szegényesek a programok, foglalkozások. Az egyikben néhány tornaeszköz, egy közepes méretű könyvespolc és a tévé jelentette az összes szabadidős lehetőséget, valamint egy pszichológus napi egyórás terápiás-szabadidős foglalkozása.

„Én nagyon szeretem a U-t (pszichológus – mgj. a szerző), mert mindent megtesz értünk. Mindenkihez egyenként bemegy, elmondja, hogy mi lesz a foglalkozáson, és megkérdezi, hogy érdekel.” (közép-magyarországi nő)

„Van a reggeli, reggelizünk.” (észak-magyarországi nő)

„És unatkozunk.” (észak-magyarországi nő)

„Hogy unatkozunk? Nézzük a tévét...” (észak-magyarországi nő)

Négy intézetnek a felszereltsége kifejezetten gazdag (nagy kert, külön foglalkoztatóhelyiségek, színházterem, biliárdasztal, önálló kápolna, kerámiaégető), és emellett a lakók számos terápiás foglalkoztatás közül választhatnak, rendszeresen

vannak úgynevezett „nagy csoportok”, azaz amikor például az egy folyosón élő emberek megbeszélnek az egyik „mentális” nővér vezetésével az elmúlt egy-két hét eseményeit, problémáit. (A vallásgyakorlásban való korlátozásra egyik interjúalanyunk sem panaszkodott.)

„(...) szerdán lenne még az agyagozó, kerámiaműhely és akkor ott dolgozom, ilyen művészet, képzőművészet, ez délig van, 8-tól délig, 11-ig, és 2-től van az alsó szoba, nemezelés, batikolás, tehát ilyen képzőművészeti dolog, jó, jónak tartom, leköti az időmet.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Már előre kérjük, hogy legyen diszkó. Minden hónapban egyszer van, első csütörtökön, és teljesen odáig vannak, és nagyon nagy sikere van a diszkónak.” (észak-alföldi nő)

Jövedelmi viszonyok, munkavállalás

A bentlakásos intézményekben élők foglalkoztatásának szabályozása szerint többféle lehetőség van: a fejlesztő-felkészítő, rehabilitációs [3/2006. (V. 17.) ICsSzEM rendelet] munkavégzés, a munkaterápia [1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet], illetve kijárhatnak dolgozni az intézetből, bár az általunk vizsgált intézmények közül ez egyetlen ember esetében fordult elő. Két intézményben nem volt lehetőség semmilyen foglalkoztatásra, és jellemzően ezek voltak azok az intézmények, ahol a programok és a terápiás foglalkoztatások száma is alacsony. Három intézményben mindhárom típusra van példa, sőt kettőben a rehabilitációs célú foglalkoztatás nem is az intézet kerítésén belül, hanem a városban/faluban külön erre a célra felújított, illetve épült épületben található. Az egyik ilyen épület ráadásul integrált foglalkoztatásnak számít, mert nem csak az intézet lakói dolgoznak ott. A negyedik intézetben, ahol van foglalkoztatási lehetőség, csak fejlesztő-felkészítő jellegű munkatevékenység folyik. Interjúalanyaink kétharmada dolgozott, ami minden bizonnyal felülreprezentálja az átlagot, de feltehetően azért lettek ők kiválasztva az interjúra, mert ők a motivált, „jó állapotú” betegek (ahogy az intézmény munkatársai fogalmaznak).

„Egy pár hónapja azt a megbízatást kaptam a konyhafőnöktől, R.-tól, hogy segítsek terítőket letenni. Fölhozni a mosodából a tisztát, a szennyest levinni, és megteríteni reggelihez, ebédhez, vacsorához.” (dél-dunántúli nő)

„Reggel felkelek, általában 6 órakor, rendberakom magam, megiszom a kávémat, és negyed 8-kor, 7 óra 20-kor, az első között reggelizek, mert mosogatni kell menni, és a mosogatásnak vége van, megyünk az előkészítőbe, ami azt jelenti, hogy a zöldséget, krumplit, mindent előkészíteni a szakácsoknak, mindig másnapra dolgozunk.” (nyugat-magyarországi nő)

„Akkor kimegyünk a munkahelyre, MHSZ épületébe, akkor ott várunk egy húsz percet, fél órát, akkor jönnek, kinyitják az ajtót, megreggelizünk, akkor elszívunk egy cigit, akkor nyolctól délig dolgozunk.” (dél-dunántúli férfi)

„Én állandóan azt mondom, hogy munkát, pénzt. Olyan munkát kéne szerezni, amivel el tudják foglalni magukat, amihez van kedvük, és nem döglenek éjjel-nappal. És lenne egy kis pénzük, mert állandóan probléma a pénz. A 99% cigizik, ami aranyárban van, kávéznak, más szórakozásuk nincs. És nincsen pénzük, úgyhogy állandóan megy a tarhálás, hétköznapi, péntektől már kibíráhatatlan.” (budapesti nő)

„8 órakor lemegyünk a munkaszövödébe, és akkor a munka, az előkészületi munkát, végzem én, legalábbis, ő, tehát ilyen varrás, meg ilyen szabás, ruha-csíkokat kell feldarabolni, ami szőnyeget szőnek, és akkor ott vagyunk délig.” (nyugat-magyarországi férfi)

„C épületnek az első emeletén dolgozom, és ez eltart fél háromig, fél kilenctől tizenegyig vagyunk délelőtt, akkor van egy kétórás ebédszünet, az is itt az épületen belül van, a földszinten az ebédlő. Egy órakor megyünk vissza dolgozni, fél háromig vagyunk délután.” (budapesti nő)

A foglalkoztatásnak számukra különösen nagy jelentősége van: egyrészt sokuknak nagyon alacsony bevétele van (hamar kiestek a munkaerőpiacról vagy eleve rossz fizetésük volt), és maguknak kell fizetni az intézeti díjat. Akinek – ha kevés is – de van pluszjövedelme, tud magának extra dolgokat venni, ám az intézeten belüli státusnövekedéshez éppen elég, ha valakinek mindig van cigarettája, és azzal esetleg üzletelni is tud. Harmadrészt pedig az intézetbeli idő eltöltésének ez egyik igen hasznos módja.

„Hát, délelőttönként szokott lenni ilyen terápiás munka, azt szoktam elvállalni. Ilyen iratmegsemmisítés, meg borítékgyártás. Csak nekem az a meglátásom, hogy ezért a munkáért nagyon kevés pénzt kapunk. (...) De én már azt is mondtam, hogy nem a pénzért csinálom, hanem, hogy elfoglaltam magam délelőtt.” (északi-alföldi férfi)

„Kilenc órától fél tizenkettőig, és akkor még délután is visszamegyünk, rádiót hallgatni, szól a zene. Délután egy órától fél háromig. És nagyon kellemes a légkör, beszélgetünk, elbeszélgetünk, de nyilván első a munka, és kellően összeszoktunk, nagyon kellemes.” (észak-alföldi nő)

Természetesen felmerül a kérdés, hogy ezek a foglalkozások, munkák mennyiben felelnek meg egy adott személy tényleges képességeinek, tudásának, és leginkább milyen mértékben segítik elő mentális és fizikai állapotának javulását, szinten tartását. Az elvégzett munkával, munkabeosztással kapcsolatosan kifejezett panasz vagy elégedetlenség nem hangzott el, ezért némi fenntartással, de talán megállapítható, hogy ezek a munkavégzések inkább hasznosak és előremutatóak számukra, bár két helyen elhangzottak kritikai megjegyzések is.

„(...) mamutgyáripari vállalatnál dolgoztam, erőssáramú kábelgyár, hajógyár, akkor csiszolóipari vállalat, akkor egyesült technikai gépgyár, (...) szupertechnikából belekerültem egy ilyen pár évszázaddal később egy ilyen feudális munkába meg az életformába.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Hát, amit itt végzünk munka, hát betanított munkát végez itt mindenki, és olyan monoton, hogy szabályosan kiszívja az ember erejét. Négy órában jobban elfáradok, mint a kinti világban 8-9 órás munkakörben.” (budapesti nő)

Az intézet mint lakóhely

Szobákba csak két helyen tudtunk bemenni, ezért a lakók elmondásaira kell hagyatkoznunk. Kifejezetten rossz állapotokról, koszról senki nem számolt be. A szobák lakóinak száma eltérő attól függően, hogy az egyes intézetek mely részlegén lakik az érintett; általánosságban elmondható, hogy minél jobb állapotban van valaki, annál kisebb létszámú szobában lakhat, annál nagyobb fizikai teret kap. A Budapesthez tartozó vidéki bentlakásos otthonban meséltek a legnépesebb szobákról, míg interjúalanyaink közel fele kétágyas szobákban lakik, illetve az egyik intézetben csak háromágyas szobák voltak.

„Nem a szobatársaimmal van a probléma, hanem az, hogy tulajdonképpen alkalmazkodni hét embernek egy szobán belül, meg a szekrények, meg a ruhapakolás, meg a mit tudom én, gyakorlatilag ekkora helyünk van. Tehát nem a személyzet ellen van kifogásom, mert a személyzetre nem tudok rosszat mondani.” (budapesti nő)

„Szűken van a szekrény és az ágy között a hely, oldalasan kell mennünk, hogyha egymás mellett elmegyünk, de ha egyedül megyek, akkor kényelmesen odaférek.” (dél-dunántúli férfi)

Intimszoba két helyen van, és két helyen volt, de megszüntették (egy nyugat-magyarországi interjúalanyunk elmesélte, miért szüntették meg az intimszobát: „de

hát most már hogy az előregedés a, azért 20 év és a közvetlen, hogy is mondjam, na, nem is vagyunk annyira csinosak egymásnak”), egy helyen nem is volt, házastársi-élettársi szobák viszont egy kivétellel mindenhol megtalálhatók.

„Kiveszi a kulcsot, nem, bevárja a párokat. Az egy pár ugye, és akkor bezárja, kiveszi a kulcsot. És amikor kopogtatnak, hogy kész vannak, akkor már ki lehet jönni.” (észak-magyarországi nő)

Internet-hozzáférésről a legnagyobb létszámú intézményben számoltak be, a második legnépesebb intézetben pedig tervezik úgy a bővítést, hogy a lakók és a dolgozók külön hálózatot használhassanak. Időnként a lakók használhatják a nővérek számítógépeit.

„Nem nagyon lehet. Kell könyörögni, ők használják inkább a két foglalkoztató nővér. Nincs, internet-hozzáférés nincs.” (észak-magyarországi férfi)

„Pár szobának van internete. Vagy az X.-nek volt, de már lekerült a lakóotthonba. (dél-dunántúli férfi)

Az észak-magyarországi intézetben is beszámoltak arról, hogy néhány embernek van internete és számítógépe, tehát akinek van ehhez kellő tudása és pénze, saját magának vehet internetet. Mobil telefonnal majdnem mindenki rendelkezett.

Az egészségügyi ellátás és a gyógyszerelés megítélése változó. Általában magukkal a kezelő orvosokkal, nővérekkel elégedettek interjúalanyaink, mégis előke-rültek problémák. A szerződött orvosok száma és szakterülete intézményenként változó. A belgyógyász vagy a háziorvos az intézmények többségében heti gyakorisággal, a közép-magyarországi otthonban havi rendszerességgel jár ki, a pszichiáter szakorvosi ellátásra a későbbiekben kitérünk.

„Az I. nővér a legmesszebb menőig kiszolgál bennünket.” (közép-magyarországi nő)

„A nővérekkel is jó a kapcsolatom. Szerintem a mi osztályunkon nagyon jó a nővéri gárda.” (budapesti nő)

„Akkor hallucináltam, meg félelemérzetem volt, hogy becsavarodok. És most nincs, most egész jó a közérzetem, mert szóltam a U. főorvos úrnak, hogy legyen szíves leszedni, mert nem volt raktáron, és két hétig nem szedtem, és jobban éreztem magam. És mondtam neki, ha valami gondom van, akkor szólok, és kiírja a gyógyszert, hogy ha...” (dél-dunántúli férfi)

„2008, ’10 körül sokat kezeltek, nem is sikerült helyrehozni (pszichiátriai kórházi osztály – mgj. a szerző), aztán idekerültem, most ahol jelenleg vagyok, itt azért helyrehoztak, idekerültem 60 kg-mal, 70-nel, itt azért szépen 100 körül, azért sok, azért itt jobban, sokkal összeszedtem, gyógyszerek, minden.” (nyugat-magyarországi férfi)

„És én maximálisan elégedett vagyok, a dolgozók felénk nyújtott munkájukkal. Nagyban segítik a gyógyulásunkat, mindent megtesznek azért, hogy napról napra jobban érezzük magunkat. Szeretek itt lenni.” (északi-alföldi nő)

Az orvosi ellátással kapcsolatosan két helyen merült fel kritika. Az egyik egy általános, bentlakásos otthonokon kívül is gyakran felmerülő kritika, miszerint a pszichiáter orvosoknak nincs idejük a páciensekre, s nagyobb igény lenne pszichoterápiára, amelyre sok esetben nem, vagy csak alig van lehetőség.

„...a személyes pszichiátriai orvosok, mostan orvosaimnak, mostan, időhiány, tehát 1 hónapba, statisztikailag van legalább 1000 vagy 1500 páciense, tehát időhiány miatt nincs köztünk kommunikáció...” (dél-dunántúli férfi)

„Hát az orvosokkal, én minden nap látom az orvosokat, mert ugye minden nap ott vannak az osztályon, de hát azért nem ér rá 88 emberrel minden nap elbeszélgetni, ezt nem is várom el tőle, de amikor beteg voltam, és kértem, hogy hallgasson meg, akkor meghallgatott, és természetesen és szerencsére meg is gyógyított, ahogy látszik.” (budapesti nő)

„Gyógyszer, igen. Az érdekes az itteni gyógyszerezés, mert nem is találkozik az ember orvossal, de kapja a gyógyszereket. És azt mondta valaki, hogy azért van ez, mert ha valahonnan jött az ember, kórházból vagy egy másik szociális otthonból, akkor ott kapott gyógyszereket, és általában ugyanazt adják. Hát az én esetemben már változtattak rajta, anélkül, hogy bármilyen vizsgálatot elvégeztek volna rajtam.” (budapesti nő)

„Én annyit fűznék hozzá, hogy orvos-beteg kapcsolat, hogy kevés az idő, meg hogy nem tudjuk, hogy foglalkoznak vele, a nővérek írják, hogy írják, leírnak dolgokat, és akkor megbeszéljük, bemennek a pszichiáterhez, és akkor megbeszéljük, hogy ez a beteggel, ez van.” (dél-dunántúli férfi)

Rend és rendszer

Az intézményi élet, sok esetben a lakók magas létszáma miatt is, rendszerszerű, üzemszerű, számtalan kötöttséggel, ami mellett az egyéni igények megjelenésének és érvényesülésének kis mértékben van lehetősége. A házirendhez való alkalmaz-

kodást mint témát, illetve saját együttműködési készségüket és ennek előnyeit többen említették.

„(...) szót fogadok a nővérek elvárásainak.” (közép-magyarországi nő)

„És én itt jól érzem magam, mert a nővérekkel jól kijövök. Ha az ember szót fogad a nővéreknek, akkor itt probléma nincsen.” (észak-magyarországi nő)

„Amúgy megszoktam a házirendet, korán van ébresztő, van reggeli, ebéd, vacsora, uzsonna.” (dél-dunántúli nő)

„(...) hatodik éve vagyok itt. Először nehéz volt megszokni ezt a házirendet, ami van. De teljesen nem volt furcsa, mert voltam kollégista.” (dél-dunántúli férfi)

A kijárás korlátozása az intézeti rend egyik legmeghatározóbb része, természetesen csak azok számára, akik egyáltalán kimehetnek, ezért erre hosszabban kitérünk. A kijárással általában bevett szokások vannak: állapottól és az együttműködési készségtől függően hosszabb vagy rövidebb időre mehetnek ki önállóan az intézet lakói, amit eltérő színű kilépőkártyák jelölnek, valamint általában saját maguknál is kell hordaniuk egy kártyát, amin a nevük, lakhelyük szerepel – feltételezhetően személyes irataik helyettesítéséként.

„(...) hétig én este hétig. De ha valaki kinn akar maradni, mondjuk van egy koncert vagy elfoglaltsága van, akkor kell írni egy kérvényt a doktor úrnak, és akkor lepecsételi, hogy rendben van. Tehát elég rugalmasan kezeli a kinnléteket.” (budapesti nő)

„Mi délelőtt dolgozunk, fél egyig dolgozom, egyre érek, most előbb érek, mert kerékpárral jövök, de délután kettőtől este hatig lehet kimaradni.” (dél-dunántúli férfi)

Abban az esetben, amennyiben valamiért tovább szeretnének kinn maradni, mint ahogyan azt az intézeti rend meghatározza, engedélyt kell kérniük attól a személytől, akit az intézet megjelölt: gondnoktól vagy pszichiátertől. A kijárás engedélyezése, illetve megvonása fontos rendszabályozó eszköze az intézeteknek.

„Ha késik, akkor esetleg azt mondják, hogy egy hétig nem mehet ki, vagy, ha itasan jön be, akkor is azt mondják, két hétig nem mehet ki.” (északi-alföldi férfi)

Azok számára, akik önállóan nem mehetnek ki a városba, intézettől függő, hogy biztosítanak-e kísérő személyt vagy sem, s ha igen, milyen gyakran, mennyire a személyes igényekhez igazodóan határozzák meg az úti célokat stb.

„De papírra felírta, hogy vasárnap csak a gyámom kíséretével mehetek ki. Márpedig a gyámom nem ér rá mindig értem jönni, és volt is olyan, hogy kiengedtek vasárnap. Most például vasárnap ki szerettem volna menni, mert randim volt, és richtig olyan nővér volt, aki azt mondta, hogy nem mehetek ki.” (északi-alföldi férfi)

„De nem is mennék egyedül, mert félek egyedül.” (északi-alföldi nő)

A legmegengedőbb kijárás az észak-alföldi intézetben volt (itt nincs is „kapuzás”), míg a legkorlátozóbb a közép-magyarországi – ez olyannyira zárt intézet, ahonnan csak egy ápolat mehet ki.

„Hát este, az esti dolog az korlátozva van, az éjszakai, hogy úgy mondjam, azt nem szívesen engednek. Legfeljebb ketten.” (északi-alföldi férfi)

„De van, aki kimehet egy hétre vagy egy hónapra. Van, aki kimehet, de mégsem megy ki.” (északi-alföldi férfi)

„...én is kifogásolom azt, hogy hát ez zárt intézet, és nem járhatunk ki, mert kimenőnk sincsen, meg egyedül sehova nem mehetünk ki. Máshol úgy oldják meg, mert voltam máshol is...” (közép-magyarországi férfi)

Erre vonatkozóan interjúalanyaink nem fogalmaztak meg erős kritikákat, inkább úgy tűnt, elfogadják ezt a rendszert, ami leginkább azt igazolja, hogy interjúalanyaink a legjobb állapotú és „magaviseletű” lakók közül kerültek ki.

Az egyéni igényeket és szabadságjogokat az intézeti rend felülírja annyiban, hogy a takarodó és ébresztő ideje is meghatározott, akárcsak az étkezések időpontja és időtartama. Ez ellen szintén nem nagyon volt kifogás, inkább azt említették, ha ettől el lehet térni.

„Ménészgazda, a C. V.-vel. Én szeretném megnézni, ha a nővérek megengedik. Halkabbra teszem a tévét, nem zavarok senkit, mert tíz órakor villanyoltás van és takarodó.” (dél-dunántúli férfi)

A lakók pénzkezelésére is odafigyelnek az egyes intézetek, elsősorban az ellátási díj miatt, másodsorban a lakók pénzköltését igyekeznek korlátozni, de van, akinek korábban felhalmozott adósságát is próbálják törleszteni. A legtöbb helyen heti „zsebpénzosztás” van.

„Az O. [egyik dolgozó – mgj. a szerző] veszi meg a dohányt, meg a cigarettákat is, és attól függ, hogy kinek mennyi pénze van, van, aki hatszáz, van, aki

háromszálas, van, aki kilencszálas, van, aki tizenkét szálas, van aki kétóránként kap, van, aki másfél óránként kap.” (dél-dunántúli férfi)

„Egy kiló banánt veszek, mindig szerdán van készpénz, zsebpénz.” (észak-alföldi nő)

„És csütörtökönként kapunk pénzt, zsebpénzt, költőpénzt.” (észak-magyarországi nő)

„(...) tehát a gyám ugye minden lépcsővel el kell számolni, a heti zsebpénzt, ki mire, itt a legfontosabb az ugye, hogy a kevés pénzt aztat, hogyan lehet beosztani...” (nyugat-magyarországi férfi)

A kutatástól függetlenül felmerült problémák

A fókuszcsoportos beszélgetések előnye, hogy moderátortól függetlenül is megjelenhetnek az interjúalanyokat foglalkoztató témák, és erről közös álláspont vagy éppen vita alakulhat ki. Bemutatjuk a legjellemzőbb témacsoportokat, melyek legalább két helyen is előkerültek.

Tisztálkodóhelyiség

Az épületek adottságait tekintve szinte mindenhol problémát jelent a kevés vizes blokk, illetve ezek korlátozott használata. Meglepő módon a legszegényesebb, legbüdösebb, legrosszabbul felszerelt intézetben volt minden szobához (egy szoba háromágyas) külön fürdőhelyiség és vécé, illetve a második legszegényesebb helyen van olyan épületrész, ahol szobánként van mosakodási lehetőség és vécé.

„Gondolja meg, amikor 36 fokba’ dolgozok, és sajnos a zuhanyozók zárva vannak. Nem tudok lezuhanyozni, és én olyan izzadtan vagyok, amíg ki nem nyitják meg a zuhanyozót, fél három körül nyitják ki, és akkor tudok csak lefürödni.” (budapesti nő)

„Azon csodálkoztam, hogy ennyi embernek két zuhany van, de meg lehet oldani, mert reggel is két óra, meg délután is két órát lehet zuhanyozni.” (dél-dunántúli nő)

„Olyan volt, hogy volt 4 vécé, és nem volt köztük válaszfal. És akkor azt pótolták [épületátalakítás történik – mgj. a szerző]. Meg ajtót is tettek rá, most le van szeparálva. De úgy volt eleinte, hogy az építész lefelejtette a válaszfalat a vécékről.” (észak-alföldi férfi)

Étkezés

Az intézeti étrend mint téma több helyen felmerült, de általában nem negatív színezettel, legfeljebb azzal, hogy hozzá kellett szokni vagy meg kellett szokni, hogy nem azt esznek, amit szeretnének, hanem ami van. Az észak-alföldi intézetben ugyan nem mindenki, de többen panaszkodtak, és ugyanitt nem kaptak pluszgyümölcs-kiegészítést, illetve a közép-magyarországi intézetben a gyümölcs minőségére panaszkodtak.

„...eszméletlen mennyiségű krém van, és ettől híznak az emberek, ettől híznak, ezektől a krémektől, mert rengeteg kalória van benne.” (észak-alföldi nő)

„Mióta itt vagyok, három vagy négy kilót híztam. (észak-alföldi nő)”

„Hajaj, azt [gyümölcsöt – megj. a szerző] sokat kapunk, csak az a baj, hogy keményet, és a legtöbbünknek fogproblémája van.” (közép-magyarországi nő)

„A főzeléktől lettem rosszul, kértem No-Spat, mert görcsöltem tőle, liszt volt benne.” (észak-magyarországi nő)

Alkalmazkodás: betegtársak, szobatársak

A betegtársakkal való konfliktusok természetesnek mondhatóak a nagy intézményekben, még abban az esetben is, ha nagy tér van, és nem szűk helyen, kis udvarban vannak összezárva az emberek. Az egyetlen „zárt” intézményben már a bemutakozásnál felmerült problémaként az intézet zártsága, a betegtársak problémája és az intézeten belüli lopás is.

„Hát részemről az az egy, ami bánt, hogy tényleg ilyen dilisekkel van az ember körbevéve.” (közép-magyarországi férfi)

„És én is nagyon hiányolom azt, azért mert az ember jóformán nem talál magának beszélgető partnert. Itt nekünk meg van szervezve még az is, hogy képezzük magunkat, tehát tudunk olvasni, tudunk televíziót nézni. Csak azt, hogy rettenetes nagy zajt csinálnak, és az ember jóformán nehezen tudja elviselni.” (közép-magyarországi nő)

„Az étellel meg vagyok én elégedve. Csak az étkezőkkel nem vagyok megelégedve. S azért térnék arra rá, hogy egyesek felhozzák, mert én felhozom az ebédet a körzetbe. Mert ahogy ott lenn esznek, mint a disznók.” (közép-magyarországi férfi)

„...vannak súlyosan fogyatékos lakók, akik elmennek az ember tűréshatáráig. Meg odaszúrkálnak, odapiszkálnak. (...) Utána bocsánatot kérnek. Sajnálom és

a bocsáss meg, köszönöm és a szeretlek. Nagyon ismerik a varázsszót. Provokálnak is egy bizonyos szinten, amit én nehezen tolerálok.” (dél-dunántúli férfi)

„A 99% cigizik, ami aranyárban van, kávéznak, más szórakozásuk nincs. És nincsen pénzük, úgyhogy állandóan megy a tarhálás, hétköznapi, péntektől már kibírhatatlan. És az lenne jó, ha mindenféle szempontból, ha el is lennének foglalva az emberek, meg pénzük is lenne egy kicsit”. (budapesti nő)

„Például van egy beteg, akinek a szellemi állapota borzasztó. A nővérek megnyitit küszködnek vele. Állandóan elesik, eldugítja a vécét, belepisil a szemetesekukába, elveszi másnak az ennivalóját, mindig kéreget.” (észak-alföldi nő)

Különösen az tűnik embert próbálónak és az önrendelkezést korlátozóknak, hogy a lakók jelentős része nem maga választja meg a szobatársát, így elképzelhető, hogy egy teljesen más habitusú emberhez kell alkalmazkodnia.

„Most egy új, fiatalabb szobatársnőm van, jóval fiatalabb, mint én. Én úgy látom, hogy elég súlyos beteg. És nagyon nehéz vele időnként kijönni, de hát az ember türelmes, mert mi mászt tehet. A másik meglepetésem az volt, hogy súlyosan fogyatékos emberek is vannak. És bizonyos erkölcsi normákat nem tudnak betartani. De hát az ember alkalmazkodik, túl sokat nem beszél, mert nincs minek, és nincs kinek, nincs.” (dél-dunántúli nő)

„(...) este jön a Háborúban, szerelemben, és mondtam neki, hogy ne haragudjon, de engem zavar, és szeretnék már egyszer nyugodtan elaludni. Mert tény és való, hogy amellet is elszunyókálok, de jobb, hogyha csend lenne már egyszer.” (dél-dunántúli nő)

„A szobámban van, de ott is ordít, mert az öreg süket. Az meg fölerősíti úgy, hogy ki kell jönnöm.” (közép-magyarországi férfi)

Ezzel együtt sokan jó viszonyban vannak szobatársaikkal, ahogy később a kapcsolatháló-elemzésnél kiderül. A felújítás alatt lévő észak-alföldi intézetben a lakóknak megígérték, hogy az átrendezés után beleszólhatnak szobatársaik kiválasztásába.

„Alkalmazkodunk egymáshoz. Próbáltak bennünket szétszedni a S.-val, hogy kiraknak otthonba őt is, meg engem is, de már hat év alatt összezsírozódtunk.” (dél-dunántúli férfi)

„Egy barátnőmet szeretném, ha továbbra is együtt mennénk, mert tavaly augusztus óta, mindig egymáshoz csatolt az élet, a sors.” (észak-alföldi nő)

Valamint három intézményben felmerült az intézményen belüli lopás problémája is.

„Akinek csinálnak zárat, annak maradhat a kulcs saját magának, csak azok az ajtók, amik nyitva vannak, vannak olyan betegek, akik kleptomániások, és minden áron elvisznek valamit.” (dél-dunántúli férfi)

„(...) hát én szereztem rá direkt lakatot, láncsal együtt, és mégis ellopták. Én jelentettem, de nem tudnak mit csinálni.” (közép-magyarországi nő)

„Egyik jobban lop, mint a másik. Ha van, ami értékesebb dolog vagy valami, azt el kell zárni.” (észak-magyarországi nő)

Az intézetbe kerülés oka: lakhatási problémák, elmagányosodás és a „hátrahagyott szülők esete”

A pszichiátriai intézetbe kerülés oka több esetben nem csak a pszichés állapot, hanem szociális helyzet és pszichés állapot együttesének eredménye. Sok esetben lakhatási problémák megoldása is: két interjúalanyunknak szinte soha nem volt rendezett lakhatása, illetve bizonyos interjúalanyaink elszegényedtek, és nem volt pénzük, lakásuk elérhetővé tételére.

Feltehetően az intézetbe kerülésnek egyéb indokai is vannak, úgymint a helytelen pszichiátriai kezelés vagy hozzátartozói nyomás, a szociális háló lyukai, kitagozás, támogatott lakhatás hiánya.

„Egyedül maradtam, egészségtelen volt a lakás, nem volt pénzem felújításra.” (dél-dunántúli nő)

„(...) úgy kértem, hogy helyezzenek el itt, nem volt velem így probléma, kijárt egy gondnoknő, csak tönkrement a ház, és nem volt pénzem.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Sok egyedülálló is van, aki egyedül maradt, nincs hozzátartozója, olyan is van. Annak nincs más otthona.” (dél-dunántúli nő)

Interjúalanyaink közül hárman is vannak olyanok, akiknek eddigi életükben szinte sosem volt saját lakása vagy rendezett lakhatási körülményei.

„én 50 éve élek tömegszállásokon, mert úgy a kollégiumba, úgy az értékrendszerem szerint, ágybérletbe, ágybérletbe kerültem, akkor munkásszállásokon is úgy voltam...” (nyugat-magyarországi férfi)

„(...) nevelőszülőknél nevelkedtem N.-án, ezért és onnan kerültem be a p.-i pszichiátriai osztályra” (nyugat magyarországi férfi)

„(...) mert hajléktalanként vittek be a váci kórházba. (...) A két év alatt száz-négyszer vertek meg a rendőrök, meg bilincsbe vertek. Akkor hat és fél hónapig a váci kórházban váraкоztam, hogy valahova elhelyeznek majd, egy otthonba, és ide kerültem három és fél évvel ezelőtt.” (észak-magyarországi nő)

„Hát énnekem ugye nincs otthonom, mert le kellett adnom az önkormányzati lakást, még amikor idejöttem, akkor volt.” (budapesti nő)

A másik egyre gyakrabban hallott hátrányos szociális helyzet a „hátrahagyott szülők esete”, azaz, amikor a gyerekek külföldre költöznek és hátrahagyják bizonytalan állapotú szüleiket a gondoskodó intézetre bízva. Sőt vannak bizonyos esetek, amikor a szülő-gyerek kapcsolat évi egy-két telefonbeszélgetésre szűkül. Egy kivétellel minden intézetben találkoztunk egy ilyen szülővel.

„Z. a második fiam (...) Angliában van, tehát vele nem tudok kapcsolatot tartani.” (észak-alföldi nő)

„(...) ugye külföldön dolgozik a fiam, és öt éve nem láttam. Öt éve nem láttam. És most január óta nem hívott föl telefonon.” (budapesti nő)

„Hatvannégy éves elmúltam, a lányom Angliában él. Ő fizeti a díjat, őáltala vagyok itt. El szokott hozzám jönni. Karácsonyra is jön. Szoktunk autózni, kirándulni. Van, amikor napokig együtt vagyunk. És szeretjük nagyon egymást, mert az az egy szem lányom van.” (közép-magyarországi nő)

„Van 2 gyerekem, ők kint élnek Angliában, mind a ketten, a fiam 12 éve, a lányom meg a 10. éve, és ez hiányzik nekem...” (nyugat-magyarországi nő)

Természetesen felmerül a kérdés, hogy ha ezek a gyerekek nem külföldön élnek, vajon akkor is intézetben lagnának-e szüleik (ugyanis interjúalanyaink több, mint felének van legalább egy gyereke).

„Azért is nem engedtek haza, mert a s.-i orvos azt írta rá a zárójelentésre, hogy egyedül nem maradhatok otthon. Azért hoztak ide. Hát a lányaim dolgoznak, ők nem tudták vállalni, hogy otthon legyenek velem.” (közép-magyarországi férfi)

„(...) elgondolkoztam, hogy jól van, odaadom a lakásomat a kisebbik fiamnak. Én maradok otthonba?” (közép-magyarországi férfi)

„Három évig kinn laktam a lányaimnál. Most visszakerültem jó fél éve.”
(észak-alföldi férfi)

„Azt mondta a lányom, olyan voltál, mint egy vadállat, maradj az otthonban!”
(dél-dunántúli férfi)

Az intézetről kialakult kép kívül és belül

A társadalomban kialakult kép a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakról általában negatív, elutasító. Egy bentlakásos otthon ezt az elutasító attitűdöt felerősítheti a közvetlen környezetben és a többségi társadalomban is. Általában interjúalanyaink különbséget is tettek – a mi instrukcióinktól függetlenül is – az intézet közvetlen környezetében élő emberek és a tágabb értelemben vett társadalom róluk alkotott képe, véleménye között.

„Rengetegen kéregetnek az utcán, lopnak, és ezért mindenki utálja a szocisokat.” (budapesti nő)

„Hát vannak, akik rossz hírünket keltik, vannak, akik áztatják a p.-sokat, a lopás...” (dél-dunántúli férfi)

„Kéregetés. (dél-dunántúli nő)

„Volt ilyen, hogy az A.-ban lopott, és nekiszaladt az ajtónak, és berepedt az ajtó, ez a fotocellás ajtó, több mint kétszázezer forintba került, most fizeti a zsebpénzéből. És ült érte tizenkét napot.” (dél-dunántúli férfi)

„Lenézik őket.” (észak-alföldi nő)

„Hát minden bolondnak elmondanak bennünket. Volt mikor ordítóznak, kiabálnak, hogy nem normálisak vagyunk, meg szocio, szóval nem jó.” (észak-magyarországi nő)

Vannak olyan interjúalanyok, akiknek vannak az adott településen erősebb-gyengébb kapcsolataik, esetükben eltérőek a tapasztalatok.

„Még a gyülekezetben is megtapasztaltam azt, hogy szocis vagyok.” (budapesti nő)

„Én még, én eztet nem tapasztaltam, pedig nagyon sokat jártam, rengeteget jártam. Sőt jó barátaim vannak, haverok vannak a faluban, meg minden.”
(észak-magyarországi férfi)

Megjelennek a társadalomról és a véleményformálódásáról is kritikák (általánosítás, hiányos információkból származó véleményformálás) vagy a hárítás.

„Túl sok véleményük nem lehet, mert nem ismerik az ellátást. Ezen fogva nem mondhatnak véleményt. Mi, akik itt vagyunk, én például nagyon szeretek itt lenni, és azért vagyok itt, hogy meggyógyuljak.” (észak-alföldi férfi)

„Egy kalap alá veszik az intézet valamennyi lakóját. Tehát egy kis százalék az, aki kinn renitensként viselkedik, de ugyanúgy a többi hétszázat is ugyanúgy, a kontroll ugyanaz, ami az előítélettel vannak, amit én is mondtam.” (budapesti férfi)

„Ember az ember, ugye hány lakásra, családi házra lehetne kitenni ugye, hogy „Bolondok Háza”, ugye, hát ugye ennyit ér nekem ugye, akárkinek a véleménye, ugye a, hogyha esetleg, ugye lehülyéznek, ingyen van ugye áfa nélkül.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Az előbb mondtam, hogy a fele azt gondolja, hogy itt mind bolond, itt benn pedig vagyunk, tudjuk, hogy nem mindenki bolond.” (közép-magyarországi)

„Szakszervezeti üdülő” és „pszichobörtön”

Az intézetről és a benne élőkéről kialakult kép az interjúalanyaink identitásának, ön-reflexiójának meghatározó eleme. Általában van valamilyen rövidített neve az intézeteknek, és melléknévvé alakítva a benne élőknek; leggyakrabban „szocisok” vagy több esetben az intézet nevének rövidítése. A nagyobb intézetekben élők között megjelent a bent lakók differenciálása, illetve a rosszabb állapotú betegektől való eltávolodás.

„Vegyes itt a társaság. Vannak a pszichiátriai betegek, vannak még pszichiátriai betegek, van fenn a gondozós.” (budapesti férfi)

Többen az intézeti elhelyezésük dilemmáit említették, és azt fogalmazták meg, mennyire nem akartak azonosulni az intézettel. Többen hozzátették, hogy tulajdonképpen saját fizikai állapotuk, közérzetük javult.

„Nem akartam idejönni az istennek se, most meg már nem akarnék elmenni az istennek se. Nekem olyan, mint egy szakszervezeti üdülő. Hát ki vagyunk szolgálva.” (budapesti nő)

„(...) nem önként jöttem, mert úgy jöttem, de jó döntés volt, mert akkor ugye nem voltam olyan állapotban, ugye, amikor idekerültem. Itt sikerült, a Gy. fő-

orvos úr, már hogy sort kerített, hogy ilyen állapotba kerüljek, mint amilyenbe most vagyok, mert nem ilyen voltam.” (budapesti nő)

„Hát jobb lett, mert itt javultam az infarktusból, mert háromszor volt szív-infarktus a műtétek, meg a sok koplalás, szomjazás, amikor másik osztályon feküdtem (...) És háromszor volt infarktusom, úgy hogy most is a lányom ezt a helyet intézte. Soká nem írtam alá. Soká írtam alá, hogy nem bírtam belenyugodni.” (észak-magyarországi nő)

„Csak annyi, hogy azt szerettem volna mondani, hogy ilyen skizofréniás depresszióm van és rossz állapotban voltam, amikor idekerültem, és most már tudok dolgozni, tudok tevékenykedni.” (nyugat-magyarországi nő)

„Én föltaláltam itt magam. Alkalmazkodtam, vannak barátaim is.” (dél-dunántúli férfi)

„Hát én úgy érzem, hogy most már a betegségem is elmúlóban van, úgyhogy ez használt nekem mindenképpen az ittlét.” (dél-dunántúli nő)

Gyakran előfordult a „kinti-benti” élet összehasonlítása, és nem csak a korábban említett jobb lakhatási körülmények, hanem a kevésbé stresszes, gyors és terhelte élet is.

„Hát levettek egy csomó terhet ugye. A mindennapi problémákat, hát az ember depressziós lesz attól, 74 000-ből megoldani a lakhatást, ugye a lakásrezsit. Akkor mellette mindenféle problémák, a munkahelyi problémák, a lakóhelyi, a családi problémák. Szóval egy csomó negatívum, mindenhol, ami bejött, ezeket mind levették, így már könnyű jókedvűnek lenni.” (budapesti férfi)

„Hát nekem az otthon, maga az otthon, hogy otthon lehetek, a tisztaság, meg az ellátás. Én jól érzem. Én meg vagyok elégedve a helyzettel, meg mindennel, meg mindenivel. Jobb. Ahol laktam, zavarosak voltak a ... Rendkívüli állapot volt.” (dél-dunántúli férfi)

„Én például nem bírnám ki, fizikailag. A kinti életet. Egyszerűen annyira elfáradok az éjben.” (dél-dunántúli nő)

Azonban vannak olyan dolgok, amiket hosszú évek után is hiányolnak vagy amihez nem tudtak alkalmazkodni.

„És mióta itt vagyok, csak jókat tudok. Van rossz is, mert tudom, hogy rossz is tudnék mondani, de sokkal több jó van, mint rossz.” (észak-magyarországi nő)

„Nem olyan, hogy benyúl az ember a hűtőszekrénybe, aztán eszik valamit. Nincs itt hűtőszekrény sem.” (észak-magyarországi nő)

„Nekem az étel jut eszembe, hiánya a háziállatnak, kutynak, macskának, barátokat azt találok.” (dél-dunántúli férfi)

„Hogyha esetleg kintről kételyem támadna, azt azonnal elhessegetem, mert itt az egész U.-ban, minden, aki itt van, mindenki pozitív érzéssel van itt. (...) A dolgozókra is és a betegekre is. És számomra ez olyan nagy megnyugvást jelent, hogy nincs zaklatás, nem tudom én, ha egyedül kellene kinn lenni, azt nem tudnám elviselni.” (észak-magyarországi nő)

Egy olyan intézet volt, ahol minden interjúalanyunk valamiféle kényszernek élte meg intézeti elhelyezését, melyet nem ismertetünk, mert anonimitást ígértünk interjúalanyainknak. Egyetlen interjúalany volt itt, aki nem élte meg kifejezetten kényszernek az ottlétet, de ő is egy másik intézeti áthelyezését szervezte.

A három másik intézet interjúalanyai között is előfordult, hogy valaki kényszerhelyzetnek élte meg intézeti életét.

„Nem tudjuk megszokni. Én már öt éve itt vagyok, de nem bírom megszokni.” (észak-magyarországi nő)

„Igen, mert kizáró gondnokság alatt vagyok és kényszerből hoztak ide, tehát nem önként jöttem. És deprimáló nekem ez itten, meg le is injekciónak, és egész nap fekszem, meg alszom, depressziós vagyok. Otthon szívesen lennék. Időnként járok haza, és el tudnám képzelni, hogy örökre otthon legyek.” (közép-magyarországi férfi)

„El tudom képzelni, mert ugyanebben voltam, én először azt mondtam, hogy egy börtönben érzem magam.” (közép-magyarországi nő)

„Pszichobörtön. Zárt intézet. Ez az.” (közép-magyarországi férfi).

Az intézetek gondoskodó és elnyomó kettősségét fogalmazta meg egy interjúalanyunk.

„Hát mind a kettőnek igaza van, mert otthon is, meg börtön is, nekem nem kellett volna lejönnöm ide, csak a visszailleszkedésem az életbe, az gyakorlatilag ellehetetlenült. Mert ellehetetlenült. Úgyhogy én magamtól jöttem le ide, bármikor elmehetnék, megmondták, hogy akkor megyek, oda megyek, ahova akarok, mehetek haza, bárhova. De hát ez nagyon nehéz, nem, nem is megoldható.” (budapesti férfi)

Akadályozottság és pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegség

A kutatás egyik meghatározó kérdésköre volt, hogy maguk az érintettek hogyan tudják megfogalmazni miben akadályozottak, illetve azt, hogy mit jelent számukra a pszichoszociális fogyatékoság kifejezés. Feltehetően a hospitalizáció következményeként és a korlátozott keretek miatt kevésbé tudtak válaszolni ezekre a kérdésekre. Az akadályozottságról jellemzően az intézeti létből következő akadályokat említettek, például, hogy a kimenő idejük rövid, bizonyos cselekvéseikben korlátozva vannak. Ezenkívül több helyen előkerült a gondnokság okozta akadályozottság vagy a rossz fizikai állapotból kifolyólag bekövetkező mozgáskorlátozottság (önálló utazás, tisztálkodás, öltözködés), és szintén több helyen megjelent az általános szegénység problémája is.

„Hát igen, ugye a tevékenységemben, mert nem mindig egyforma. Nem tudom vagy lehet, hogy egyforma, csak nem veszem észre. Mert sokszor előfordul az, hogy agyilag, érzem, hogy képtelen vagyok megcsinálni, például azt, hogy én rendet rakjak a szekrényben, olyan fáradtság van rajtam. És ami még nagyon érdekes, amikor még otthon voltam, nem volt kedvem. Tehát csináltam volna, egyszerűen nem volt kedvem.” (észak-magyarországi nő)

„Korlátozás, cselekvőképességet korlátozó tulajdonság.” (észak-magyarországi férfi)

„Nincs meg a pénzük a cigire, a kávéra, semmire, csokoládét ennének. (...) Úgyhogy mindenképpen a pénz, zsebpénz. A cigiért mindent eladnak. A ruhájukat, a cipőjüket, a kajájukat, mindent.” (budapesti nő)

„Hát, igen, mert azért nekem is jó szakmáim vannak, tehát egészen, szóval sokkal magasabb színvonalon tudnék élni, ha kinn lennék az életben.” (budapesti férfi)

A pszichoszociális fogyatékoság kifejezésnél jellemzően találgatással és kérdésekkel válaszoltak. Éppen ezért egy adott ponton megváltoztattuk a kérdést, úgy hogy „ismerik-e ezt a kifejezést”.

„Aki hátrányos helyzetű és pszichés beteg is. Halmazottan hátrányos.” (budapesti nő)

„Nem hallottam. És mi azok vagyunk?” (észak-magyarországi nő)

„Úgy kell kezelni azt a beteget, hogy mindenki jó legyen? Vagy valami nem tudom!” (nyugat magyarországi férfi)

„Hát, én még ilyet, hogy nem vagyok fogyatékos, csak hogy gyenge idegrendszerű, bizonyos pontjai, ami, amik alkotják az embert, az ideg, úgyhogy...”
(nyugat-magyarországi férfi)

„Nem tudja értékelni a szociális helyzetét. Nem ilyen? Vagy nem erről szól?”
(észak-magyarországi férfi)

„Hát szociálisnak azt nevezzük, amit nyújt a társadalom. A szocialista társadalom nyújt. És ha ki van rekesztve, úgy érzi, hogy ő nem kapja meg a társadalomtól.” (észak-magyarországi férfi)

„Autista, Down-kóros.” (közép-magyarországi férfi)

A pszichiátriai betegség fogalom nyilván nem volt számukra újdonság, legtöbbször jellemzően kritikus megfogalmazásokat kaptunk vagy magára a kifejezésre vagy annak tartalmára vonatkozóan.

„Hogy a fél országot be lehetne csukni.” (budapesti nő)

„Rengeteg kamu. Rengeteg gyógyszer, kamu (...) A gyógyszerek nem kamuk sajnos, azok kemények.” (budapesti férfi)

„Én azt mondom, hogy a rendszer hibája.” (dél-dunántúli nő)

Természetesen sokan a betegség oldaláról közelítettek, azaz konkrét diagnózisokat említettek, és nagyon sok válaszadónál megjelent az egészségügyi-mentális, valamint az egyéni-társadalmi probléma kettőssége is.

„Mondtam már, hogy a gyógyszert szeretném, ha eltörölnék? Ja, mondtam, és úgysem tudnak rajta segíteni.” (észak-magyarországi férfi)

„Hát, ez inkább ilyen lelki folyamatokkal köthető össze...” (nyugat-magyarországi férfi)

„De önállóan inkább lelki sérültnek érzem magam...” (dél-dunántúli férfi)

„Idegalapú, lelki alapú, mer’ aki lelki gyenge, aki lelki állapotú ember, azt előbb eléri minden, arra mondják azt, hogyha a lélek beteg, akkor a test is beteg...” (nyugat-magyarországi férfi)

„A dohányzás idegcsillapító hatású, így fizetés előtt, mert holnap lesz fizetés, egy cigarettáért meg lehet venni egy embert.” (észak-magyarországi férfi)

„Kórház. Zártosztály. Tulajdonképpen az ember eszébe jut az is, hogy negatívan ítélik meg, akik ilyen betegségben szenvednek. Környezete.” (közép-magyarországi nő)

Viszont konkrét személyes rossz élmények kevésbé kerültek felszínre, feltehetően ezekről mélyinterjúk szituációban beszélneink inkább.

„De hát nem törődök, hát úgy vagyok vele, első az egészség és a hit.” (észak-magyarországi férfi)

„Hát énnekem például azt, hogy ott kellett hagyni a gyermekeimet.” (észak-magyarországi nő)

„Hát énnekem csak az jut eszembe, hogy kiközösítettek a városomból, mindenki. A családom, az ismerőseim, a barátok. (észak-magyarországi nő)

„Ebben sorstársak vagyunk, mert nekem is kiközösítettek.” (észak-magyarországi nő)

„Hát én azt mondom, hogy ne kelljen róla beszélnem, mert én végigbőgöm az egészséget.” (közép-magyarországi nő)

Az interjú legvégén minden interjúalanyról a reális jövőjükre és a vágyaikra kérdeztünk rá. Legtöbb esetben az egészséget és a gyógyulást említették, valamint a megromlott családi viszonyok rendezését és az intézetből való elköltözést. Többben lottóznak, mint egyetlen „reális” menekülési útvonal. (Bár ezzel kapcsolatban a projekt egyik tapasztalati szakértőjének rossz tapasztalatai vannak, azaz a nyertes gondnoka ellopta a nyereményt.)

„Hát mivel ittlétben gondolkodom, itt a legjobban a zenekart szeretem, hogy az maradjon meg.” (budapesti nő)

„Kreatív alkotás.” (dél-dunántúli férfi)

„Tehát én már itt tudom elképzelni, hogy ez lesz az én jövőm, de én ezt nem rossz szájjal mondom. Tehát nincsenek, ahogy mondtam, nincsenek rossz tapasztalataim, én jól érzem itt magam,” (budapesti nő)

„Mert beszéltem a pszichiáternővel, és azt mondta, engem kiengednének az otthonból, mert egyébként nem lehet innen akármilyen könnyen innen ki-

menni újra szabad életbe. De azt mondta, engem kiengednének, csak nem akarják, hogy az utcán éljek. Így ezért benn kell itt lennem. Úgyhogy én már el is határoztam, hogy bele kell törődni abba, hogy itt leszek elhamvasztva, és ott leszek majd a b.-i temetőben.” (észak-magyarországi nő)

„Én azt, hogy a fiammal álljon rendbe a kapcsolat. Normálissá a helyzet.” (észak-magyarországi férfi)

„Rendszeresen lottózok, és ha bejön egy nagyobb nyeremény, akkor elköltöznék a Dunántúlra.” (észak-magyarországi férfi)

„Nekem a családommal, rokonsággal a kapcsolattartás, azon kívül nem különösebb, lottózom rendszeresen, ha bejön, bejön, ha nem, akkor nem.” (budapesti férfi)

„Hát, talán megszűnik az adósságom is, lesz egy kis spórolt pénzem, talán van is, csak nem férék hozzá, nem mondják meg, hogy mennyi.” (dél-dunántúli férfi)

„(...) szeretném, ha megmaradna a munkahelyem, ami tanfolyamot tanulunk, a gombatenyésztést, vagy termesztést, ha az bejön, akkor azt csinálni.” (nyugat-magyarországi férfi)

„Otthon, van lakásom, van, saját lakásom van, és normál életvitelt folytatnék, normális munkát végezni.” (budapesti nő)

„Ha kívánhatnék valamit, akkor szeretnék visszamenni a saját lakásomba.” (közép-magyarországi nő)

„Hát, kijutni! Olyan egészséges állapotba lenni, hogy kikerülni egyszer az életbe! (nyugat-magyarországi nő)

„Mindenképpen, mindenképpen tervbe van, most lesz az év végén a gondnoksági felülvizsgálatom, lehet hogy az meglesz, az jó lenne, mert akkor attól fogva a gyerek is fog hozzám.” (nyugat-magyarországi férfi)

„...minél előbb kiszabadulni...” (közép-magyarországi férfi)

„Egy olyan férjet, aki kivinne engem innen, és aki nagyon boldog életet teremtene nekem.” (észak-magyarországi nő)

Összegzés

**30. táblázat. Bentlakásos ellátást nyújtó intézmények
és az intézményhasználók jellemzői régiók szerint**

	NYUGAT- MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	KÖZÉP-MA- GYARORSZÁG	BUDAPEST	ÉSZAK-MAGYAR- ORSZÁG	ÉSZAK- ALFÖLD
BENTLAKÁSOS ELLÁTÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEK						
ELLÁTÁSI TERÜLET	megye	országos	országos	főváros és egyéb	országos	megyeszékhely
TELEPÜLÉS- TÍPUS	község	város	város	város	község	megyeszékhely
MEGKÖZELÍT- HETŐSÉG	belvároshoz közel	város szélén, de közel a belvá- roshoz	belvároshoz közel	belvároshoz közel	faluszéle	város szélén, de közel a belvároshoz
KÖRNYEZET	lakóházas környék, bolt, posta közel	közelben boltok, stadion	lakóházas környék és egy nagy fűves terület	vonatállomás közelében, bolt, templom, kocsma közel	faluszéle, domb- tető, gyárral szemben, mes- sze a falutól	lakóházas környék
ELLÁTOTTAK SZÁMA	128	50 (fogy.)+ 83 (pszich.)+56 (eb- ből 28 pszich.)	44 (pszich.) + 30 (demens) + 60 idős	714	89	194+46
ELLÁTÓ SZEMÉLYZET (össz.)	60	117	7 (pszich.)	317	25 pszich.	157
PSZICHIÁTER	van	van	van	van	van	van
SZOBÁK FÉRŐHELY (fő)	2-4 fő	2-	3	2-10 fő	1-2-3-4	2-6 fő
FOGLALKOZTA- TÁS (fő)	53	50	nincs	213	nincs	
TERÁPIÁS FOGLALKOZÁ- SOK	sokféle	sokféle	szegényes	sokféle	szegényes	sokféle
PROFIL	tiszta	vegyes	vegyes	tiszta	vegyes	vegyes
ELLÁTOTTAK						
INTERJÚALA- NYOK SZÁMA	5	5	5	4	5	5
EBBŐL NŐ	1	2	3	3	4	3
MAX. 8 ÁLTALÁNOS	1	0	0	0	2	0
SZAKMUNKÁS	1	2	1	1	3	1
ÉRETTSÉGI	3	0	1	1	0	2

	NYUGAT-MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	BUDAPEST	ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	ÉSZAK-ALFÖLD
ELLÁTOTTAK						
TECHNIKUM	0	0	1	1	0	2
FELSŐFOKÚ VÉGZETTSÉG	0	2	1	1	0	0
ÉLETKOR	42-67	51-70	61-73	61-73	59-73	50-69
INTÉZETBEN TÖLTÖTT ÉVEK	4-19 év	4-12- év	0,5-3 év	3-8 év	2-5 év	0,5-5-év
BIZONYTALAN, ROSSZ LAKHATÁSI KÖRÜLMÉNYEK	2	3	1	2	1	0
GYEREKESEK SZÁMA	2	3	4	1	3	3
FOGLALKOZTATOTT	5	3	0	3	0	4
AKADÁLYOZOTTSÁG	gondokság, gyógyszerek	házi rend	zárt intézet, gondokság	szegénység, nincs munka v. nem megfelelő	testi akadályozottság	gondnokság, rövid kimenő
ELVÁGYÓDÁS	2	1	5	1	4	2

Összefoglalásul elmondható, hogy az általunk megvizsgált intézmények közül a férőhelyek számát tekintve négy nagy intézetnek mondható. Az intézmények kettő kivételével igyekeznek különböző programokkal, foglalkozásokkal színesebbé tenni lakóik életét, fejleszteni vagy szinten tartani őket. Interjúalanyaink minden esetben a „jobb állapotú” lakók voltak (52%-uk foglalkoztatott volt), és még közülük is csak két embernél merült fel az esetleges kiköltözés. Életkoruktól, motiváltságuktól, kapcsolataiktól függetlenül, úgy tűnik ez életük végállomása.

Interjúalanyink többsége (55%) nő volt, életkoruk változó, középkorútól az egészen idősig terjedt. Szinte mindenki beszámolt arról, hogy nem szerették volna az intézeti elhelyezésüket, és a bekerülésükben 31%-uknál a rossz, bizonytalan lakhatási körülmények is szerepet játszottak. Többségüknek sikerült megszoknia az intézeti rendet és alkalmazkodni a „kinti” élettől teljesen eltérő szabályokhoz, rendszerhez, az önálló élettér megszűnéséhez, az egyéni igények háttérbe szorulásához. Ők maguk „intézetisnek” definiálják magukat, és többen azt állítják magukról, hogy pénzügyi vagy fizikai akadályok miatt nem is tudnának önálló életet élni a „kinti” világban.

Kis létszámú bentlakásos intézmények (támogatott lakhatás, lakóotthon)

Helyszínek – területi és fizikai adottságok

Fókuszcsoportos kutatásunk helyszínei között három nagy létszámú ápolást, gondozást nyújtó intézményhez tartozó kis férőhelyszámú szakosított ellátást, illetve egy nagy létszámú intézménytől független, civil fenntartású támogatott lakhatási szolgáltatást vizsgáltunk a szolgáltatást igénybe vevők nézőpontjából. Az intézethez szorosan kötődő, annak részeként működő eltérő szolgáltatások mindegyik esetben közel helyezkedtek el az „anyaintézmény”-hez, mind térben, mind pedig az életvitel strukturáltságát tekintve.

A Budapesthez tartozó nagy létszámú intézmény részeként kialakított lakóotthon ugyanabban a kisvárosban található, mint az anyaintézmény, viszont nem gyalogtávolságon belül. A 9000-es lélekszámú településen elhelyezkedő 14 férőhelyszámú lakóotthon a nagy intézménytől eltérő „apartmanokat” foglal magába (miként interjúalanyaink fogalmaztak):

„Van egy kétágyas lakás és két egyágyas lakás van. Kis garzonlakások vannak. Ilyen apartmanszerű. Mindegyiknek van szobája, konyhája.” (budapesti nő)

A 17 800 fős lakosságú dél-dunántúli városban szintén egy nagy létszámú anyaintézményhez tartozik több kisebb férőhelyszámú lakóotthon. Interjúalanyaink egy része az anyaintézmény belterületén, míg a többiek az intézmény környékén kialakított, külső lakásban élnek, melyek közelében elérhető távolságban vannak a mindennapi életet meghatározó egyéb szolgáltatások (pl. élelmiszerbolt, posta). A nagy létszámú intézmény területén kialakított lakóotthoni életkörülmények az anyaintézménnyel közös telken kerültek kialakításra.

A nyugat-dunántúli régióban meglátogatott, lakók által csak „társbérlet”-nek nevezett lakóotthonok az anyaintézmény közvetlen szomszédságában (kb. 100 méter távolságban) helyezkednek el, a település külső részén természetes, zöld övezetben. A lakóépületek kerítéssel nem lehatároltak, a központtól sétatávolságra esnek. A kétemeletes családi házakat interjúalanyaink a következőképp jellemezték:

„És a lakóotthonban alul négyen vagyunk, két kis hölgygel, meg mi ketten a párommal. Közös a fürdő, közös a konyha, szoba az kettőnké, és külön az illemhely, mind a két részről.” (nyugat-dunántúli nő)

A pest megyei, közel 64 ezres lélekszámú városban egy frissen átminősítésen és ezzel egybekötött felújításon átesett támogatott lakhatási szolgáltatást ismerhettünk meg az ott élők szemszögéből. A kertes ház a város agglomerációs területén, kertes házakkal körülvett részén helyezkedik el. Sétatávolságban elérhető mind a közleke-

dési (busz), mind pedig a bevásárlási lehetőség. Interjúalanyaink szobái a kétemeletes lakóépület felső részén helyezkednek el, melyhez közös fürdőblokk tartozik. Az akadálymentesített lakóépület tágas kerttel van körülhatárolva, mely a mindennapokat szervesen meghatározza.

Önmeghatározás

Fókuszcsoporthoz tartozó kutatás esetében az önmeghatározást befolyásolja az elsőként megszólaló önjellemzése. Így a bemutatkozás tartalma, formája intézményenként is változik, az aktuális csoport függvényében. Ezt az elemzés szempontjából fontosnak véljük megjegyezni, ugyanis bár sok esetben a név megadásával kezdődött a bemutatkozás, többször ezt követően a lakhatási szolgáltatáshoz fűződő viszonyra utaltak, mely így a személyes identitást meghatározó tényezőként értelmezhető. Ezt azonban árnyalja az interjú helyszíne, hiszen vagy a lakóhelyen vagy a bentlakásos nagy intézmény egyik szobájában zajlott a kutatás, és a megkérdezettek tisztában voltak azzal, hogy a beszélgetés életminőség-fókuszú. Ugyanakkor általánosságban elmondható, hogy egyik fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat esetében sem jelentkezett dominánsan a betegség típusra való utalás az önmeghatározás keretében.

Lakóhelyfókuszú bemutatkozás

A bemutatkozások leggyakrabban a lakóhelyhez, így a szolgáltatáshoz fűződő viszony köré épültek, melyek gyakran érintették a szülővárostól való elszármazás tényét. A Budapesthez tartozó nagy intézményhez kötődő lakóotthonban készült fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat során a bemutatkozásban legnagyobb hangsúlyt az elszármazás kérdése kapta. Interjúalanyaink kivétel nélkül beszámoltak arról, hogy Budapestről érkeztek. Fontosnak tartották azt is megemlíteni, hogy budapesti, illetve pest megyei származásúak. Itt szintén megemlíthető, hogy a csoportdinamika ereje a fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat keretében nagyon fontos, így az, hogy az önbemutató vonatkozásában az elszármazás ilyen hangsúlyosan jelent meg, az előző megszólalóhoz való viszonyulásból is fakad. Az azonban megállapítható, hogy a bemutatkozás során konszenzus mutatkozott abban, hogy az elszármazás mindannyiuk életében bekövetkezett a szolgáltatás igénybevételét követően, és ez sok esetben honvágytalansággal társul.

„...én is Pestről érkeztem, 30 éve vagyok az intézet lakója.” (budapesti nő)

„Pestről érkeztem, ott születtem Pesten, Pesten éltem. Onnan kerültem föl 98-ba, és akkor most 10 éve vagyok jelenleg a lakóotthonban, ott élek.” (budapesti nő)

„Budapestről jöttem én is. Évekig kellett várnom régebben, hogy ide bekerüljek. Hát már lassan 30 éve itt vagyok G.-on összesen.” (budapesti férfi)

„2008 óta vagyok az intézetben, 2011 óta a lakóotthonban, öt éve. Én is Pestről érkeztem, de szerintem itt az emberek 90%-a Pestről érkezik, úgyhogy csak ismétlem ezt a dolgot.” (budapesti nő)

A bemutatkozás további részében a lakóotthonhoz fűződő érzelmekre, tevékenységekre tértek ki. Így elmondható, hogy összességében az önbemutatót erősen meghatározta a beszélgetés szolgáltatásfókuszú volta. Ugyanakkor az is megállapítható, hogy a résztvevők identitását jelen önbemutató alapján nagyban meghatározza a szolgáltatáshoz fűződő viszony.

„Jó, nagyon jó családi környezet, olyan, mint otthon.” (budapesti nő)

„Tíz éve élek kinn a lakóotthonban, szeretem az állatokat, van egy kutyám, van őzikém, van egy tengeri dagadt disznóm, szeretem (...) szeretem a cicákat.” (budapesti nő)

„De jó helyünk van, szabadok vagyunk. Lehet sütni-főzni is, jó a társaság, arany életünk van. Pénzt is kapunk, költő. Járok moziba, színházba. Hát, ennyi ...” (budapesti férfi)

Azáltal, hogy interjúalanyaink között többen korábban nagy intézményben éltek, és sokan rendelkeznek összehasonlítási alappal, így külön érdekes szempont, hogy már a bemutatkozásban megemlítették a lakóotthoni szolgáltatás minőségbeli különbségét: „otthon”-jellegét, melyben közös egyetértés alakult ki a beszélgetés során:

„Hát van különbség a kinti élet, meg a, hogy mondjam, nem a bezártság, mert ugyanúgy megvan a szabad mozgás, mint otthon, Pesten élnék vagy szabad világban. Csak más, odafigyelnek az egészségre, munka van, szállás, minden, én jól érzem itt nagyon magam.” (budapesti nő)

„Én nagyon jól érzem magam, van cicánk, az sokat segít, nagyon sokat segít. És jól érzem magam, önálló vagyok, vannak feladataink, kötelezettségek, de elvégezzük. Tudunk főzni, azt, amit szeretnénk. Hétvégén nem szoktunk bejárni, mert főzünk otthon. Szóval jól érzem magam, önállóbb az egész, mint itt benn, és az a jó benne”. (budapesti nő)

A bemutatkozás során szintén nagyon hangsúlyosan jelent meg a szolgáltatással való elégedettség kifejezése. Ennek során a komfortérzethez kötődő fő szempontok is kirajzolódtak:

„120 000 Ft a nyugdíjam, és ...-al H. L. bácsi a gondnokom, és mindenkinek, aki itt van most. Meg vagyok elégedve, akármit kérek, megadják. Előbb ittam

kávét, előbb ettem jégkrémet, jól érzem magam, jobban, mint otthon. Amit kérek, mindent megkapok, meg vagyok elégedve, ezt tudom mondani.” (közép-magyarországi férfi)

Utalás történt a szabadság megélésére is, melyre a támogatott lakhatás lehetőséget biztosít:

„Hat, hat éve vagyok itt. Most már 6 éve, és nem olyan régen alakult ez a... biztosan hallottátok... az engedély, mert annak idején nem volt engedély... meg szabadon elmehetek innen. Ha kérdezem, vagy szólok, hogy elmehetek, akkor elmehetek innen.” (közép-magyarországi férfi)

„F. vagyok, Budapestről jöttem, 26 éve vagyok leszázalékolva kényszerbetegséggel, és albérletbe laktam, a lakásomat eladtuk, nem volt lakásunk, és adódott ez a lehetőség, hogy van egy újfajta támogatott lakhatás, ez Magyarországon újszerű, újkeletű dolog, és a É. nagylelkűségével és segítségével kerültem ide. Nagyon otthon érzem magam, nagyon kellemes, barátságos környezet van, akikkel megértetem magamat.” (közép-magyarországi férfi)

A bemutatkozás során megjelent, hogy a támogatott lakhatás a nagy létszámú bentlakásos intézménytől független, illetve a közép-magyarországi önálló támogatott lakhatás esetében mint önfenntartó közösségre is utaltak:

„Együtt egy kis közösséget, önfenntartó közösséget próbálunk létrehozni, ami jó, úgymond jól működik, részben igen, részben nem, de többnyire igen. Próbáljuk magunkat lefoglalni a nap 24 órájába’ vagy 16 órájába’, mindenkinek megvan a kis feladata. Főzés, kertászás, fűnyírás, kertrendezés, amit a házon belül, a telken belül lehet csinálni. Mindent, mindent megcsinálunk gyakorlatilag, tehát én, személy szerint mindent elvállalok, és mindenben részt veszek, amiben tudok, nekem örömet okoz, hogy itt vagyok.” (közép-magyarországi férfi)

A bemutatkozásnál kevesen említették életkorukat, jellemzőbb volt, hogy a szolgáltatáshoz fűződő viszony időbeli meghatározása kapcsán került szóba az életkor, illetve az adott szolgáltatás igénybevételének (sok esetben kezdetének) megjelölésével:

„32 múltam májusban, én is már február óta 2 éve vagyok itt.” (dél-dunántúli férfi)

„13 éve vagyok itt, olyan mintha... megszoktam a lakóotthont, ahol lakom...” (dél-dunántúli férfi)

„Én már 31 éve itt taposom a hogyhívjákot. Kinn lakunk a lakóotthonban.” (nyugat-dunántúli nő)

„’92-től lakom itt az intézményben, 2002-től meg a lakóotthonban. Előtte nevelőotthonban nőttem fel, 82-től. Hát egészen idáig, míg ide nem kerültem. Jól érzem magam.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Két évig voltam a rehabon majdnem, így kerültem a lakóotthonba. A lakóotthoni önállóságra való felkészítés nagyon jót tett nekem, plusz a munkahely, vagyis a tevékenykedés. Sokat számított az egészségemnek. Hál’ Istennek jól vagyok, és a lakóotthon lakója vagyok.” (nyugat-dunántúli nő)

Foglalkozás, személyes képességek mint erősségek kiemelése

A munka mint identitásképző terület is megjelent a bemutatkozások során, főként azokban az esetekben, ahol az interjúalanyunk jelenleg is dolgozik, s a munka továbbra is életének részét képezi, vagy lehetősége van korábbi munkáját hobbiszinten gyakorolni. A dél-dunántúli régióban hangsúlyosabban jelent meg ez a vonatkozás, ugyanis a bemutatkozás során egymásra reflektáltak az interjúalanyok:

„Ez a 2. évem a lakóotthonban, a m-i X.-ben dolgozok és a vasútnál voltam mint aktív, mint kocsitakarító, nagyon megtetszett az a világ.” (dél-dunántúli férfi)

„15 éve lesz augusztusban, 17-én, hogy 15 éve, 23 éves korom óta, jól érzem itt magam a lakóotthonban, nem úgy kerültem be, hogy a nagyházból, hanem voltam otthon, otthon voltam és akkor a lakóotthonba be. Nem fényezni akarom magam a többiek előtt, de NB-szinten védtem, kapus voltam, aztán belekerültem az FTC-hez, aztán egyesítve Ausztriába, úgyhogy erről maradtam le, a lehetőségekről, 2 betegségem és a karrierem...” (dél-dunántúli férfi)

„...itt a kerámiában dolgozom...” (dél-dunántúli férfi)

Két esetben történt utalás a személyes képességekre, tehetségekre mint az identitást meghatározó területre:

„Elfelejtettem mondani, hogy rajzolk is, nagyon sok kiállításom van. És mindenfélét, eladásra is rajzolk.” (budapesti nő)

„Hát én, igazából, hogy ha nem lettem volna beteg, akkor zeneiskolai tanár lettem volna, és ezen a vonalon elvégeztem volna az egyetemet, de sajnos

közbeszólt az élet, de itt van alkalmam zenélni, van zenekar, terápiás jelleggel, nem egy olyan eredményorientált, úgy mondjam zenekar, hanem inkább ilyen »jól érezzük magunkat« címen megy a dolog.” (budapesti nő)

A munkahely megléte, illetve a személyes képességek kibontakozásának lehetősége, valamint a jóllétben betöltött szerepe tehát többször hangsúlyt kapott:

„Hát 20 évvel ezelőtt kezdtem el rajzolni és festeni. És itt az intézményben egy pártoló csapatot kaptam, akik segítenek abban, hogy most már 16 kiállításon túl vagyok. Szövéssel foglalkozom, szövődében dolgozom, 4 órás munkarendben. És nagyon jól érzem magam a lakóotthonban, 2002 óta vagyok én is kinn.” (nyugat-dunántúli férfi)

„2003-ban érkeztem ide, X.-re. És én is azt tartom jónak, hogy itt volt ilyen foglalkoztatás. Lehetett dolgozni, tevékenykedni. Volt kulturális élet, kulturális területen is lehetett fejleszteni magát az embernek. És nagyon jó kis csapat van itt. És a lakóotthonban hogy is mondjam, szabadabb légkör van.” (nyugat-dunántúli férfi)

A hétköznapiak strukturáltsága

A munkaviszony, valamint annak helyszíne erősen befolyásolja interjúalanyaink napi rutinjának kialakítását. Ez azokban az esetekben, ahol mindennek helyszíne, tere a nagy intézménytől függ, a nagy létszámú intézményben élő emberek napirendjétől nem sokban tér el. A Budapesthez tartozó intézmény által kialakított lakóotthonban élő minden interjúalanyunk dolgozik a nagy intézmény valamelyik területén, így elmondható, hogy fél kilenctől délután fél kettőig, fél háromig (személyfüggően) mindenki a bentlakásos nagy intézmény területén tartózkodik.

„Hétfőn van pénzosztás fél egykor. Kezdődik a hét ugye. Fél kilenctől munka, akkor fél kettőig munka, aztán utána megyünk vásárolni. Akkor mindenki ki-kiszalad a városba, elkölti a pénzét, aztán hazamegyünk, van, aki közös takarító, és akkor takarít. Az azt jelenti, hogy egy hétig a közös helyiséget ő takarítja, ketten takarítják, vagyis négyen, mert egyik oldalt ketten, meg a másikat, mert ilyen szárnyban van a lakóotthon. És akkor olyan, hát jön a pihenés, akkor macskaetetés, akkor tévénézés, esetleg még olyan, hogy főzés vagy házimunka, és akkor így eltelik a hétfő.” (budapesti nő)

„De a közös takarítók, közös helyiségekben külön raktár van. De ahhoz az intézet adja a dolgokat. De a mi lakásunkban mi ezt nem használhatjuk.” (budapesti nő)

A munkát követően bevett szokás a hazafelé tartó úton bevásárolni, amit a háztartási munkák elvégzése követ, kiegészítve adott esetben esti főzéssel, sütéssel.

„Hát fél kilenctől fél háromig dolgozunk. Aztán megyek Sparba, Pennybe, Realba. Aztán takarítás, sütni és éjjel egyig szoktam fönn lenni. És öt órakor ébredek fel hajnalban vagy fél hatkor legkésőbb.” (budapesti férfi)

„Főzünk egy jót, tévézünk. Néha laptopozunk, pihenünk, cicát megetetjük, és akkor ott az este.” (budapesti nő)

A lakóotthon életében nagy hangsúlyt kap a háziállatok gondozása: Többen kiemelték, hogy a nap különleges pillanatai között szerepel, ráadásul a napi időbeosztást sokszor szintén meghatározza. Ahol van lehetőség állatok gondozására, ott ez nagyon hasznosnak és interjúalanyaink számára elengedhetetlennek bizonyul, ezért azt feltételezzük, hogy sok más interjúalanyunk számára is fontos lenne ilyen (terápiás) lehetőség.

„Megmosakszom, felöltözöm. Megetetjük a X.-szet, a tengerimalacot, utána kimegyünk, megetetjük a Y.-t, a kutyát, akkor egy kicsit még visszafekszek, megvárom, hogy jön a nővér, a Z. nővér.” (budapesti nő)

Munka után több lehetőség nyílik hobbitevékenységek ápolására, mely az intézményhez köthető foglalkozásokon, szakkörökön valósulhat meg, illetve egyéni szabadidős tevékenységeknek is teret ad.

„Hát csütörtökönként járok kerámiaszakkörre, pénteken rajzszakkörre járok, bejárnak hozzánk, van X, de nekem olyan, mintha testvérem lenne.” (budapesti nő)

„Tévé, én nagyon szeretek, tévéfüggő vagyok! Minden nap nézem a sorozataimat, akkor ismerősökkel, ha programok vannak a városban, el szoktunk menni.” (budapesti nő)

„Azt szeretem, ha otthon főzögethetek, kotyvasztgathatok.” (budapesti nő)

„Munka után haza, igaz, hogy én minden áldott nap nézem a tévét, TV-Paprika vagy Sütimester vagy valamit, de mindig szeretnék kotyvasztani. Nem azt, hogy túl jól főzök, csak kotyvasztgatok. Ez a mániám vagy a természetfilm.” (budapesti nő)

Bár a dél-dunántúli régióban vizsgált lakóotthon szintén nagy intézményhez köthető, azonban a külső munkahelyi lehetőségek miatt jobban el tudnak különülni az anyaintézmény általános napi struktúrájától.

„Úgy kezdődik egy napom, hogy reggel 5 órakor van ébresztő a lakóotthon abban a részében, ahol én lakom, és akkor fél 6-kor elindulok a reggelivel a m-i X.-be dolgozni. Akkor hétfőtől csütörtökig reggel 6-tól 11:20-ig dolgozom a m-i X.-ben, mint csomagoló, mert ledolgozom a pénteket, 4 órában dolgozom az X.-ben, és akkor délután hazajövök, megebédelek, utána 3 óráig szabadfoglalkozás, és akkor 3 órakor, amikor a vacsorát nem szervírozzák, tehát nem hozzák, akkor 3-tól fél 6-ig cigizgetek a kijelölt dohányzóhelyen, és akkor vacsora után fél 7-től tévézgetek, és este lefekszek, ennyi.” (dél-dunántúli férfi)

„Én fél 6-kor kelek, 5 óra 30-kor, elhúszom az ágyat, felöltözök, tisztálkodok, elindulok a munkába, az X épület, ami régen volt Y épület, abban dolgozunk és a gyöngycsomagoló műhelyben dolgozunk és csomagoljuk, és 5 órát dolgozok, fél 8-tól fél 1-ig, és munkából hazajövök, megebédelek, akkor takarítás van, törölgetünk, mosogatás, ilyesmi, azt megcsinálom, akkor utána tévét szoktam nézni vagy pihenek vagy olvasok egy könyvet.” (dél-dunántúli férfi)

„És én is elmegyek dolgozni és egy napom úgy telik el, hogy a szobatársam főzi nekem a reggeli kávé, és amikor elmegyek, kisöpröm a szobát, kipucolom a vécét, csempemosás minden, mindennap, és F1. elmegyek, felsöprök, felmosok és rendbe teszem a szobát és kitakarítom és hajtok neki valamit, és elmegyek munkába, megyek a pékségbe, és van sok szép dolog van.” (dél-dunántúli férfi)

A nyugat-magyarországi régióban nagyon szorosan összefonódik a lakóotthonban élők, valamint a nagy intézményben élők élete, mindezt a lakóotthon elhelyezkedésének közelsége is megerősíti. Így a nap szerves része a nagy intézmény falain belül zajlik, a munkától egészen a délutáni szabadidős tevékenységig. A napi életritmusban azonban nagyobb szabadságot tapasztalunk: kezdve az ébredés idejében mutatkozó eltérésektől, egészen a lakóotthoni önellátás és külső kapcsolatok ápolásáig.

„(...) reggel kinn a lakóotthonban felkelünk, az ember fölsöpör, fölmos, kitakarít, meg mit tudom én. Utána megyünk dolgozni. Nekünk, most így ötünknek annyira zsúfolt a programunk, hogy így próba, próba, próba, ki mit tud-ra próba, most jön a karácsony is. Majdnem úgy mondanám, hogy reggeltől délutánig be van táblázva nekünk a programunk.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Úgy kezdem én is a napot, hatkor kelek, körülbelül fél hat-hat között kelek. Akkor reggeli. Akkor a teendő a munka, mosodában dolgozom, négy órában. Akkor utána nagycsoport, színjátszó próba, akkor kevés szabadidőmben a lakóotthonban a háztartási teendőt elvégezni: mosás, főzés, takarítás. Van, aki úgy van, van, aki főz is hétköznapi is, de általában hétfőtől péntekig benn eszünk, szombat, vasárnap önállóan főzünk kinn.” (nyugat-dunántúli nő)

„Én kicsit később kelő ember vagyok, háromnegyed hétkor szoktam felkelni. Akkor megvan a reggeli. Hétfőtől péntekig minden nap megyek dolgozni. Nyolc órától tizenkettőig. Hétfőn-kedden a szövődében szövök, szerdán-csütörtökön az agyagozóban agyagozok, most újabban, pénteken újra a szövődében. A délutáni dolgom hasonlatos a többiekéhez. Vannak a színjátszó próbák, van a művészetterápia, amire járok. Tulajdonképpen a péntek kivételével minden napom be van táblázva. És hétfőn meg akkor egy kicsit lazább a dolog, mert ugye nem kell dolgozni, több idő marad zenehallgatásra, olvasásra, otthoni festésre, körülbelül így telik el egy hét.” (nyugat-dunántúli férfi)

„...én is későn kelő vagyok, mint a K. (...) Ugye én is ott a barátnőmnél felkelek, hétkor én is megreggelizek, majd lejövök ide a munkahelyre, nyolctól délig dolgozok, utána a délután szabad, internetezek, olvasok, sakkozok, úgyhogy ennyi.” (nyugat-dunántúli férfi)

A megismert közép-magyarországi támogatott lakhatási szolgáltatás nagy intézményhez nem kötődik, ami lehetővé teszi, hogy az itt élők saját maguk alakítsák ki napi rutinjukat s az ahhoz kapcsolódó, számukra megfelelő tevékenységeket. A nemrégiben átminősített szolgáltatás korábban lakóotthonként működött, azonban majdhogynem teljes csere ment végbe a szolgáltatást igénybe vevők személyében, valamint a működésben is. A felújított épületet új lakók vették igénybe, s érkezésünk-kor még nem alakult ki teljesen az itt élők közössége. A hétköznapiak strukturáltsága ennél fogva sokkal szabadabb rendszert tesz lehetővé, mint a nagy intézményhez igazított lakóotthoni szolgáltatásban. Hátránya azonban, hogy a napi rutin s cselekvések jelenleg még egy vonzáskörzetben zajlanak (a kapcsolatok most épülnek ki), s a mindennapok főként a lakóotthonban és a hozzá kapcsolódó telken telnek. Interjúalanyaink külső munkahely meglétéről nem számoltak be, ellenben nagy teret kap az otthon és a ház körül végzendő tevékenységekbe való aktív bekapcsolódás.

„Hát én reggel már felkelek, 5 óra körül, azzal kezdem el, hogy megmosom a hónapos retket, a céklát, a zöldséget, a paradicsomot, babot, már ekkora a bab, 2 centi, nemrég vetettük. Akkor utána elszívok egy cigarettát, és fellecsolom a muskátlikat, végig akkor a rózsákat sorba, a többi virágot, akkor a fenyőt, az előbb már a teknősbékát vittem ki, és fél órára most hoztam be, hogy jöttek.” (közép-magyarországi férfi)

„Délután, 2 órától 3 óráig pihenő, aztán este 8-kor meg, 7 órakor, 7 órától meg 8 óráig nézem a tévét, fekszek le.” (közép-magyarországi férfi)

„Hát azért elég változatos a program. Nem tudom azt mondani, hogy minden ugyanaz, de egy napot se tudnék kiemelni. Hogy-hogy a mai nap nem sokat kellett tevékenykedni. Reggel felkeltem, általában fél 9, 8 között kelek, akkor lemegyek, megreggelizek. Segítek főzni az X.-nek.” (közép-magyarországi férfi)

„(...) a nap nagy részében, aztán ebéd után internetezgetni szoktam egy két-három órát vagy pedig pihenni helyette, a délutáni órákba' már nem sokat csinálunk, akkor már inkább a sziesztáé a szerep.” (közép-magyarországi férfi)

Felügyelet

A szociális segítő szakember a vizsgált lakóotthonokban szükség szerint nyújt segítséget, s mivel a nagyintézményhez köthető szokások rögzültek, őket sokszor nővérnek nevezik interjúalanyaink.

„És úgy van a felügyelet, most mondod, hogy reggel egy negyed óra, délután meg ilyen négytől hatig elvileg. És az tök nővérfüggő, hogy van, aki kinn van másfél órát, és van aki, bekukkant, aztán megy. Szóval azt mindenki tudja, hogy ez így megy.” (budapesti nő)

„Azt akarják beizélni, hogy minél, minél kevesebbet. Mert eddig mindennap volt, minden nap jött a heti. Most csak ilyen rövid ideig.” (budapesti nő)

Támogatott lakhatás esetében a kísérő támogatást nyújtó munkatárs, illetve esetfelelős szintén változó intenzitással van jelen, ez a vizsgált közösség életében is az aktuális helyzethez igazodik. A nagy létszámú intézményhez képest sokkal rugalmasabb felügyeleti rendszer lehetővé teszi interjúalanyaink számára, hogy saját maguk határozzák meg, mikor, milyen időszakban, hová szeretnének menni, nyomonkövetés mellett („Van ilyen távolmaradás regisztráló füzet”):

„(...) állandó kimenőnk van, ha én azt mondom, én most fél kettő, vége a munkának. Nem az, hogy föl kell menni az osztályra, és akkor be vagyok zárva, kimegyek a kapun, és akár elmehetek egy másik faluba, az sem érdekel senkit.” (budapesti nő)

„Volt, hogy fél tizenkettőkor értem haza kimenőről este.” (budapesti férfi)

Jövedelmi viszonyok, munkavállalás

Általánosságban elmondható, hogy mindegyik vizsgált intézményben rendelkeztek interjúalanyaink saját költőpénzzel, melynek beosztása teljes mértékben rajtuk múlt. Elmondásuk szerint ez az összeg nem haladta meg fejenként az 5000 Ft-ot hetente, ennek összege azonban személyfüggő, az egyéni anyagi helyzetéhez igazodik. Abban az esetben, ha a nyugdíj összegét kiegészíti plusz kereseti lehetőség, mindez a plusz-költség biztosítható. A személyes költőpénz minden esetben a komfortérzethez járul hozzá (erről a fókusz során konszenzus is született, kiemelten a Budapesthez tartozó vidéki intézményben), s olyan pluszköltségeket fedez, melyek az ellátáson felül, a személyes jóléthez tartoznak (pl. internet-előfizetés).

„Tényleg a pénzkezelésünk az úgy működik, hogy elvileg magunk kezeljük a pénzünket, gyakorlatilag mindenért könyörögni kell, ha valamit akar venni az ember. És egy kicsit idegessé tesz mindenkit, a pénzosztáskor mindenkinek liftezik a gyomra. De jó, jó az, hogy azért így nem engedik, mert van, akinek több a pénze, és nem engedik, hogy elverje, meg minden. És akkor így be van osztva. Én például 5 000 Ft-ot szoktam felvenni hetente. Úgy-hogy itt megvan a teljes ellátás, ez tulajdonképpen költőpénz. Na de hát itt a lakóotthonban kell mosószer, vécépapír, fogkrém, macskakaja, akkor egy kis gyümölcs, egy kis zöldség, szóval elmegy.” (budapesti nő)

„Hétfőn, akkor zsoldosztás.” (budapesti nő)

„Az szokott lenni a legjobb nap, mert akkor van pénz nálunk.” (budapesti nő)

„Hát valamivel olcsóbb is az ellátás. Még be kell fizetni 80%-ot és csak 20% a zsebpénz. Akinek olyan kevés pénze van, mint nekem, maradna 5-6 000 Ft-om a nyugdíjból. Most dolgozom, 37 000 Ft-ot, azért elég jól ki lehet jönni.” (nyugat-dunántúli férfi)

Az intézményhez való viszony, avagy „mi itt egy nagy közösség vagyunk”

Nagy létszámú intézményből kis férőhelyszámú lakhatási szolgáltatásba

Interjúalanyaink szinte kivétel nélkül éltek korábban nagy létszámú intézményben (pl. „92-től lakom itt az intézményben, 2002-től meg a lakóotthonban”), így fontos megállapításokat tettek arról, hogy a költözés következtében milyen életminőségbeli változáson mentek keresztül. Kiemelték, hogy a kis férőhelyszámú szolgáltatás sokkal nagyobb önállóságot és szabadságot biztosít számukra a mindennapi élet strukturálását tekintve, megnöveli a személyes szférát, és ezzel nyugodtabb élethelyzetet biztosít, ugyanakkor megfelelő védelmet is nyújt. Sok eset-

ben hasonlították az albérleti léthez, melyben ők maguk teremtik meg a lakhatás feltételeit és kívánt körülményeit. A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során a beszélgetés fókuszába ennek kérdése leginkább a nyugat-dunántúli régióban került, ahol részletesen bemutatták közösen az általuk megélt különbségeket.

„(...) végül is a lakóotthon már olyan, mint egy átlagpolgár, mintha egy társasházban lakna az ember. És tényleg ott már nagyobb az önállóság, és hát eleve a jobb, a legjobb egészségi állapotban lévő embereket engedik ki, és nincs is lényeges különbség a kinti lakó és a lakóotthoni lakó között, csak annyi, hogy egy-két szál idekötí az embert a főépülethez, de úgy nagyjából önállóan élünk már.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Mert én, amikor kiköltöztem, nekem is odahozták a színpalettát, hogy milyenre szeretném a szobámat, hogy milyen színű legyen. És nekem ez olyan jól esett, hogy kiválaszthattam azt a színt, és azt festették! És a mai napig úgy örülök, hogy ezt a színt választottam, mert annyira nyugis. És annyira ilyen kellemes, barack-fahéj-rózsaszín keveréke. Szóval ilyen nagyon jó.” (budapesti nő)

„(...) én amikor megépült a lakóotthon, az első lakója voltam az alsó lakóháznak (...) És azóta én már annyira megszoktam, ugye kevesen vagyunk ott, hát nincs az a nagy nyüzsgés, ami itt benn van, eleve teljesen más életet élnek az emberek, tehát nyugodtabb a légkör. Lehet nyugodtan alkotni, én szeretek ottan alkotni, mert van egy kis asztalkám, kiteszem a rajzaimat, satöbbi, lehet, hogy nem tudnám megvalósítani itt fenn.” (nyugat-dunántúli férfi)

„(...) önellátóak vagyunk, mi főzünk magunknak, kimossuk a ruháinkat, takarítunk, megvesszük a hozzá szükséges dolgokat. Én mindig azt szoktam mondani a páromnak, hogy egy albérletben vagyunk.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Meg sokkal nyugodtabb élet. Már olyan szempontból, hogy nincsenek azok a zavaró tényezők, az a zivaj, meg az a rengeteg konfliktus, ami előfordul lakó és lakó között, mert hát sajnos ilyen helyen gyakran előfordulnak konfliktusok, problémák. És akkor meg hát maga a személyes tulajdonnak a biztonsága is nagyobb, mert itt vannak lopások is, meg mindenféle dolog.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Hát, hogyha jégkrémet akarok enni, akkor jégkrémet eszek, ha almát akarok enni, akkor almát eszek, ha golden almát akarok enni, akkor golden almát eszek...” (közép-magyarországi férfi)

„(...) amikor kiköltöztem, akkor nagyon féltem. Mert mindig is, a nevelőotthonban is sokan voltunk, és olyan hirtelen lecsökkent a létszám. Igen, ez az otthonom, és büszke vagyok rá” (budapesti nő)

„Védelem. Biztonság. Segítség...” (közép-magyarországi férfi)

„Egy olyan védelmet biztosítanak, amit az adott betegségen belül el tudunk végezni.” (közép-magyarországi férfi)

„...ez az életem. Hogy nekem már ez az otthonom. Hát tudom, hogy, én úgy fogom fel, hogy itt lakom egy albérletben, ami nem az enyém, tehát nem az én tulajdonom, de fizetek érte, és abban élek, tehát az az otthonom.” (budapesti nő)

„Hát végső soron, ez egy otthon, egy komplex otthon, ott alszunk, ott töltjük az időnket, ennyi...” (dél-dunántúli férfi)

Jövőkép

A jövőkép vonatkozásában megfogalmazódott az önálló életvitel, a közösségbe való befogadás mint vágyott cél („Mindenkinek joga van az életre, ha beteg, akkor is. Községbe befogadásra.”), illetve többen kiemelték a családdal való rendszeres kapcsolattartás, családalapítás, párkapcsolati lét területét, melyek szintén célként fogalmazódtak meg. A beszélgetés során kevésbé hangsúlyosan, de megjelent a gondnokságtól való szabadulás kérdése („ettől a gondnokságtól szabadulni, mert nem tudok semmit intézni”). Jövőben elérendő célként fogalmazódtott meg a továbbtanulás, esetleges újabb szakmaszerzés lehetősége („Hát például, hogyha le tudnák érettségizni, már lettem a szakmunkásképzőt, tehát nem elérhetetlen álom”).

Akadályozottság és pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegség

A pszichoszociális fogyatékoság kifejezést interjúalanyaink nem tudták értelmezni, ismeretlen volt számukra.

Összegzés

A bemutatkozás, önmeghatározás során a szociális szolgáltatással kapcsolatos viszony jellemzése domináns volt, ezt abban az esetben egészítette ki a munkára, hobbiira való utalás, amennyiben erre mind a mai napig teret adnak. A lakóotthon, illetve támogatott lakhatás esetében erre sokkal több példa mutatkozott. Azonban ebben az esetben fontos szempont, hogy a lakóotthonba kerülés esélye a vizsgált esetekben nagyon erősen összefüggött az egészségi állapottal, illetve az önellátásra való képességgel, amely a munkaviszony megtartását, illetve újraszervezését is meghatározza. A nagy intézményhez köthető közösségi alapú lakhatási szolgáltatás ki-

alakítása esetében az önmeghatározásban mindenhol megjelent a korábbi nagy intézményből a lakóotthonba való átköltözés mint egyfajta „szabadságélmény”. Több régióban megjelent ez a szolgáltatási forma, azonban a dél-dunántúli régiót leszámítva kevés érintettnek jut lehetősége az „átköltözésre”, ugyanis a vizsgált nagy intézmények mindezülig csekély számú férőhelyet alakítottak ki. Munkalehetőségre a nyugat-dunántúli régióban mutatkozott a legnagyobb tér, melyet az önmeghatározásban kiemelt területként számon tartott munkaviszony mint identitásképző elem erősít meg.

31. táblázat. Kis létszámú bentlakásos intézmények és az intézményhasználók jellemzői régiók szerint

	KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	NYUGAT-MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	BUDAPEST
KIS LÉTSZÁMÚ KÖZÖSSÉGI LAKHATÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEK				
TELEPÜLÉS TÍPUSA	város	község	város	város
FENNTARTÓ	non-profit	állami	egyházi	önkormányzat
FÜGGTELENSÉG	független	nagy intézménytől függ	nagy intézménytől függ	nagy intézménytől függ
MEGKÖZELÍTHETŐSÉG	belvárostól távol	belvároshoz közel	a város szélén	belvároshoz közel
KÖRNYEZET	kertes házas övezet	elérhető szolgáltatások	elérhető szolgáltatások	közelben elérhető szolgáltatások
ELLÁTOTTAK				
INTERJÚALANYOK SZÁMA	4	5	5	5
EBBŐL NŐ	0	1	0	4
MAX. 8 ÁLTALÁNOS	0	2	2	4
SZAKMUNKÁS	3	0	3	0
ÉRETTSÉGI	1	2	0	1
TECHNIKUM	0	1	0	0
FELSŐFOKÚ VÉGZETTSÉG	0	0	0	0
ÉLETKOR	47–51	42–57	32–56	36–57
FOGLALKOZTATOTT	0	5	3	3

A társadalmi részvétel a szubjektív életminőség egyik fontos meghatározója, melyet a társadalmi befogadás mértéke, az állampolgári jogok gyakorlásának lehetősége, valamint az interperszonális kapcsolatok milyensége jellemez (My life..., 2012). A bizalmi alapú közvetlen kapcsolatok társadalmi hálózatot alkotva az egyének társadalmi helyzetéről is árulkodnak, mely kapcsolatok egyaránt jelenthetnek erőforrást (pl. védelmet vagy éppen összeköttetést nyújtva), valamint interperszonális kommunikációt lehetővé tevő társas helyzetet. (Angelusz és Tardos, 2012) Kutatások bizonyítják, hogy a társadalmi kötelek ritkulása gyakori a mentális zavarral élő emberek életében (Kadushin, 1982), mindez pedig negatívan befolyásolja a társadalmi részvétel mértékét, valamint a szolidaritáskapcsolatok jelenlétét (Utasi, é. n.). A bizalmi kapcsolatok feltételezik az ún. „társadalmi segítséget”, ugyanis „sűrű interperszonális környezetben” nagyobb eséllyel kaphat az egyén segítséget ismeretségi köréből, mely szubjektív jóllétét erősíti (Kadushin, 1982, 296).

Fókuszcsoportos kutatásunk egy része érintette az egocentrikus kapcsolatháló vizsgálatát, mely lehetővé tette, hogy betekintést nyerjünk interjúalanyaink interperszonális kapcsolataiba, ily módon rálássunk aktuális interperszonális környezetükre. Ezen az egyének egocentrikus kapcsolathálózatában szereplő embereket értjük, akikkel jelenleg közvetlenül kapcsolatba kerülnek. (Kadushin, 1982) E fejezetben ennek eredményeit foglaljuk össze.

A közvetlen kapcsolathálózat, úgynevezett „mikronetwork” (Angelusz és Tardos, 2012) vizsgálata során az interperszonális kapcsolatok összetételére, távolságára, kiterjedtségére, valamint a kapcsolattartás módjára, a találkozások gyakoriságára helyeztünk hangsúlyt. Fókuszcsoportos vizsgálatunk nem tette lehetővé a társadalmi sűrűség vizsgálatát, így a megnevezett kapcsolatok közötti viszonyrendszert sem tudtuk feltárni.

Kutatásunk során a névgenerátor módszerével vizsgáltuk a kapcsolatok összetételét, távolságát (belső, középső, külső) és kiterjedtségét (mértékét) az egocentrikus körök kitöltésével és annak közös megbeszélésével társítva. Arra kértük interjúalanyainkat, hogy a számukra jelentős kapcsolatokat három szempont szerint különítsék el: (1) belső kapcsolati kör, (2) középső kapcsolati kör, illetve (3) külső kapcsolati kör. A kapcsolatok hármasságát a kapcsolatok bizalmassága, illetve szubjektív jelentősége alapján határozták meg. Az egyes kapcsolati körök a kapcsolatháló-elemzésben megjelenő erős, közepesen erős és gyenge kötések analógiájaként értelmezhetők⁵⁹, azonban ennek teljes feltérképezését a fókuszcsoportos kutatás nem teszi lehetővé, csupán egy kiragadott képet ad arról, hogy interjúalanyaink miként ítélik meg aktuális interperszonális kapcsolataikat egy csoportos helyzetben. Így fontosnak véljük megjegyezni, hogy mivel az egocentrikus kapcsolatháló

59 „Erős kötésről sűrű interakció és a személyiséget nem csak eszközszerűen involváló, gyenge kötésről (a valamilyen relevanciával bíró kontaktusokon belül) ritka érintkezés és funkcionális

vizsgálata egy kiegészítő elemként jelent meg a vizsgálatban, így kiterjedt hálózat-
elemzést nem tudtunk végezni. Ennek beépítésével interjúalanyaink aktuális inter-
perszonális környezetéről szerettünk volna képet kapni, azokról a kapcsolatokról
tudomást szerezni, amelyek az interjú idején a kutatásban résztvevők életében, saját
bevallásuk szerint meghatározóak. Azonban fontosnak véljük megjegyezni, hogy
mind az időkeret, mind a kitöltés körülményei befolyásolják a vizsgálatot, ugyanis
fókuszcsoportos kutatásunk jellegéből adódóan számolni kell a társas befolyásolás
hatásával. A következőkben ismertetett elemzés így részeredménynek tekinthető, s
csak a fókuszcsoportos eredményekkel összesítve értelmezhető. Mindazonáltal úgy
véljük, hogy fontos információkat tartalmaz, melynek részeredményei a tanulmány
többi részével együtt összetettebb képet adnak a vizsgált személyek jelenlegi élet-
minőségéről.

A kapcsolathálók összetétele

Az interjúalanyok által meghatározott kapcsolati típusok megjelenését gyakorisá-
guk alapján diagramban összesítve jelenítjük meg, amelyek az összes feltüntetett
kapcsolati típust és azok számát tartalmazzák az interjúalanyok egyéni szóhasz-
nálatához igazodva. Így a kategóriák az egyes kapcsolati körökben megnevezet-
tek szerint jönnek létre, ugyanis arra kértük a kutatásban résztvevőket, hogy a
besorolásnál tüntessék fel a kapcsolati típust is. Az egyéni kategorizációból kiin-
dulva előfordulnak tartalmi egyezések, melyeket az interjúalanyok eltérő módon
fogalmaztak meg, ebben az esetben a gyakoribb szóhasználatot vettük alapul az
ábrázolásban. Az egyes kapcsolati típusokat csak abban az esetben vontuk össze,
amikor nagy hasonlóságot mutattak az egyes kategóriák, s úgy ítéltük meg, hogy a
kapcsolati típus azonosságából adódóan összevonhatók.

Az elemzés során a három intézménytípust elkülönítve, a kapcsolati körök össze-
tétele szerint vizsgáltuk, az elemzésnél a következő szempontokat figyelembe véve:

- rokonsági kapcsolatok aránya,
- párkapcsolat előfordulása,
- intézményhez köthető kapcsolatok aránya,
- baráti kapcsolatok aránya,
- szomszédsági, illetve lakóhelyhez köthető kapcsolatok (intézménytől független).

jellegű kapcsolatok esetén beszélhetünk. E dimenziók alapján lehetséges egy közbülső típus
elkülönítése is a két tiszta típussal szemben, amely a funkcionális jellegű, de sűrű interakcióra
alapuló kapcsolatokról adódik (a munkahelyi kapcsolatok jelentős része például ebbe a típusba
tartozik).” (Angelusz és Tardos, 2012, 25.)

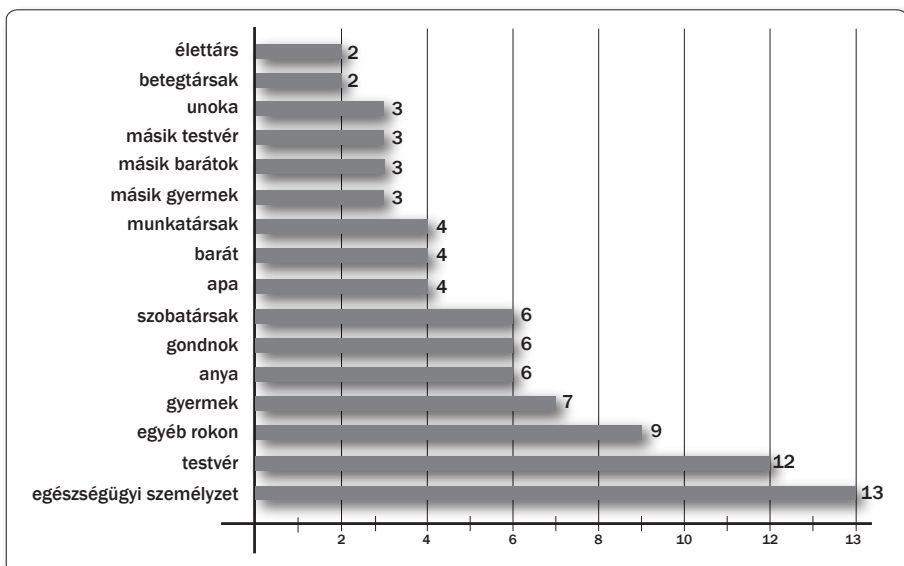
Nagy férőhelyszámú bentlakásos intézmény

A nagy létszámú bentlakásos intézményeknél a fentebb ismertetett öt kategóriából a belső, illetve a külső kapcsolati kör esetében az intézményhez köthető kapcsolatok és a rokonsági kapcsolatok tették ki az interperszonális kapcsolatok többségét. A külső kapcsolati körben viszont már dominánsabban jelentek meg intézményhez nem köthető kapcsolatok (pl. egyéb ismerősök, barátok). A kutatásban részt vevő személyek szubjektív megítélése szerint e két kategóriában megjelenő kapcsolatok nyújtják a legtöbb ún. társadalmi segítséget, így elmondható, hogy a bentlakásos intézményben élő interjúalanyaink interperszonális környezetében az intézményi kapcsolatok, valamint a rokonsági kapcsolatok alkotják kapcsolati hálózatuk nagy részét. A párkapcsolat a belső kapcsolati körben ugyan megjelent, azonban nagyon csekély arányban, mindössze 2 esetben. Interjúalanyaink a baráti kapcsolatokat a párkapcsolatnál nagyobb arányban jelölték meg, a belső és a középső kapcsolati körben is középső tartományban szerepel gyakoriságuk, azonban az ötödik, lakóhelyhez kötődő kategória a bentlakásos nagy létszámú intézmény esetében nem jelent meg. Kiemelendő, hogy a gondnok a belső kapcsolati körben jelent meg az édesanyához, valamint a szobatársakhoz hasonló jelentőséggel.

Belső kapcsolati kör

A belső kapcsolati körben jellemzően az intézményhez köthető kapcsolatok voltak túlsúlyban, valamint a rokonsági kapcsolatok jelentek meg hangsúlyosabban, s ebben a vonatkozásban az egészségügyi személyzet (15%), illetve a testvéri viszony (14%) emelhető ki.

65. ábra. Bentlakásos otthonban élők belső kapcsolati köre

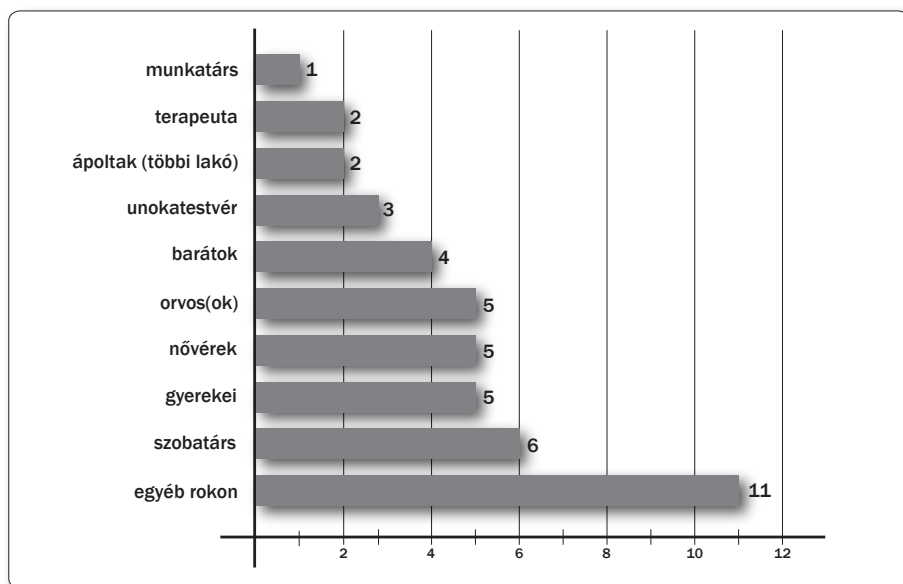


A bentlakásos intézményben élők körében a legbizalmasabb kapcsolatok között elenyésző arányban jelent meg a rokonságon, illetve intézményhez köthető kapcsolatokon túli személy. A testvéri kapcsolatokon túlmenően magasabb százalékot az egyéb rokonhoz (10%), gyermekhez (8%), a szobatársakhoz (7%), a gondnokhoz (7%), illetve az édesanyához (7%) fűződő kapcsolathoz rendeltek a megkérdezettek.

Középső kapcsolati kör

A bentlakásos intézményben élő interjúalanyok középső kapcsolati körében ismét a rokoni kapcsolatok voltak túlsúlyban, azonban itt is nagyon erősen megjelentek az intézményhez és szolgáltatáshoz kötődő kapcsolattípusok. Nagyobb arányban a rokoni kapcsolatok (25%), valamint a szobatárs (14%), a gyermekek (11%), nővérek (11%), illetve az orvos(ok) (11%) fordultak elő, mint az interjúalanyokhoz közelebb álló személyek. Ezt egészíti ki a barátokhoz (9%), illetve az unokatestvérhez (7%) fűződő viszony ábrázolása.

66. ábra. Bentlakásos otthonban élők középső kapcsolati köre

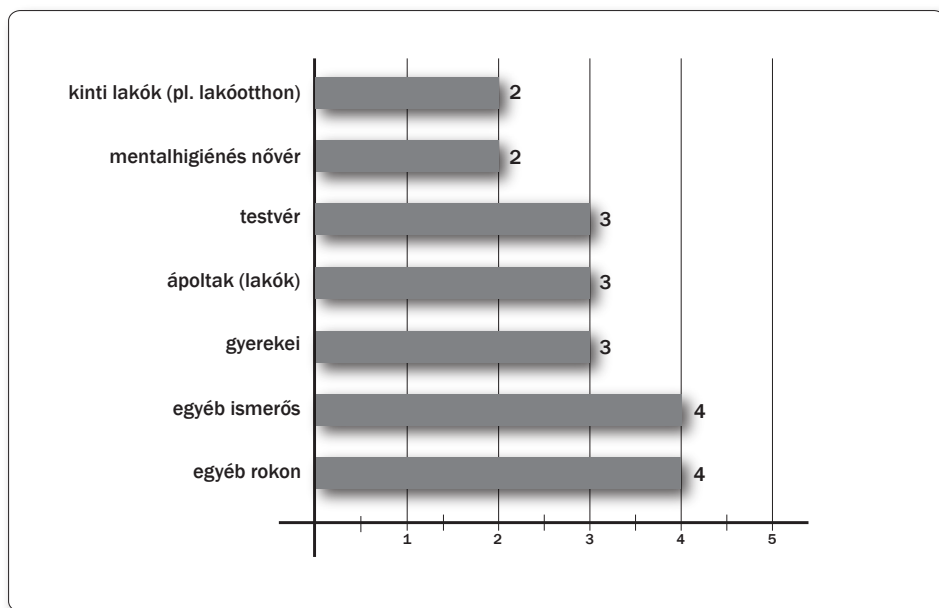


Külső kapcsolati kör

A bentlakásos intézményben élők külső kapcsolati köre sokkal kisebb, mint a belső, illetve a középső kör. A kapcsolatok típusainak többsége ebben az esetben is az intézményhez köthető, illetve ismét gyakrabban jelennek meg rokonsági kapcsolatok is a felsorolásban. A bentlakásos intézményben élők külső kapcsolati körében legtöbbször az egyéb rokon (19%), valamint az egyéb ismerős (19%) kategóriát jelölték meg. Őket követik a testvérek (14%), gyerekek (14%), ápoltak mint többi lakó (14%), akik

az említések számában is megegyeznek. A külső kapcsolati körben találkoztunk még a mentálhigiénés nővér (10%), illetve a kinti lakók (10%) kapcsolati kategóriájával, utóbbi az intézményhez köthető lakóotthoni, valamint támogatott lakhatási szolgáltatás értelmében.

67. ábra. Bentlakásos otthonban élők külső kapcsolati köre



Támogatott lakhatás/lakóotthon

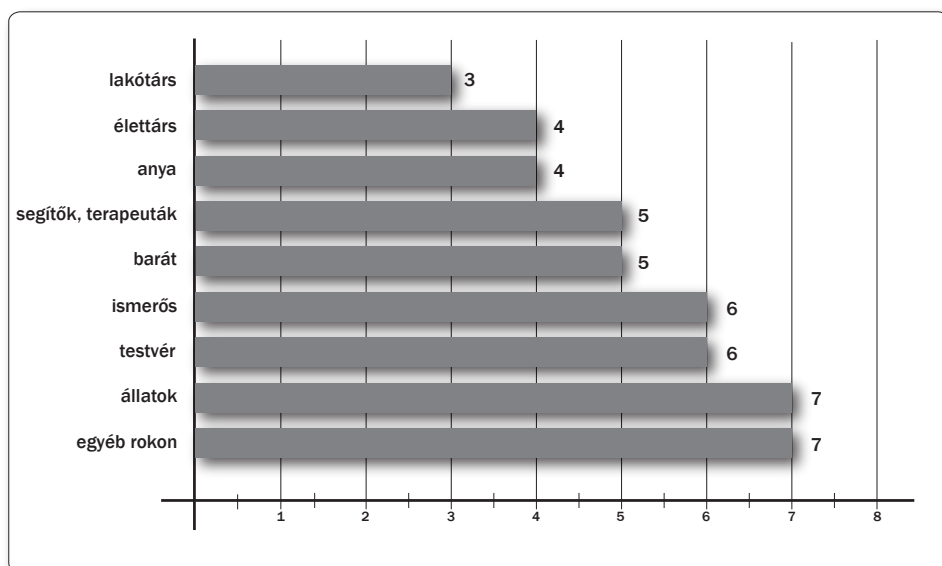
A kis férőhelyszámú intézményeket összevonva vizsgáltuk. A támogatott lakhatás, illetve lakóotthon esetében interjúalanyaink interperszonális kapcsolataik között mind az öt kategória megjelent. A belső kapcsolati körben legtöbbször a rokonsági, illetve baráti kapcsolatoknak tulajdonítottak nagy jelentőséget, azonban az intézményhez kötődő kapcsolatok, valamint a párkapcsolati viszony is nagy hangsúllyal jelent meg. A középső kapcsolati körben a belsőhöz viszonyítva sokkal kevesebb kapcsolatot jegyeztek fel, melyek többsége az intézmény(ek)hez köthető (lakótársak, terapeuták, munkatársak). A külső kapcsolati körben szintén nagyon kevés kapcsolatról számoltak be, amelyek viszont egy új kategóriát is bevonnak az elemzésbe: a lakóhelyhez köthető, szomszédsági kapcsolatokat.

Belső kapcsolati kör

A támogatott lakhatás, illetve lakóotthon eltérő szolgáltatási típusából adódóan a szolgáltatást igénybe vevők már sokkal több informális úton szerveződő bizalmi kapcsolatot jelentettek meg, így bár itt is jelentősek a rokoni kapcsolatok, már

nagyobb hangsúllyal szerepelnek a baráti kapcsolatok, illetve párkapcsolat, s kisebb százalékban bukkannak fel intézményi kapcsolatok. Kiemelendő, hogy a bizalmi alapú emberi kapcsolatokat a háziállatok is színesítik, még hozzá egészen magas számban (15%) szerepelnek a megnevezettek között a belső kapcsolati körben, a rokonsági kapcsolatokkal egyenlő arányban (egyéb rokon: 15%). A szolidaritáskapcsolatokat ebben a kategóriában még többségben a testvérek (13%), az ismerősök (13%), valamint a barátok (11%) testesítik meg, de fontos szerepet tulajdonítanak az édesanyának (9%), az élettársnak (9%), illetve a lakótársnak (6%) is.

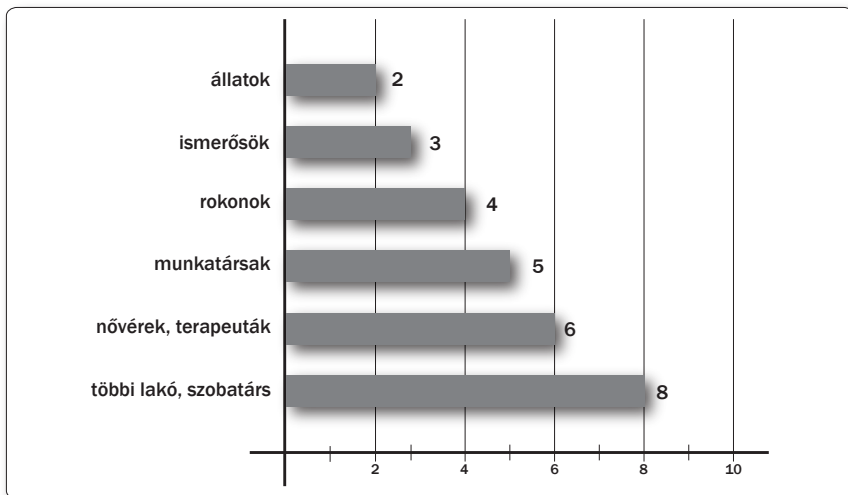
68. ábra. Támogatott lakhatásban/lakóotthonban élők belső kapcsolati köre



Középső kapcsolati kör

A középső kapcsolati körben megjelölt kapcsolati típusok száma jelentősen kevesebb a belső kapcsolati körhöz viszonyítva. A lakóotthoni, illetve támogatott lakhatást igénybe vevő lakótársak (29%), illetve a nővérek, terapeuták (21%) jelennek meg többségben. Kiemelendő, hogy e szolgáltatási típus esetében a munkatársak (18%) már hangsúlyosabban szerepelnek a szolidaritáskapcsolatok között. Ezt a képet árnyalja, hogy az e szolgáltatást igénybe vevők felépülése sokkal előrehaladottabb, mint a nagy intézményben élőké, így a munkavállalási lehetőségük is tágabb. A középső kapcsolati körben kevésbé hangsúlyos kapcsolatokként, de megjelentek még az egyéb rokonok (14%), ismerősök (11%), s itt is szerepelnek a háziállatok (7%), tovább erősítve betöltött szerepüket.

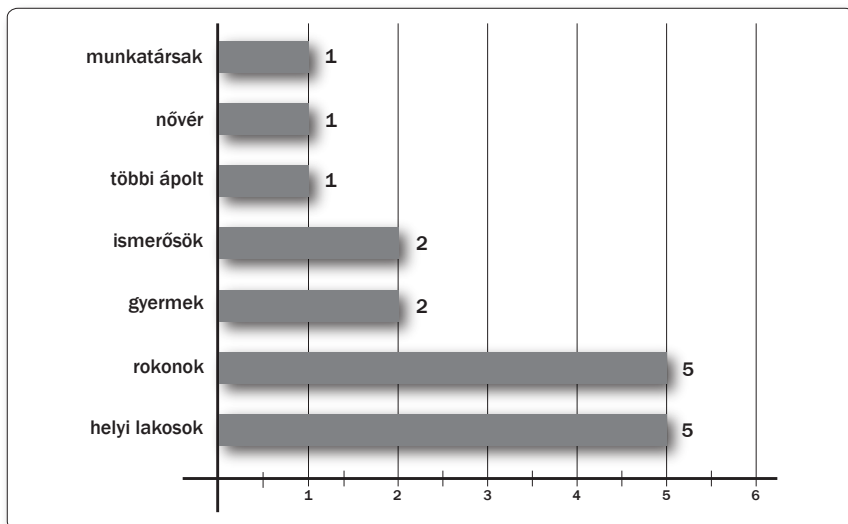
69. ábra. Támogatott lakhatásban/lakóotthonban élők középső kapcsolati köre



Külső kapcsolati kör

A külső kapcsolati körben lényegesen kevesebb kapcsolatot jelenítettek meg interjúalanyaink, mint a belső, illetve középső kapcsolati körök esetében. Továbbá szintén a szolgáltatástípus különbözőségére, valamint a felépülési folyamat előrehaladtára utal(hat), hogy a lakókörnyezettel való kapcsolatfelvétel nagyobb arányban jelenik meg, ezt mutatja, hogy a külső kapcsolati körben megjelent a rokonsági kapcsolatokon (29%) túl a „helyi lakosok” kategória, viszonylag magas, 29%-os aránnyal.

70. ábra. Támogatott lakhatásban/lakóotthonban élők külső kapcsolati köre



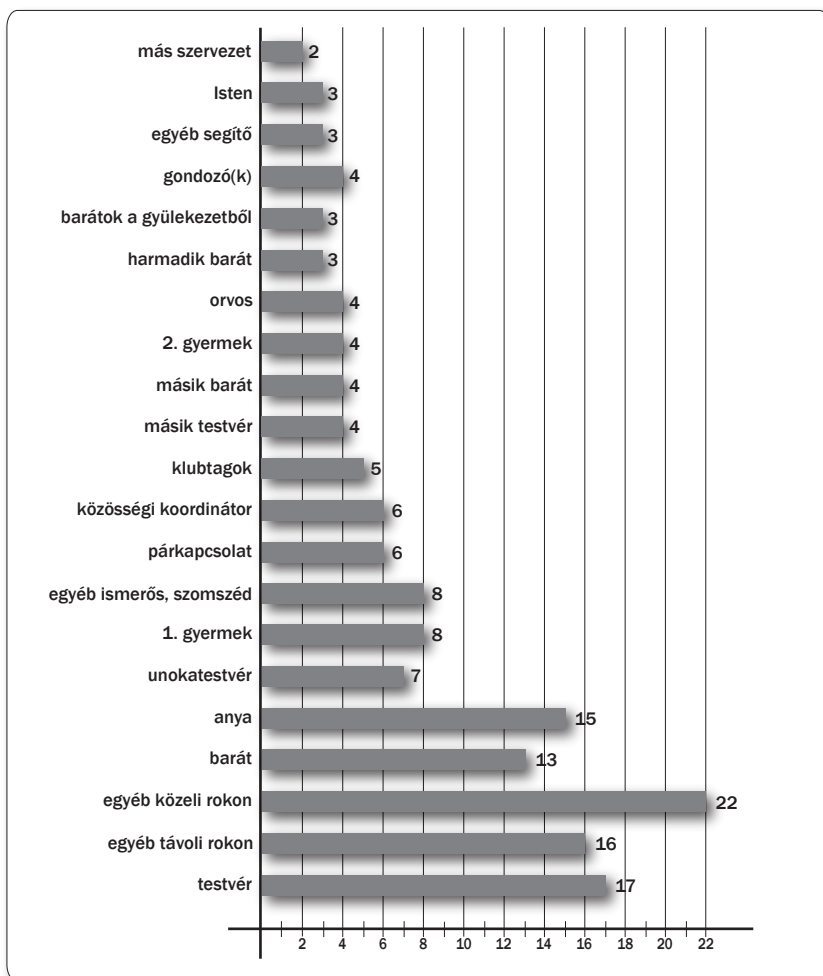
Közösségi ellátás

A közösségi ellátás esetében általános tapasztalatként elmondható, hogy a belső kapcsolati körben jelentkezett a legnagyobb eltérés a más szolgáltatási típushoz viszonyítva. Ugyanis ennek a csoportnak a belső kapcsolati köre lett a legdiverzebb a kapcsolati típusokat tekintve. A közösségi ellátás esetében is megjelent mind az öt kategória, azonban itt már a belső kapcsolati körben létrejött ez, ugyanis a szomszédok, helyi lakosok jelenléte itt volt a legdominánsabb.

Belső kapcsolati kör

A közösségi ellátást igénybe vevő interjúalanyaink kapcsolathálójában, a belső kapcsolati körben főként a rokonsági kapcsolatok fordulnak elő.

71. ábra. Közösségi ellátás klienseinek belső kapcsolati köre

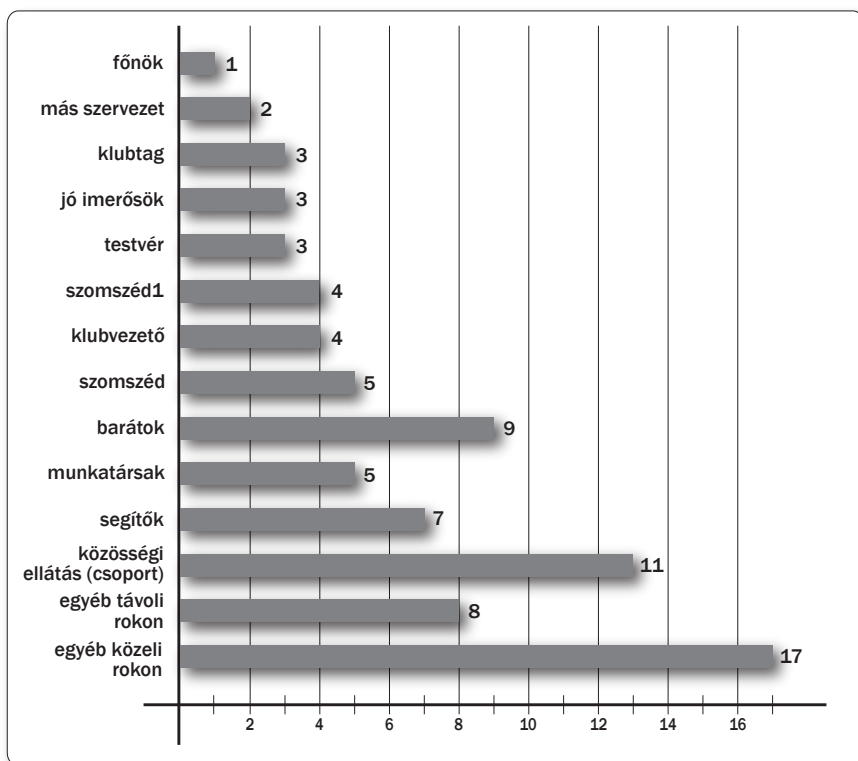


Leggyakoribb az egyéb közeli rokonok (14%) megjelölése, azonban ehhez szorosan kapcsolódik a testvérek (11%) kiemelése, illetve távoli rokonok megnevezése. Fontos szerepet töltenek be az életükben további rokonsági kapcsolatok is: édesanya (10%), barát (13%), gyermek (5%), valamint az egyéb ismerős mint szomszéd (5%). A rokonsági kapcsolatokon túl többségben még intézményhez, illetve szolgáltatáshoz köthető kapcsolatokat jelöltek meg. Intézményhez, szolgáltatáshoz kötődő kapcsolatként legtöbb esetben a közösségi koordinátort (4%), valamint a klubtagokat (3%) emelték ki.

Középső kapcsolati kör

A középső kapcsolati körben a közeli rokonok (20%) mellett a közösségi ellátást mint bizalmi csoportot tüntették fel leggyakrabban a résztvevők (13%), melyet a baráti kapcsolatok (11%) és az egyéb távoli rokonok (8%), valamint a segítők (9%) követnek. A középső kapcsolati körben is megemlítették a szomszédsági kapcsolatokat (6%), illetve ezzel egyenlő számban jelölték meg a munkatársak (6%) támogató szerepét.

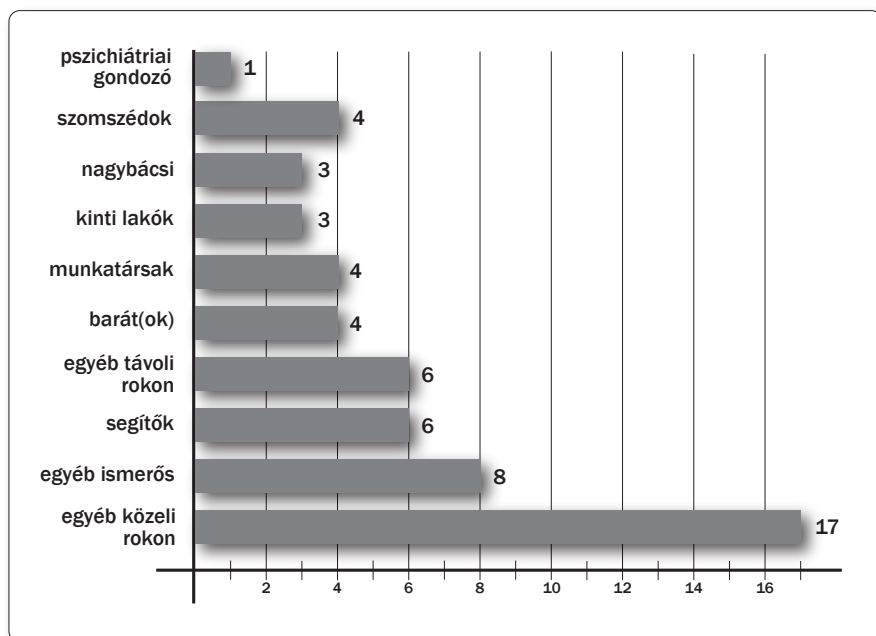
72. ábra. Közösségi ellátás klienseinek középső kapcsolati köre



Külső kapcsolati kör

Jelen szolgáltatási típusban is domináns szerepet kapnak az egyéb közeli rokonok (31%), azonban az, hogy a külső körben is megjelennek, jelzés értékű a kapcsolattartás gyakoriságára és mélységére vonatkozóan. Százalékos arányban az egyéb ismerős (15%), a segítők (11%) és az egyéb távoli rokonok (11%) szerepére utaltak a leggyakrabban.

73. ábra. Közösségi ellátás klienseinek külső kapcsolati köre



Az egyes kapcsolathálók „mérete”

Az egocentrikus körök elemzéséből kirajzolódó bizalmi kapcsolatháló méretét az interjúalany által meghatározott kapcsolatok száma alapján határoztuk meg. Mindent az egyes szolgáltatási típusok mentén külön elemeztük, hiszen az egyes régiók szerinti eltéréseket így tudtuk leginkább kimutatni.

Nagy férőhelyszámú bentlakásos intézmény

A bentlakásos intézményben élők kapcsolati hálójának méretét az egyes régiók szerint is elemeztük. Ennek eredményeként elmondható, hogy a bentlakásos intézményben élő interjúalanyaink kapcsolathálójának mérete az összes régiót figyelembe véve alig haladta meg az 5 főt (pontos adat: 5,73), amely mindhárom kapcsolati körben szereplő személyeket egyaránt magában foglalja.

32. táblázat. Bentlakásos intézményben élők kapcsolati hálójának mérete (fő)

	KÖZÉP- MAGYARORSZÁG	BUDAPEST	ÉSZAK-ÁLFÖLD	ÉSZAK- MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	NYUGAT- MAGYARORSZÁG
SZEMÉLY1	9	7	11	9	6	6
SZEMÉLY2	6	5	8	7	5	6
SZEMÉLY3	5	4	8	6	4	4
SZEMÉLY4	4	3	8	5	3	3
SZEMÉLY5			5	2		
ÁTLAG	6	5	8	6	5	5

Az egyes régiók szerinti összehasonlításban, miként a 32. táblázat is mutatja, átlagosan a legtöbb kapcsolattal rendelkező interjúalanyaink az észak-alföldi régióban élnek, ez a kapcsolat számát tekintve átlagosan 8 főt jelent. A legkevesebb kapcsolattal rendelkezők a nyugat-magyarországi, illetve a Budapesthez tartozó vidéki bentlakásos intézményben élnek, a kapcsolatok száma nem érte el az 5-öt sem. A legtöbb kapcsolattal rendelkező személy 11 főt említett meg, míg a legkevesebb kapcsolat jelen szolgáltatási típusban 2 fő volt.

Támogatott lakhatás/lakóotthon

A vizsgált támogatott lakhatást, illetve lakóotthoni szolgáltatást igénybe vevő interjúalanyaink kapcsolati hálójának terjedelme nem sokban tér el a bentlakásos intézményben élőkétől. A legkisebb kapcsolati hálóval rendelkező jelen esetben is 2 aktort jelentett, míg a legnagyobb kapcsolati terjedelem itt 10 főt tesz ki. Az összeített átlag most sem haladja meg a 6 főt (5,83).

A legtöbb aktorral rendelkező egyén jelen szolgáltatási típusban a Budapesthez tartozó vidéki nagy intézményben volt (átlagosan 6,6 fő), amelyhez egészen közel áll a nyugat-magyarországi régió (átlagosan 6 aktor). A legnagyobb méretű egocentrikus kapcsolati hálója is a Budapesthez tartozó nagy intézmény külső szolgáltatásában élő interjúalanyunknak volt.

33. táblázat. Támogatott lakhatásban/lakóotthonban élők kapcsolati hálójának mérete (fő)

	KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	BUDAPEST	DÉL-DUNÁNTÚL	NYUGAT-MAGYARORSZÁG
SZEMÉLY1	4	10	8	8
SZEMÉLY2	5	7	7	8
SZEMÉLY3		6	3	7
SZEMÉLY4		5	3	4
SZEMÉLY5		5	2	3
ÁTLAG	4,5	7	5	6

Közösségi ellátás

A vizsgált hat közösségi ellátásban érintettek egocentrikus kapcsolati hálója átlagosan 8 aktorra (pontos adat: 8,2) terjed ki. Általánosságban elmondható, hogy a kapcsolatok száma jelen szolgáltatási típusban jelentősen nagyobb, s bár a legkevesebb aktorok száma itt is 2 (Észak-Magyarország), azonban a legtöbb aktor, 19 fő (Budapest), lényegesen eltér a másik két szolgáltatási típusban jelentkező legnagyobb kapcsolati háló méretétől.

34. táblázat. Közösségi ellátás kliensei kapcsolati hálójának mérete (fő)

	KÖZÉP-MAGYARORSZÁG	BUDAPEST	ÉSZAK-ALFÖLD	ÉSZAK-MAGYARORSZÁG	DÉL-DUNÁNTÚL	NYUGAT-MAGYARORSZÁG
SZEMÉLY1	18	19	7	11	6	11
SZEMÉLY2	13	19	6	9	5	8
SZEMÉLY3	13	14	5	7	3	8
SZEMÉLY4	7	11	4	5	3	8
SZEMÉLY5		10		2		4
SZEMÉLY6		2				2
ÁTLAG	13	13	5,5	7	4	7

Interjúalanyaink által megjelölt aktorok átlaga Közép-Magyarország régióban a legtöbb, azonban nem sokkal marad le a budapesti intézmény sem, amelyben a legtöbb és legkevesebb aktorral rendelkező egyént határoztuk meg. Megállapítható tehát, hogy Budapesten a legheterogénebb az egocentrikus kapcsolathálók mérete.

A kapcsolattartás módja, gyakorisága

Feltételezésünk, hogy a társadalmi integrációt az erős, bizalmi alapon szerveződő kapcsolatok segítik, akikkel az érintettek rendszeresen tartják a kapcsolatot (Utasi, é.n.). Általánosságban elmondható, hogy az ilyen kapcsolatok a „szülő(k), a gyermek(ek), a házastárs/élettárs és a bizalmas barát(ok)” (Utasi, é.n.). közül kerülnek ki. Jelen vizsgálatban legtöbbször a belső körben megjelölt pozíció jelzi jelenlétüket, azonban ezt egészítik ki a középső körben megjelöltek. Kutatásunk ugyanis azt mutatja, hogy sok esetben elmosódtak a határok, és a megkérdezettek nagyon eltérő okokból pozicionálták az egyes körök szerint ismerőseiket. A belső körökben megnevezett személyekhez fűződő kapcsolatokat elemzésünkben integráló erejűnek tartjuk, így „erős kötelékként” (Utasi, é.n.) nevesítjük. A külső kötések ugyancsak elősegítik az önálló életvitelt, elsősorban a hétköznapi életben való boldoguláshoz járulnak hozzá s a társadalomba való integrációt erősítik. A kapcsolatok távolságának meghatározását válaszdóink többsége a kapcsolattartás rendszerességéhez társította, így indoklásaik döntő többsége is a látogatások, illetve a beszélgetések gyakoriságára utalt, melyet sok esetben a térbeli távolság negatívan befolyásolt.

A következőkben az egyes kapcsolattípusok szerint tekintjük végig a kapcsolattartásra vonatkozó jellemzőket, kiemelt hangsúllyal kezelve a kapcsolattartás módját, valamint gyakoriságát. Mindehhez az egocentrikus körök megbeszélése járult hozzá, így ebben az esetben is interjúalanyaink beszámolóját idézzük. Fontosnak véltük megjeleníteni közvetlenül az érintettek véleményét, meglátásait, így a következőkben elsősorban az interjúrészletekre támaszkodunk.

Nagy férőhelyszámú bentlakásos intézmény

Rokonági kapcsolatok

A rokonokkal való kapcsolattartásnak leginkább a fizikai távolság az akadálya a bentlakásos intézményben élők esetében. A kapcsolattartás módja főként telefonálásban nyilvánul meg, melyet ritka látogatások, csomagküldés, ajándékozás egészít ki, főként az ünnepnapokhoz, illetve ünnepi eseményekhez köthetően:

„Van egy telefon, amin általában lehet telefonálni, vagy ő szokott felhívni, és akkor úgy szoktunk beszélgetni minden héten. Unokatestvéreim, azokkal is telefonon szoktunk értekezni. És most néha meg szoktak hívni, ebédre, vacsorára, hogy ha úgy adódik, akkor találkozunk.” (dél-dunántúli nő)

„Hát beírtam a húgomat, hát nem valami igazi rokoni kapcsolat, de néha meg szokott hívni ebédelni. Ebédelni, meg karácsonykor szokott adni egy borítékot.” (észak-magyarországi férfi)

„[A gyerekek] külföldön élnek. Tavaly beszéltem mind a kettővel, mert G., a G. a második fiam, a kisebbik, az ikrek közül, mert (...) az ikrek, Angliában van, tehát vele nem tudok kapcsolatot tartani.” (észak-alföldi nő)

„Énnekem a családból már csak Szlovákiában az unokatestvérem és unokanagynéném él.” (budapesti nő)

„A gyerekek, van a három gyerekem, két fiú, meg egy kislány, I-en vannak, az anyjukkal, volt élettársammal. Hozzám minden hónapban egyszer [jönnek].” (észak-magyarországi férfi)

„A szülőkkel meg a testvéremmel tartom meg a barátnőmmel. A szülőkkel telefonon. Egyik héten én hívom fel telefonon, a másik héten ők hívnak telefonon.” (észak-magyarországi férfi)

A szülők elhalálozását követően a rokoni kapcsolatokat kiegészíti a szülőkhöz kötődő baráti kapcsolatok megjelenése:

„É. néni. Mindig felhív havonta, hogy hogy vagyok. Anyukámnak a nővére, már 83 éves, és még mindig él. Mindig úgy aggódik értem, mindig ő tölti fel a telefonomat”. (észak-alföldi nő)

Az unokatestvérek nagy arányban szerepeltek a rokoni kapcsolatok között, példa erre a következő részlet is:

„Úgyhogy elvisznek innét autóval, ott hálók, ott étkeztetnek, ott kivisznek a hegyre egy szőlőbe.” (nyugat-dunántúli férfi)

Párkapcsolat

A bentlakásos intézményben élők az élettársi viszonyról a következőképp beszéltek:

„A barátnőm most, mert per pillanat ővele állok a legjobb viszonyba, már hónapok óta.” (észak-alföldi férfi)

„Hát még fiatal a kapcsolat, még szokjuk egymást. Próbál engem irányítani, én meg hagyom, úgy csinálom, mintha nem venném észre, nem mindig azt csinálom, amit mond! De hagyom azt, hogy ő mondja meg, hogy mit csináljak, neki örömet okoz.” (dél-dunántúli férfi)

Szolgáltatáshoz köthető kapcsolatok

A szolgáltatáshoz köthető kapcsolatok nem haladták meg az ellátott-ellátó kapcsolati viszonyrendszert, azonban negatív kapcsolatokról egyik esetben sem számoltak be interjúalanyaink:

„A nővérekkel is jó a kapcsolatom. Szerintem a mi osztályunkon nagyon jó a nővéri gárda. És a legbővebb az a mentálhigiénias nővérek, mert ugye ők nem közvetlenül vannak ott velünk, mellettünk, hanem, de végül is velük is nagyon szoros a kapcsolat, mert gyakorlatilag velük is naponta találkozunk.” (budapesti nő)

„Minden nap látom az orvosokat, mert ugye minden nap ott vannak az osztályon, de hát azért nem ér rá 88 emberrel minden nap elbeszélgetni, ezt nem is várom el tőle, de amikor beteg voltam, és kértem, hogy hallgasson meg, akkor meghallgatott, és természetesen és szerencsére meg is gyógyított.” (budapesti nő)

Baráti kapcsolatok

Baráti kapcsolatok között leggyakrabban a lakók jelennek meg, melyet a szobatársi viszony erősít:

„Mert együtt vagyunk, nagyon jó közösségük van a szobatársaknak, tehát nagyon jó együttműködésünk van.” (budapesti nő)

A korábbi kapcsolatok megőrzésére is van példa, bizonyos esetekben a gondnok személyében élnek tovább a barátságok:

„Nekem van egy barátom, aki a gondnokom is egyben, a N. T., azt írtam belülre.” (budapesti férfi)

A gyermekekkel való kapcsolattartást olykor a korábbi baráti kapcsolatok segítik elő:

„B. M.-t azért írtam be, egy gyerekkori ismerősömet, együtt jártunk K. suliba, mert ő mondta meg a lányomnak, hogy én X. településen vagyok, a M. Mikor bementem a közértbe, és mondta, hogy mit keresek Y. helyen. És hogy milyen jól nézek ki. Szépen ki voltam öltözve, és a M. mondta meg a lányomnak. Hogy: Tudod te Zs., hogy hol van anyukád? Az X. otthonban. És a lányom úgy kereste meg az interneten az X. otthont. Előbb fölhívott telefonon, eljött kétszer ide.” (közép-magyarországi nő)

Szomszédsági, illetve lakóhelyhez köthető kapcsolatok

Elenyésző a lakóhelyhez kötődő kapcsolatok megjelenítése, azonban kivételek mindig akadnak, amelyre a következő beszámoló egy érdekes példa:

„Van az X., az a törzshelyem. Innen majdnem minden nap odamegyek buszszal. Az a lényeg (...), az X. mögött ingyen bemehetek a vécébe, még fogyasztani sem kell, csak a kulcsot kell elkérni a pulttól. Nem úgy, mint itten, hogy összeveszték velünk, hogy vécére akartam menni. Hát nézzék meg, lehet ott inni rostos lét is, hidegen, bárhog.” (észak-alföldi férfi)

Akadályozó tényezőként jelent meg a lakóhely megközelítésének nehezítettsége, mely a külső kapcsolatfelvételt gátolja:

„Hát most is megvannak, de nem tudok menni ezzel a tolókocsival. Nem tudok menni, mert nem haladok a papírokkal. Mert ezzel a tolókocsival bemegyek a faluba, de nem tudok visszajönni.” (észak-magyarországi nő)

Közösségi ellátás

Rokonsági kapcsolatok

Általánosságban elmondható, hogy a gyermekek többnyire a szülőktől már távol élnek, azonban a személyes találkozások gyakoribbak.

„Egy lányom meg egy fiam. De most mind a ketten külföldön vannak. A fiam Ausztriába’ van, 2 napja, a lányom pedig Lengyelországban a férjével, mert a férje ott dolgozik.” (dél-dunántúli nő)

„Személyesen havonta és skype.” (dél-dunántúli férfi)

„2 naponta telefonálok a lányommal [bentlakásos otthonban él], személyesen 2-3 hetente találkozunk.” (dél-dunántúli férfi)

„Hát, én meg elsőnek írtam a lányomat, hát ő Budapesten tanul, csak nem sokat van itthon, telefonon meg interneten szoktunk beszélni, hát attól függően, hogy mennyire van ideje.” (nyugat-dunántúli nő)

„A kör közepén három ember van összesen, aki a legközelebb áll hozzám. Az egyik a F3, utána anyukám jön, aztán az unokatesóm jön, akit én tesómként kezelek szintén, mint minden második ember, mert nincsen testvérem, és nagyon szeretnék, de hát már nem lesz.” (nyugat-dunántúli nő)

Párkapcsolat

A párkapcsolat, élettársi kapcsolat a közösségi ellátás esetében sokkal nagyobb teret kap, s a találkozások gyakorisága, valamint lehetséges helyszínében is sokkal diverzebb.

„Én legbelülre írtam a jegyesemet, vele gyakran találkozok, és megbeszéljük, ami van. Napi dolgokat, meg az érzéseket, terveket. Hát beszélgetünk, beülünk valamit meginni, és így. Ilyesmi, leginkább beszélgetni szoktunk”.
(észak-alföldi férfi)

Szolgáltatáshoz köthető kapcsolatok

A közösségi ellátás interjúalanyaink életében központi szerepet tölt be, a kapcsolati körökben sok esetben az egész közösségi ellátást megnevezték.

„A külső-belső körbe írtam, hogy F. ház az rendkívül fontos.” (budapesti férfi)

Baráti kapcsolatok

A közösségi ellátás esetében többször megjelent a baráti kapcsolatok és a munkatársi viszonyok átfedése, ezt támasztja alá a következő idézet is:

„Barátok közé sorolok mindenkit, aki a V. Alapítványba jár. Meg akikkel együtt kézműveskedek a kórházban, sokat már barátomnak tekintek, mert tudom, hogy ők is megértenek, meg én is megértem őket, meg barátok, akikkel ritkán találkozok, de jó viszonyban vagyok, meg az olyan kolléganőket, akikkel együtt dolgozom, meg akikkel szívesebben dolgozom.” (észak-magyarországi nő)

„Belülre írtam azokat, akikkel ilyen napi vagy egy héten belül mindenképpen beszélek. Édesanyám, E. a klubból. Sz., aki a klubtag.” (közép-magyarországi férfi)

Szomszédsági, illetve lakóhelyhez köthető kapcsolatok

„Az a mondás, hogy jó szomszéd többet ér, mint egy rokon.” (dél-dunántúli férfi)

„Hogy van egy szomszédom, van egy szomszédom, szembeszomszédom, meg a mellettem, meg a másik oldalon is vannak szomszédok, hát... annyira közelebbi kapcsolatom nincs, csak az egyik szomszédommal.” (nyugat-magyarországi nő)

„Ott van egy klub, amit ők csinálnak. A Fő utcában. Ott szoktam önkénteskedni neki, megszervezni, kivinni a szórólapokat, plakátokat a városba, és

aznap amikor megtartjuk a rendezvényt, akkor ott vagyok. Beleírtam az itteni klubtagokat, meg a sportegyesületi tagokat, ahova járok.” (budapesti nő)

Támogatott lakhatás, lakóotthon

Rokonsági kapcsolatok

„Anyám a legközelebbi, a legszorosabb, még így távolból is. Tartjuk a kapcsolatot telefonon, néha írok is neki. A második a kis otthon lakói. Ebbe beleírtam a cicákat is, a lakókat.” (budapesti férfi)

„Van három, kettő, két lánytestvér. K.-n lakik mind a kettő, és sűrűbben tartom velük a kapcsolatot, mert elég sűrűn bemegyek. Persze, persze, persze, persze, mikor megyek K.-ra, meg is szoktam látogatni. Minden két hétben általában be szokok menni.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Mindig meg szoktak engem nézni. Havi rendszerességgel szoktak látogatni, meg telefonon keresni. Meg én is őket, de most hogy ez a betegségem van, szinte mindig ők jönnek.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Meg hát volt feleségem és lányom. Sajnos őket azért írtam a külső körbe, mert hát nem igazán tartják velem a kapcsolatot. Lányommal is soha nem is találkozom, nem tudok róla semmit. Mondjuk én is hibás vagyok, mert ha többször mennék, mert a lehetőség meg lenne rá, hogy elmennék hozzájuk látogatóba, vagy valami. De általában a volt feleségem mindig azt mondja, hogy most nem jó, vagy most nem érek rá vagy valami ilyesmi. A lányomnak is van mobil telefonja, de a számát sem adták meg, nem tudok vele még telefonon sem beszélni, látni alig látom párszor. És akkor menjen a gyerektartás, aztán azon felül nincsen. Sajnos ez van, bocsánat.” (nyugat-dunántúli férfi)

Többször utaltak a megkérdezettek arra, hogy az intézményből való kiköltözés teljesen átalakította a kapcsolatrendszerüket, s ez a változás a lakóotthonból támogatott lakhatássá való átminősítésben is megjelent:

„Háromhetente vagy havonta, anyámmal is körülbelül így, meg kereszt-anyámmal is, de ez is változott, mert most már nem lakóotthonnak nevezik a támogatott lakhatást, bár annak tűnik, és azzal együtt megváltozott minden, szóval a régi ismerősök elmentek, jöttek helyettük újak, és azok teljesen más- hogy kezelnek bennünket.” (dél-dunántúli férfi)

Párkapcsolat

A párkapcsolatban élők esetében a belső, illetve középső kapcsolati körben jelentek meg a társak, és sok esetben utaltak arra, hogy együtt is élhetnek mint pár.

„Találkozom minden nap velük. Én a barátnőmet írtam, belülré. Á., akivel lakom. A Picúrt, a cicát írtam belülré, ő a családom.” (budapesti nő)

„Én a társammal való kapcsolat C.-vel, 14 éve együtt vagyunk, őt írtam be ide a középső körbe.” (nyugat-dunántúli nő)

„Hát én a középső körbe szintén a párkapcsolatot írtam, mert most hogy a Z. kórházban volt, most három hete, éppen tegnap jött vissza, vele remélem, már helyre jön egy kicsit a dolog. Párkapcsolatot írtam be.” (nyugat-dunántúli férfi)

Szolgáltatásból köthető kapcsolatok

„A legelső a rajztanárnőm, mert a családjával is kihoz, elvisz mindig kirándulni külföldre, sokféle elvisz, patronál is ugyanakkor, főz rám, nagyon jól csinálja, rajzot tanít. Ki szokok menni a családjához, ott az állatokat megettettem náluk, úgyhogy nagyon jó.” (budapesti nő)

„A középső körbe írtam lakóotthonos társaim, benti épületben lévő 1-2 barát. Mert én is úgy, mint a K., a belső épületben is, én általában nem vagyok a híve, hogy ne legyen rossz kapcsolat, ne legyen harag, vagy ne legyen ellentét senkivel szemben. Szóval én is olyan békés természetű ember vagyok, és töreksem arra, hogy ne legyen konfliktus senkivel.” (nyugat-dunántúli férfi)

„Akkor második karika a munkatársaim, a dolgozók, akikkel külön úgy dohányszok.” (dél-dunántúli férfi)

Baráti kapcsolatok

„Hát a barátom, aki horgásztársam, ő most N.-án van, minden nap telefonál. Akkor ugye interneten is tartom. Volt egy osztálytársam, P. Úgyhogy van azért pár ember, ha nem is személyesen, de úgy a technika által tartjuk a kapcsolatot.” (nyugat-dunántúli férfi)

„A baráti kapcsolatok fontosak nekem. Na, most nagyon sok, mondhatnám, hogy nagyon sok barátom van, mert én egy áruházban dolgoztam valamikor N.-án, és N. 90%-a tudja, hogy ki vagyok, mert a K.-ban hat évet lenyomtam, de az ottani barátságokat sajnos nem tudom ápolni, mert megnősültek, és már nincs semmi idő, meg ilyesmi.” (nyugat-dunántúli férfi)

Szomszédsági, illetve lakóhelyhez köthető kapcsolatok

Bár a szomszédsági kapcsolatok megjelentek a támogatott lakhatás, illetve lakóotthonok esetében is, azonban a beszélgetés során lényeges említés nem mutatkozott.

Összegzés

Általánosságban elmondható, hogy Budapesten és a közép-magyarországi régióban élő interjúalanyok rendelkeznek a legtöbb bizalmi alapú kapcsolattal mindhárom szolgáltatási típusban. A kapcsolatok száma egyik esetben sem haladta meg a 19 főt, de legalább 2 főt mindenki megjelölt. A közösségi ellátásban részt vevő érintettek kapcsolathálójának mérete kimagaslóan nagy.

Életminőség a felépülés tükrében

Ebben az összegző fejezetben a felépülés modell szempontjából foglaljuk össze az egyes szolgáltatástípusok szerinti tapasztalatainkat. Ahogy korábban kifejtettük, fókuszcsoportos vizsgálatunk az életminőség (Quality of Life – QoL) többdimenziós értelmezésére, Dr. Robert Schalock nemzetközi szinten elfogadott módszertanára épül, mely kutatási tervünk alapját képezte. Kutatási beszámolónk összefoglalójaként a CARE Europe által kidolgozott felépülés-központú CARE-modellhez igazítjuk összegzésünk, figyelembe véve a Schalock-féle életminőség-modell három meghatározott területét:

- Önállóság – személyes fejlődés, önrendelkezés
- Társadalmi részvétel – személyközi kapcsolatok, társadalmi befogadás, jogok
- Jólét – érzelmi, testi, anyagi jólét (Bonham, Volkman és Sorensen, 2008)

A következőkben a három szolgáltatási típus fókuszcsoportos beszélgetéseinek tanulságait aszerint foglaljuk össze, hogy a személyes területek, illetve általános életterületek vonatkozásában az egyes szolgáltatástípusok interjúalanyaink beszámolója alapján mennyiben támogatják a felépülési folyamat egyes pilléreiben való kiteljesedést. Ennek kapcsán a felépülési folyamat öt pillérét mint fő szempontokat vesszük figyelembe. Ezek a következők (Hollander és Wilken, 2015):

1. motiváció (remény, kívánságok, törekvések),
2. identitás (személyes identitás, személyes erősségek),
3. tudás és képességek (kompetenciák),
4. státusz és jelentőségteljesség (társadalmi szerepek, tevékenységek),
5. szociális és anyagi támogatás (lakhatás, munka, professzionális támogatás).

Motiváció

Interjúalanyaink motivációját – saját felépülésük vonatkozásában – befolyásolta jövőképük, melyet az adott szolgáltatási típus keretei határoztak meg. A társas kapcsolatok, illetve identitáshoz kapcsolódó lakhatási viszonyok megőrzésére a közösségi ellátás jelenlegi formája viszonylag tág teret biztosít, e szolgáltatást igénybe vevő interjúalanyaink jövőképét azonban éppen az ebből fakadó létbizonytalanság jellemzi. Bizonytalanságuk lényegében abból ered, hogy nem tudják, meddig képesek fenntartani jelenlegi lakhatási körülményeiket (melyeket főként jövedelmi bizonyta-

lanságuk és családi kapcsolataikban bekövetkező esetleges változás pl. elhalálozás befolyásol). Fiatalabb interjúalanyaink, akik prosperáló régióban élnek és jelenleg is rendelkeznek munkahellyel, bizakodóak jövőbeli terveikkel kapcsolatban, amely főként a továbbtanulás, munka, valamint a párkapcsolat területére fókuszált, jövőképükben a teljes élet lehetősége van jelen, melyben a szolgáltatásban dolgozók folyamatos támogatást biztosítanak. Míg a bentlakásos nagy létszámú intézményben a legnagyobb motivációs erővel a kiköltözés, „kiszabadulás” lehetősége bírt. Interjúalanyaink többsége utalt arra, hogy a jövőjét „otthon” képzei el, a „kinti” világban. A beszélgetések tapasztalata az intézményen belüli életben segíti a motiváció megőrzését a munkahely megléte, a továbbképzés, illetve a hobbi művelésének lehetősége. A munkán kívül a családi kapcsolatok ápolásának lehetőségét, illetve a párkapcsolatot mint vágyott célt fogalmazták meg interjúalanyaink, amely jövőképüket szintén befolyásolta. Mindemellett azonban többször tapasztaltunk motivátlanságot, amikor a személyes vágyak, remények kapcsán beszélgettünk interjúalanyainkkal, amely főleg a felépülésbe vetett hit megkérdőjelezéséből fakadt. A támogatott lakhatást igénybe vevő interjúalanyaink többsége szintén a munkalehetőség fontosságára helyezte a hangsúlyt. Kiemelték, hogy a támogatott lakhatás azáltal, hogy nagyobb személyes teret biztosít, jobban támogatja az alkotótevékenységek, személyes hobbitevékenységek végzését, amely érzelmi jóllétüket biztosítja, ebben ezt követően javulásról számoltak be. E szolgáltatástípus esetében a jövőképet érintő beszélgetés témái között megemlítették a közösségbe való befogadás fontosságát mint vágyott célt. Kevésbé hangsúlyosan ugyan, mint a nagy létszámú intézmény esetében, azonban a kilátástalanság érzése ezeken a beszélgetéseken is megjelent. Itt már azonban nem a lakhatási körülményből való szabadulás, annak megváltoztatása volt az elsődleges cél, hanem a gondnokságtól való szabadulás jelent meg mint fő motivációs tényező.

A nagy létszámú bentlakásos intézmény és a támogatott lakhatás/lakóotthon lakóinak jövőképében közös, hogy mindkét esetben megjelent a családalapítás kérdése, illetve a családdal való kapcsolattartás fontossága. A támogatott lakhatás esetében mindennek megvalósíthatósága sokkal nagyobb eséllyel jelent meg, melyet többek között befolyásol az is, hogy a támogatott lakhatást igénybe vevői a felépülési folyamatukban előrehaladottabb állapotban vannak. Mindhárom szolgáltatástípusban közös, hogy a munkalehetőség, illetve a személyes képességek fejlesztése, továbbtanulás lehetőségére minden esetben kitértek, így történt ez a támogatott lakhatást igénybe vevőinek körében is.

Identitás

Általános tapasztalatunk, hogy a szolgáltatáshoz való kötődés, illetve az azt előfeltételező diagnózis nagy hangsúllyal jelent meg interjúalanyaink önmeghatározásában. Míg a közösségi ellátás esetében főként maga a diagnózis vált a bemutatkozás részévé („Skizofrén vagyok, 1998 óta vagyok...”; „K.-né D. I. vagyok, közel húsz éve

küszködök ezzel a depressziós, hol le, hol fent hangulatváltozással”), addig a nagy létszámú bentlakásos intézmény, valamint a támogatott lakhatás esetében a szolgáltatáshoz fűződő viszony jelent meg, illetve a szolgáltatás igénybevételének ideje (kezdet; az abban eltöltött idő).

A nagy létszámú bentlakásos intézmény esetében a név megadását követően elsődlegesen a diagnózis felállításának vagy a beköltözésnek az időpontját, illetve az intézményben eltöltött időt említették. Mindezek mellett már a bemutatkozásban megjelent a kiköltözés mint vágyott cél.

A kis létszámú támogatott lakhatás esetében a beszélgetés során azt tapasztaltuk, hogy szintén az identitás részévé vált ugyan a szolgáltatás, azonban annak „otthon”-jellegét („Nagyon otthon érzem magam, nagyon kellemes, barátságos környezet van, akikkel megértetem magamat.”), „kinn” levőségét („Kinn lakunk a lakóotthonban.”), illetve szabad jellegét („szabadon elmehetek innen”) többször kiemelték már a bemutatkozás során. Szintén fontos szempontként határozták meg a bemutatkozásban a kiköltözés kezdetét, illetve magát a kiköltözés tényét. Azáltal, hogy kutatásunk helyszínei között többségben voltak a nagy intézményhez kötődő kis létszámú lakhatási szolgáltatások, interjúalanyaink megélték a kiköltözést, s egyfajta kint-bent viszonyulásként rögzült, valamint a nagy intézményben élőkkel való kapcsolat meghatározásában is: „mi, akik kint élünk...”. Tapasztalatunk szerint ez a fajta megkülönböztetés identitásukban megerősítette őket, s fejlődésként élték meg életükben a kiköltözés lehetőségét.

Összességében tehát megállapítható, hogy mindegyik szolgáltatási típus esetében a pszichiátriai diagnózis interjúalanyaink identitásának részévé vált, s az önmeghatározásban nagyon hangsúlyosan jelent meg. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy ez mindenkire, akinek van pszichiátriai diagnózisa igaz, de interjúalanyaink körében a bemutatkozás során mint pszichiátriai beteget és/vagy mint pszichiátriai intézmény használatát mutatták be magukat. Mindemellett sok esetben megjelent a „betegség” közösségi-kapcsolati meghatározottsága és a társadalomra vonatkozó kritika is.

Tudás és képességek

A személyes kompetenciák fejlesztését, megélését tapasztalatunk szerint a szolgáltatástípusokon túl nagyban meghatározza, hogy valaki Magyarország mely területén veszi igénybe az adott szolgáltatást. A munkalehetőségek hiánya ugyanis minden szolgáltatástípus esetében negatívan befolyásolja a szubjektív jóllétet.

Ezt az űrt a közösségi ellátás esetében kreatívabban lehet pótolni, ugyanis ezekben az esetekben interjúalanyaink többsége beszámolt arról, hogy vagy lakóhelyén vállal önkéntes munkát vagy civil szervezetnél önkénteskedik (főként egyházi vonatkozásban) vagy személyes kapcsolati körében nyújt képessége szerint segítséget. Az otthon élők és egyben munkanélküliek körében a leggyakoribb tevékenység a házimunkába való bekapcsolódás volt. Az ő életükben a közösségi ellátás még nagyobb jelentőségű, sokaknak ugyanis ez az egyetlen kapcsolódási lehetőséget nyújtja a kül-

világgal, közösséggel. A közösségi ellátás keretében végzett tevékenységek szintén hozzájárulnak a személyes képességek megéléséhez, akár képességeik, tudásuk megosztásának vonatkozásában (pl. számítógépes klub tartása), akár magába a tevékenységbe való bekapcsolódás és esetlegesen a termék árusításának lehetősége kapcsán. Mind a vizsgált nagy létszámú, mind pedig a kis létszámú támogatott lakhatás azonban (utóbbi esetében kiemelten azok, amelyek nagy intézményhez köthetők) kevesebb lehetőséget nyújtottak a személyes képességek fejlesztésének támogatásában, ugyanis sok esetben alkalmazkodni kell az intézményen belüli munkalehetőségekhez. Abban az esetben, amikor ezek a személyes képességek otthon végezhető házi hobbitevékenységekhez köthetők, a támogatott lakhatás nagyobb teret ad mindezek végzésére: a nagyobb személyes tér nagyobb nyugalmat és alkotásra való lehetőséget biztosít, ennek pozitív hatását már korábban említettük. Mindkét bentlakásos intézmény esetében fontos szempontként emelhető ki a személyes képességek, kompetenciák megélése és fejlesztése vonatkozásában, hogy milyen munkafolyamatokba tudnak interjúalanyaink bekapcsolódni, az mennyire illeszkedik személyes képességeikhez, illetve pozitív fejlődési lehetőséget nyújt a fejlesztő foglalkozás, terápiás tevékenységekbe való bekapcsolódás (pl. művészetterápia).

Státusz és jelentőségteljesség

A pszichiátriai betegség mint diagnózis stigmaként jelenik meg a társadalmi részvétel során, ami a projekt egyik tapasztalati szakértője szerint Magyarországon az egyik legnagyobb hátrányt jelenti az érintettek és az ellátás számára is. Így sajnos a felépülés szempontjából elengedhetetlen új identitás felépítésében maga a szolgáltatás is sok esetben hátráltató tényezőként jelentkezik. A közösségi ellátási forma szolgáltatói funkciója kevésbé látható formában van jelen, így mikor arra kérdeztünk rá, hogy mit mondanak másoknak, mikor a szolgáltatás helyszínére jönnek, többen „klub”-ként emlegetik, illetve annak terápiás jellegéből adódóan „terápiás csoport”-nak nevezik. A közösségi ellátás rugalmas volta – interjúalanyaink beszámolója alapján – sokkal nagyobb teret ad annak, hogy a hétköznapiakban a pszichiátriai betegség mint stigma ne legyen annyira szembetűnő. Mindazonáltal a közösségi ellátás kapcsán készült interjúkban gyakori volt a megbélyegzettségre, elutasításra való utalás, mellyel a hétköznapiak során szembesülnek interjúalanyaink. A nagy létszámú bentlakásos intézményekben a társadalmi státuszt teljes mértékben meghatározza a pszichiátriai diagnózis, valamint a szolgáltatás igénybevételének ténye, így az életszervezés teljes mértékben az intézményi viszonyokhoz kötött. Abban az esetben, amikor lehetőség van külső munkahely látogatására, ez valamelyest megváltozik, azonban a stigmától való szabadulás a társadalmi részvétel során nagy nehézségekbe, „falakba” ütközik.

A támogatott lakhatás esetében akkor tapasztaltunk eltérést a társadalmi státuszban, amennyiben valójában lehetőség nyílt a nagy intézménytől való eltávolodásra: más szervezetekkel való kapcsolatfelvételre (pl. munkahely, hobbi gyakorlása), külső kapcsolatok kiépítésére, korábbi kapcsolatok intenzívebb ápolására.

Szociális és anyagi támogatás

Az egyes szociális szolgáltatások nagyon eltérő módon támogatják az egyének felépülését, ami nagyrészt a szolgáltatási típus által nyújtott lehetőségektől, illetve a szolgáltatás országon belüli elhelyezkedéséből adódik. Az önálló élet, önrendelkezés vonatkozásában több korlátozó tényezőt megfogalmaztak interjúalanyaink. Ezek főként a bentlakásos intézményekben fordulnak elő: házirend, fegyelmezés, kijárás korlátozása, külvilággal való kapcsolattartás korlátozása (pl. internet hiánya). A bentlakásos intézmények esetében a sajátos házirend rendszerszerű alkalmazása, illetve a kötött napi rutin befolyásolja az egyéni szükségletekhez igazodó életritmus szervezését, melyet árnyal az intézményen belüli szolgáltatások mennyisége és minősége. A közösségi ellátás éppen ebben mutat új lehetőségeket, azáltal, hogy az egyén saját lakókörnyezetében nyújt támogatást, segítve őt a saját napi életvitelének kialakításában, állapotához igazodó esetleges újraszervezésében, tehát önálló életvitelét megszokott életkörülményeiben segíti kiépíteni, fenntartani.

Felhasznált irodalom

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

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

Angelusz R., Tardos R. (2012). *Hálózatok, stílusok, struktúrák*. Budapest: ELTE Angelusz Róbert Társadalomtudományi Szakkollégium.

Bonham, G. S., Volkman, J., Sorensen, S. (2008). AskMe! FY2008: *The Quality of Life of Marylanders with Developmental Disabilities Receiving DDA Funded Supports*. Annapolis, MD: The Arc of Maryland. Prepared for the Maryland Developmental Disabilities Administration. <http://bonhamresearch.com/Level%201/PublicationsF/Type.htm> (utolsó elérés: 2016. 12. 06.)

Bugarszki Zs. (2013). A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély*, (5), 68–85.

Bugarszki Zs., Gordos E., Marketti J. (2016). *Szakmai ajánlás: Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*. Budapest: EMMI.

Hollander, D., Wilken, J.-P. (2015). *Supporting Recovery and Inclusion. Working with CARE model*. Amsterdam: SWP.

Hronyecz I., Mátics K., Klucsai B. (2004). *Lakóotthonok és rehabilitációs intézmények a pszichiátriai betegek ellátórendszerében*. Kapocs III. (2.) Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, 32–50.

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment. Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, 184–191.

Kadushin, Ch. (1982). Társadalmi sűrűség és mentális egészség. In Angelusz R., Tardos, R. (1991). *Társadalmak rejtett bálózata*. Budapest: Magyar Közvéleménykutató Intézet.

My Life: Personal Outcomes Index™: Summary Report. Community Living. Final Report (2011). British Columbia: Howard Research.

Keller B.-né, Radó I., Seress A., Szőke Zs. (2012). *A magyarországi pszichiátriai gondozók és a közösségi pszichiátriai ellátók monitorozása. Elemzés, 2009–2011*. Budapest: Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum. <http://www.pef.hu/pef/resources/documents/elemzes2011.pdf> (utolsó elérés: 2016. 11. 16.)

Központi Statisztikai Hivatal (2015). *A fogyatékossggal élők helyzete és szociális ellátásuk*. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_17_2011.pdf (utolsó elérés: 2016. 11. 16.)

Légmán Anna (2012). Az örület és az örültek helye a társadalomban. In SOCIO.HU: *Társadalomtudományi Szemle*, 1. 47–52.

Mansell J., Beadle-Brown, J. (2010). *Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.2009.01239.x/abstract> (utolsó elérés: 2016. 11. 16.)

Schalock. R. L., Bonham, G. S., Verdugo. M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181–190.

TÁRKI Zrt. (2016). *Fogyatékossggal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban*. Zárótanulmány. Budapest.

Utasi Á. (é.n.). *A társadalmi integráció és szolidaritás alapjai: a bizalmas kapcsolatok*. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_08_Kapcsolathalo_elemzes_szerk_Takacs_Karoly/ch03s03.html (utolsó elérés: 2016. 11. 16.)

Dr. Vicsek L. M. (2006). *Fókuszcsoport. Elméleti megfontolások és gyakorlati alkalmazás*. Budapest: Osiris Kiadó.

EGY ALFÖLDI KISVÁROS ÉS BUDAPEST EGY KERÜLETE PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÓRENDSZERÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA

A tanulmány célja

Az esettanulmányban feltárjuk, hogy a pszichiátriai ellátórendszer működése mennyiben segíti elő a szolgáltatásokat igénybevevő személyek társadalmi részvételét, illetve önálló életvitelét a vizsgált terephelyszíneken. Kutatásunk helyszínéül egy budapesti kerület és egy alföldi kisváros szolgált.

A vizsgálat relevanciáját és jogszabályi alapját a Magyarország által 2007-ben ratifikált ENSZ Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény képezi. Az egyezmény 19. cikke az önálló életvitelről és a közösségbe való befogadásról, többek között megfogalmazza, hogy a részes államok „a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges.” Tehát a jogszabály a fogyatékossgal élő személyek különböző szolgáltatásainak céljaként fogalmazza meg a közösségi részvétel és befogadás előmozdítását. Mindez pedig a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak szempontjából azért releváns, mivel az Egyezmény már a fogyatékossgal élő személyek csoportjába sorolja őket, pszichoszociális fogyatékossgal élő személyekként.

Módszertan, az összehasonlítás szempontjai

A pszichiátriai ellátórendszer vizsgálatakor tehát célcsoportunkat a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek képezik. Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltaknak azokat az embereket tekintettük, akiknek van pszichiátriai diagnózisa, és valamilyen formában, hosszabb-rövidebb ideig megjelentek vagy most is jelen vannak a pszichiátriai ellátórendszerben. Ugyanakkor kutatásunk során folyamatosan rákérdeztünk maguktól az érintettektől és a különböző szakemberektől, releváns szereplőktől is arra, hogy ők kit tekintenek pszichiátriai betegnek.

Egy-egy hónapos intenzív terepmunkát folytattunk a kiválasztott helyszíneken, ami lehetőséget adott számunkra, hogy különböző eszközökkel, hosszabb időn keresztül és mélyebben vizsgáljuk a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak társadalmi részvételét.

A kutatásban feltártuk egyrészt a helyi civil szervezeteket és közösségi tereket (pl. művelődési ház, közösségi tér, sportközpont stb.), a város közéletének meghatározó szereplőit (pl. polgármestert, illetve interjúalanyaink javaslatai alapján az általuk fontosnak tartott szereplőket). Másrészt a tanulmány fókuszát jelentő témának megfelelően helyi mélyfúrás jellegű vizsgálatot végeztünk a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak helyzetéről, integrációjának körülményeiről és lehetőségeiről. Valamint vizsgáltuk a szociális és az egészségügyi ellátórendszert, illetve speciálisan a célcsoportunk számára létrehozott pszichiátriai ellátórendszert.

Interjúalanyainkat minden esetben mint kutató kerestük meg, s elmondtuk nekik, hogy kutatást végzünk a helyi közösségekről és a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi részvételéről. Fókuszcsoportos beszélgetések készültek egy pszichiátriai betegek otthonában, egy pszichiátrián, egy-egy budapesti és vidéki szakközépiskolában és a pszichiátriai betegek számára fenntartott nappali klubban, érintettekkel, dolgozókkal és középiskolás fiatalokkal. A fiatalok bevonása lehetővé tette számunkra, hogy egy olyan csoport is véleményt nyilváníthasson a témában, akik közvetlenül nem érintettek, ugyanakkor a helyi közösség tagjai. Készültek strukturált interjúk érintettekkel, pszichiátriai betegek diagnosztizált emberekkel, dolgozókkal, a városi közösség meghatározó szereplőivel és a város, illetve a kerület lakóival. Narratív életútinterjúk érintettekkel, dolgozókkal és egy hozzátartozóval készültek.

A helyszínnek kijelöléskor fontos szempont volt, hogy a jelenlegi magyar pszichiátriai ellátórendszer legtöbb eleme megtalálható (pszichiátriai kórházi osztály, pszichiátriai gondozó, szociális otthon, nappali és közösségi ellátás) a vizsgált településen és településrészen. A terepválasztásnál szem előtt tartottuk a főváros-vidék összehasonlítás szempontját is.

Kutatásunk alapkérdése, hogy a társadalmi részvételt, önálló életvitelt mennyiben támogatják a pszichiátriai ellátórendszer szolgáltatásai.

Elemzési dimenziók

- A pszichiátriai ellátórendszer intézményei milyen szerepet töltenek be a helyi társadalom életében? Mennyire nyíltak vagy zártak?
- Kik a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak?
- Milyen a pszichiátriai ellátórendszer (egészségügy, szociális) intézményeinek térbeli elhelyezkedése és milyen közöttük a kapcsolat? Milyen a pszichiátriai ellátórendszer intézményei és más egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti kapcsolat?
- A pszichiátriai ellátórendszer intézményei mennyiben segítik elő a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi részvételét?
- Milyen módon vesznek részt a helyi társadalom életében az érintettek?

Jogsabályi háttér

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény a kifejezetten pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyeket célzó alapellátások tekintetében döntően az önálló életvitel fenntartására mint célra fókuszál. A szociális szakellátás a szabályozás szerint akkor indokolt, ha a személy önálló életvitelre nem, illetve csak folyamatos segítséggel képes. Ebből kifolyólag az önálló életvitel fenntartása mint cél, nem merül fel. A szakellátáson belül egyedül a támogatott lakhatásnál jelenik meg célként az önálló életvitel fenntartása, elősegítése, valamint a társadalmi részvétel támogatása!

Szociális alapszolgáltatások esetében az ellátás szervezés alapelve az otthonközelség, ami megtartja az egyént eredeti közegében, míg a szakellátások teljes körű bentlakásos szolgáltatást nyújtanak, és kiemelik a személyt korábbi lakókörnyezetéből. Az otthonközeli alapelven működő szolgáltatások kedveznek az egyén társadalmi részvételének, hiszen a meglévő társadalmi kapcsolatokat (pl. szomszédsági kapcsolatok) érintetlenül hagyják. Ez ugyanígy igaz az egészségügy területén az ambuláns és az osztályos ellátásra.

Eredmények

Pszichiátriai ellátórendszer a helyi társadalomban

A vizsgált kisvárosban az egészségügyi szférában pszichiátriai kórházi osztály és pszichiátriai gondozó, a szociális szférában ápoló-gondozó otthon és közösségi és nappali pszichiátriai ellátás működik a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára. Nem kifejezetten pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyeket célzó szociális szolgáltatások is működnek a településen, mint családsegítő és gyermekjóléti központ, idősek, fogyatékos személyek nappali szolgáltatásai, hajléktalanellátás, idősek bentlakásos otthona és családok átmeneti otthona is.

A budapesti kerületben az egészségügyi szférában országos hatókörű pszichiátriát és pszichiátriai gondozót, a szociális szférában a kerületben ajánlott, ám egy külső kerületben működő átmeneti otthont és közösségi és nappali ellátást vizsgáltunk. Emellett belevettük a vizsgálatunkba a kerületi szociális alapszolgáltatási központot („prevenciók központot”), illetve a keretei között működő családsegítőt, és megkérdeztünk egy háziorvost is, hogy teljesebb képet kaphassunk arról, hol és hogyan jelennek meg a szolgáltatásokban a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek.

Pszichiátriai osztály

A pszichiátriára az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint önkéntes felvétellel, a beteg saját akaratából, sürgősségi ellátással ön- és közveszélyesség esetén

és kötelező gyógykezeléssel lehet bekerülni, amit a bíróság rendel el a veszélyeztető állapot megszüntetése céljából. Vagyis: törvény szerint elsősorban azok kerülnek ide, akikkel nem tud mit kezdeni a közösség, nagyon zavaróak mások számára, az együttélés nem elképzelhető velük, vagy akiről úgy gondolják, hogy képtelen magát ellátni, s környezetében senki nem segít neki.

A vidéki pszichiátriai osztályon intenzív gyógyszeres kezelést kapnak az egyének, hogy veszélyeztető állapotuk megszűnjön. Az emberek többsége betegétútja során jellemzően többször is visszatér hosszabb-rövidebb időre az osztályra (forgóajtós modell). Átlagosan egyszerre huszonnyolc napot töltenek bent az emberek. Jellemzően az osztály egészségügyi szemléletben működik, de megjelennek szociális elemek is. Tehát van, hogy szociális okból (lakhatás) marad az ellátásban valaki annak ellenére, hogy ez egészségügyileg már nem lenne indokolt.

„Gyakorlatilag azt gondolom, hogy egy jó családi háttérrel meglenne otthon is. Jelen állapotában, így mondom, jelen állapotában meglenne otthon is.”
(egészségügyi dolgozó, pszichiátriai osztály)

A pszichiátriai osztály gyakorlatilag zárt osztályként működik, nincs nyitott része, kizárólag a dolgozók azok, akik szabadon mozoghatnak, a bekerülők csak az osztály területén tartózkodhatnak a zárt ajtók mögött egy kis területen.

A budapesti kerületben működő pszichiátria országos hatókörű szakmai háttér-intézmény is egyben, azonban elsősorban a kerületből, illetve a szomszédos kerületekből vannak itt pszichiátriai betegek diagnosztizált személyek. Szenvedélybetegeket is ellátnak. Egy komplex, modern, felújított intézmény ez, ahol van ambuláns és fekvőbeteg-ellátás is. A fekvőbeteg-ellátásban is jellemző viszont, hogy az egykori fekvőbetegeiket ambulánsan látják el, ami pluszmegetterhelést jelenthet. Az érintettek nagyjából két hónapig vannak bent, elsősorban öngyilkosság, gyógyszerbeállítás vagy a magány miatt. Az egészségügyi és szociális okok keverednek itt is.

Az általunk vizsgált budapesti pszichiátrián nagyon erősen jelen van, mind a nyílt, mind a zárt osztályon a művészetterápia és csoportterápia, ami a vidéki pszichiátriai osztályon nem volt jellemző, illetve ott nem különült el a nyílt és a zárt osztály sem erőteljesen egymástól. Minden fekvőbetegnek az orvosa írja elő, hogy milyen terápián kell részt vennie, ugyanakkor ambulánsan is bejárnak kintről a terápiákra. Kettős a terápiák szerepe is, mert orvosok felügyelik ezt is. Általában azok kerülnek művészetterápiára, akiknél nem hat a gyógyszer.

A 27 ágyas zárt osztályon elsődlegesen megfigyelés folyik, vagy továbbutalják az embereket más osztályokra vagy állapotjavulás esetén a nyílt osztályra. A bent töltött idő átlagosan 2-4 hét. A zárt osztályokon jellemzően a gyógyszeres kezelésen kívül mást nem kapnak a bekerülők, itt viszont művészetterápia és csoportterápia is van. A cél nem a felépülés, hanem a betegség szinten tartása, amihez természetesen hozzátartozik, hogy időről időre visszatérnek ide a betegek. Ez az ún. „forgóajtós modell” mindkét vizsgált helyszínen jellemző. Szigorú szabályok szerint működik

(pl. magántulajdon, telefon elvétele, napi háromszor gyógyszerosztás, ha agresszív a beteg vagy drog indukálta pszichózisban van, akkor fizikai korlátozást is alkalmaznak), ugyanakkor megpróbálják megérteni a bekerülőt, s emberként kezelik, beszélgetnek, foglalkoznak velük.

„Javulás, gyógyulás, gondoskodás, figyelem és fegyelem, közösség, terápia, menedék, elbújás, segítség másokkal való együttlét.” (érintettek, pszichiátriai osztály)

Nyílt osztályra az orvos döntése alapján az kerülhet, akinek betegbelátása van és magától beveszi a gyógyszert. A nyílt osztály sokkal szabadabb, a pszichoterápiák még hangsúlyosabbak, a betegek az udvarra is kimehetnek. Sok osztály specializálódott valamilyen diagnózisra, és van, ahol a család bevonására is lehetőség van.

Pszichiátriai gondozó

A pszichiátriai ambuláns ellátást a pszichiátriai gondozók biztosítják. „A pszichiátriai gondozás az a tevékenység, amelynek során a pszichiáter szakorvos által vezetett munkacsoport meghatározott területen élő, hosszan tartó pszichiátriai betegségekben szenvedők folyamatos észlelését és gyógyítását végzi, segíti a rehabilitációjukat a betegség teljes folyamatában. A gondozás a gondozó intézetben, a beteg családi és lakóköznyezetében, saját életterében, adott esetben az otthonában történik. (...) Személy feltételek: Pszichiátria szakorvos a terület nagyságától függően 40 000 lakosra (legalább) 1.” [1. melléklet a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelethez]

A kisváros gondozójának fő funkciója a betegnek diagnosztizáltak gyógyszeres kezelése jellemzően kórházi közegben, a pszichiátriai gondozóban. Az intézmény túlterhelt, a várója mindig tele van, s míg a várakozási idő jellemzően egy-másfél óra, a gondozóban ténylegesen eltöltött idő 5 maximum 10 perc.

„A pszichológushoz meg nem lehet időpontot szerezni.” (érintett, pszichiátriai gondozó)

A gondozó ambuláns jellegéből adódóan nyitott szolgáltatás és dominánsan medikális szellemiségben működik, bár perifériális jelleggel megjelenik a terápiás szemlélet is, mivel foglalkoztatnak pszichológus munkatársat is.

A budapesti gondozó is hasonló problémákkal küzd.

„Százszámra dőlnek az emberek, akiknek sem a nevét nem tudom megjegyezni, se semmit. Alapvetően minden ambulancia nem nagyon tud másképp működni, hogy jön a beteg, azt fogadom, és akkor eldöntöm, diagnózist állítok fel, terápiát állítok be, no, akkor jön a következő.” (gondozó pszichiáter)

Nincs idő az emberekre, csak a személytelen, gyors ellátásra. Ennek egyik jellemző oka, hogy nem csak a hosszan tartó pszichiátriai betegségben szenvedők jelennek itt meg. Pszichológus, szociális munkás jelenleg nincs. Több mint 100 ezer lakosra 3,5 pszichiáter jut.

A gondozóba sokféleképpen jutnak el az emberek. A legtöbb embert a házi orvos küldi, van, akit a pszichiátria vagy családsegítő, és van, aki bejön az utcáról. A gondozóban dolgozó pszichiáter szerint, aki együttműködő, az el tudja kerülni a kórházi kezelést. A gondozottjaik többsége fiatal.

Mérey Zsolt tapasztalati szakértő szerint a magánpszichiátriai ellátásban az ambuláns ellátáshoz hasonló a helyzet jelenleg. Néhány perc a rászánt idő, ami leginkább a receptfelírásra szorítkozik.

„A 2000-es évek elején, jobb híján éltünk ezzel a lehetőséggel azért, hogy esetlegesen szükségessé váló kórházi kezelés során nagyobb odafigyelést kapjon a hozzátartozónk. A főorvos 2005-ben történt elhalálása után évekig csak gyógyszer felírásáért jártunk be a kórház egyik fiatal orvosnőjéhez, majd ez a lehetőség megszűnt, és akkor kerestük fel 2009-ben az Ébredések Alapítványt. (Mérey Zsolt, tapasztalati szakértő)

Pszichiátriai bentlakásos intézmény

„A pszichiátriai betegek otthona olyan gondozást nyújtó tartós bentlakásos szociális intézmény, amelybe az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.” (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 188.)

Az általunk vizsgált kisvárosban működő tartós ápolást-gondozást nyújtó pszichiátriai intézmény lakóhelyet és teljes ellátást biztosít az itt lakók számára. Teljes mértékben felügyeli és szervezi az összes ide kerülő személy életét. Ez ugyanakkor azzal jár, hogy mindenkire sok esetben azonos szabályok vonatkoznak, az intézmény nem képes az egyedi eltéréseket, támogatási szükségletet figyelembe venni. Bekerüléskor a törvényben leírtakkal ellentétben van, aki több-kevesebb támogatással képes volna az önálló életvitelre – elsősorban szociális okokból kerül felvételre –, de az intézetben teljes körű ellátást kap az állapotától szinte teljes mértékben függetlenül, ami gyors hospitalizációhoz és az önellátási képesség csökkenéséhez vezet. Az intézmény nem zárt, a lakók kijárhatnak a városba, de csak kisebb részük él ezzel a lehetőséggel. Az otthonban az összes lakó rendelkezik pszichiátriai diagnózissal. Domináns az egészségügyi szemlélet, de megjelenik a szociális megközelítés is. Az egészségügyi paradigma jelenlétét jelzi a fehér köpeny, a gyógyszeres megoldások dominanciája, az ellátottak megnevezésekor a beteg kifejezés használata, valamint többek között a magas számú egészségügyi végzettségű dolgozó jelenléte is.

A medikális paradigmával szemben Mérey Zsolt tapasztalati szakértő a felépülésselví szemlélet fontosságát hangsúlyozza, ugyanis az eredményeivel és abban mérhető, hogy milyen erőfeszítések történtek a felépülés érdekében.

A felépülési paradigma az érintettek saját narratíváján alapul, amely szerint az érintett akár a meglévő tünetei ellenére törekszik a közösségben betöltött kompetens szerepei újraépítésére. A felépülés paradigmából nőtték ki magukat a különböző ún. „user led” (érintettek által működtetett) szolgáltatások is, amilyen például a Magyarországon is működő Hanghalló Önsegítő Csoport. (Bugarszki, 2013)

„A felépülés egy folyamat, egy életmód, attitűd, annak a módja, ahogy a mindennapok kihívásaihoz közelítünk. Ez nem egy egyenes irányú tökéletes út. Alkalmanként elbukunk ezen az úton, visszazuhanunk, majd újra összeszedjük magunkat és újrakezdjük. A felépülés annak a folyamatos igénye, hogy legyőzzük a saját fogyatékosságunk jelentette kihívásokat, hogy újjáépítsük saját integritásunkat és értelmet adjunk életünknek a fogyatékosságunk jelentette gátak között is. A felépülés az inspiráció az életre, a munkára, a szeretetre és szerelemre egy olyan közösségben, melyhez mi magunk is hozzájárulhatunk.” (Deegan, 1988)

Ezzel szemben a klinikai értelmezés a pszichiátriai betegség krónikus, megváltoztathatatlan voltát hangsúlyozza. (Bugarszki, 2013)

A pszichiátriai átmeneti otthonban a jogszabály szerint legfeljebb egy évig lakhatnak a bekerülők, ami további egy évvel vagy más intézménybe helyezéssig meghosszabbítható. A pszichiátriai betegek, valamint a szenvedélybetegek átmeneti intézményében folyó munka célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával és speciális programok szervezésével (kéességfejlesztés, stresszkezelés, munkavállalással kapcsolatos tréningek, szociális esetmunka, életvezetési készségek fejlesztésének elősegítése, szabadidős programok). [1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet]

Az alapítvány, ami a Budapesten vizsgált átmeneti otthont fenntartja, először alkoholbetegekkel kezdett el foglalkozni, majd amikor érzékelte, hogy sok alkoholbeteg személy pszichiátriai problémákkal is küzd, akkor külön átmeneti és nappali szolgáltatásokat hozott létre pszichiátriai betegek diagnosztizáltak számára is.

Az átmeneti intézmény erősen egészségügyi szemléletű hely, ahol nővérek vannak, orvos, fehér köpeny. A törvényben megadott 2 évet rugalmasan kezelik, szociális szempontokat is figyelembe vesznek, például senkit nem tesznek az utcára. Ugyanakkor ez kockázatos is lehet, hiszen így átmeneti jellegét vesztheti el az intézmény.

A 16 fő átmeneti otthon lakhatást, háromszori étkezést, mosási lehetőséget is biztosít. Van gyógyszereszkobájuk, 24 órás nővéri felügyelet és szakorvos is. Az otthon egyik dolgozója szerint ez kicsi, családias, jól átlátható méret. Az átmeneti otthonba saját elhatározásból jöhetnek a kliensek. A felvétel feltétele a pszichiátriai beteg di-

agnózis és hogy a személy ne legyen ön- és közveszélyes. A terápiákon kötelező a részvétel. Céljuk teljes mértékben a visszaintegrálás, a kliensek társadalomba, a munka világába történő visszaillesztése, hogyha van család, akkor esetleg a családdal való kapcsolat stabilizálása. Ez sok esetben a dolgozók elmondása szerint nagyobb nehézség, mint egy önálló életre való felkészítés. Ezt az álláspontot megerősítő, Mérey Zsolt tapasztalati szakértő a Hanghalló Önsegítő Csoportban szerzett tapasztalatai alapján hangsúlyozza a családterápia jelentőségét.

„Azután idekerültem. Nem bírtam tovább anyámat. Nem volt hol laknom, és akkor eljöttem ide. Egy hölgy szerezte nekem, a szociális munkás.” (átmeneti otthon, lakó)

„De mindenképpen szakmai célunk, hogy munkaképes, önmagáról gondoskodni tudó betegeket tudjunk elengedni. Az első időszakban kizárólag a terápia működik, hogyha stabilizálódik az állapot annyira, hogy már munkaképes a kliens, akkor segítünk a munkahelykeresésben és végül a kiköltözésben. Hogyha valakinél nem tudunk ezen az úton menni, akkor pedig tartós intézménybe tud tőlünk kerülni a kliens.” (átmeneti otthon, dolgozó)

Szigorú szabályok szerint működik az intézmény, ugyanakkor képesek egyénileg, rugalmasan kezelni a helyzeteket. Sok szempontból intézményes körülmények vannak itt (főznek, mosnak rájuk, be kell jelenteniük, mikor hova mennek), s az intézmény a külvilág felé zártan működik, ami nem feltétlenül támogatja az önálló életvitelt, ugyanakkor rengeteg támogatást kapnak épp az önálló életvitel kialakításához (terápia, tanulmányok, munkába állás segítése stb.).

A pszichiátriai átmeneti bentlakásos szolgáltatások száma azonban töredéke a tartós bentlakásos ellátásoknak. A KSH adatai alapján 2015-ben 113 pszichiátriai átmeneti bentlakásos férőhely működött, ami az akkor nyilvántartott 8815 tartós pszichiátriai ellátást nyújtó férőhelynek csupán 1,28%-a. E szolgáltatási forma „fehér holló” jellegére Mérey Zsolt tapasztalati szakértő is felhívja a figyelmet, és megjegyzi, hogy 26 éves hozzátartozói útja során ilyen átmeneti intézménnyel nem került kapcsolatba.

Pszichiátriai nappali és közösségi ellátás

„A közösségi pszichiátriai ellátás olyan önkéntesen igénybe vehető, hosszú távú, közösségi alapú gondozás, amelynek során a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történik.” [1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet] Az alábbi szolgáltatásokat nyújtja: problémamegoldás, -kezelés, készségfejlesztés, közte az önellátásra való képesség javítása, pszichoszociális rehabilitáció, többek között munkához való hozzájutás segítése, segítő csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése. A közösségi ellátásba bevonják a családtagokat, szomszédokat, a helyi közösség tagjait.

„A pszichiátriai betegek nappali intézménye az öntevékenységre, az önségítésre épülve biztosítja az ellátást igénybe vevők igényei alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, átképzési állásközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Az intézmény szolgáltatásai körében egyéni, csoportos, pár- és családterápiákat is szervezhet. (2) A pszichiátriai betegek nappali intézményében olyan programokat kell biztosítani, melyek lehetővé teszik az ellátást igénybe vevőnek a társadalomba, a korábbi közösségébe történő visszailleszkedését. Ennek keretében a nappali intézmény programjai nyitottak, kívülállók számára is hozzáférhetőek. Ennek érdekében a nappali intézmény elhelyezését lehetőség szerint a település könnyen elérhető, jól megközelíthető területén kell kialakítani.” [1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet]

„A fogyatékos személyek, illetve a pszichiátriai és szenvedélybetegek bentlakásos intézményébe történő felvétel, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátásának igénybevétele iránti kérelemhez mellékelni kell az igénybe vevő szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét. A közösségi pszichiátriai ellátás igénybevételére irányuló kérelemhez mellékelni kell a pszichiáter vagy neurológus szakorvos szakvéleményét a pszichiátriai betegség fennállásáról.” [9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet]

A közösségi és nappali pszichiátriai ellátások a fenti jogszabályi szabályozás szerint kizárólag orvosi szakvélemény alapján vehetők igénybe. Ez a szabály a tereptapasztalataink alapján meggátolja az idézett 1/2000 (I. 7.) SzCsM rendelet társadalmi integrációs céljának megvalósulását, mivel így a szolgáltatás programjain nem jelennek meg a nem pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek. A szolgáltatásokban a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak zárt, homogén közössége jön létre.

A budapesti átmeneti otthon keretében működő 50 fős nappali ellátásban a terápiás segítség alapvető fontosságú elem. Elsősorban az egyéni terápia az, amit igénybe vesznek a kliensek, és ezt egészíti ki a csoport. Nagyon sok nappali ellátásban részesező kliensüknek megvan a maga strukturált élete munkaviszonnyal, családdal, gyerekneveléssel, de van egy pszichés betegsége, amit szeretne karbantartani. Ez minta is lehet a lakók számára, hogy van kiút, van felépülés.

„Vannak olyan kliensek, akik minden nap itt vannak. Szinte lakóként és csak aludni mennek haza. De ők a kisebb százalék. Ők ugyanúgy mindenben részt vesznek. A szervezett programoktól kezdve a napi két csoporton át és itt is ebédelnek.” (dolgozó, átmeneti otthon)

A nappali ellátás teljesen ingyenes és hétvégén is működik. Ez ritka, mert többnyire a nappali ellátások hétvégén bezárnak, ami igaz a vizsgált vidéki pszichiátriai nappali ellátásra is. A dolgozók elmondása szerint számukra az odafigyelés, az em-

pátia a tolerancia és az emberközpontúság a legfontosabb. A lakók a dolgozók és a saját elmeséléseik alapján jellemzően szociális okok miatt veszik igénybe a nappali szolgáltatást, mert itt emberek között és nem egyedül vannak, és emberségesen bánnak velük.

A pszichiátriai nappali és közösségi ellátás a vidéki kisvárosban a városi fenntartású gondozási központ részeként működik, de külön telephelyen. A gondozási központban biztosítanak étkezést a szociálisan rászorulóknak számára, és működik fogyatékossgal élők és idősek nappali ellátása is a pszichiátriai ellátás mellett. A pszichiátriai nappali ellátás keretei között hétköznaponként étkezést, tisztálkodási és mosási lehetőséget, közösséget és napközbeni elfoglaltságot biztosítanak a pszichiátriai betegek diagnosztizált személyek számára. A pszichiátriai nappali és közösségi szolgáltatás ötvözi az egészségügyi és szociális jelleget. Az egészségügyi jelleget erősíti, hogy a dolgozók fehér köpenyt viselnek.

A budapesti kerületi nappali és közösségi ellátást egy alapítvány működteti a kerületben. Jellemzően a közösségi ellátásban azok a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak emberek vesznek részt, akik nem képesek sok esetben a lakásukat sem elhagyni, közösségbe menni. Ellátásuk célja, hogy legalább a nappali intézménybe el tudjanak járni, s az ottani közösségbe be tudjanak illeszkedni. Jellemzően a segítők a napi ügyek intézésében segítik őket. Sok esetben ezek az emberek egyedül élnek, családtagok, szomszédok bevonására ritkán kerül sor, segítő csoportokat támogató hálózatokat szinte soha nem sikerül kialakítani, ez jellemzően nem is jelenik meg célként az ellátásukban.

Az ellátás az étkezés, mosás lehetősége mellett mindenféle csoportos szabadidős tevékenységeket biztosít, viszont a szolgáltatásba nem épülnek be egészségügyi és terápiás elemek. A szolgáltatás minimálisan épít csak az önségítésre, öntevékenységre, bár elvileg a kliensek maguk is tarthatnának például foglalkozásokat, jelenleg ez nem működik. Az ellátás egy bérházban működik, de a köszönésen kívül tényleges kapcsolat nincs a lakóközösséggel. A nappali ellátásban hétköznaponként déltől hat óráig tartózkodhatnak az emberek. A leglényegesebb dolog a másikkal való együttlét. Az itt dolgozók meglátása szerint, aki rendszeresen használja a szolgáltatást, az kevesebbet kerül kórházba.

Önségítő közösség

Működik egy civil szervezet is a vidéki kisvárosban, mely kifejezetten „mentális sérültekkel” foglalkozik, tagjai között találhatóak maguk az érintettek is. A szervezet működése honlapja szerint alapvetően az önségítésre és öntevékenységre épül, s tevékenységei között felsorolja „a társadalomba való reintegráció elősegítését” is. Azonban a szervezet elnökével (aki egykoron a nappali közösségi ellátásban önkénteskedő szociális munkás) készített interjúból kiderült, hogy a szervezetet a közösségi és nappali ellátás keretei között hozták létre szakmai vezetők azzal a céllal, hogy lehetőségük legyen pályázatokon részt venni tevékenységeik megvalósítása érdekében. Ez a civil szervezet tehát egy önkormányzati intézmény, a pszichiátriai

nappali és közösségi ellátás részeként működik, vagyis csak az (ellátásban megjele-
nő) érintettekre irányul a tevékenységük, szakemberek irányításával. Látszólag ugyan
érvényesül az integrációs szemlélet a hivatalos és nyilvános dokumentumokban (lásd
önérdek-érvényesítés, önségítés), de a gyakorlatba ezek már nem épülnek be.

Egyéb kapcsolódó szociális szolgáltató

Az általunk vizsgált budapesti kerületben egy szociális alapszolgáltatási központ („prevenációs intézmény”) keretei között önkormányzati fenntartásban látják el a kerület szociális alapszolgáltatási feladatait. Itt minél sokrétűbb szolgáltatást igye-
keznek nyújtani a kerület hátrányos helyzetű lakói számára. A honlapon az alábbi célcsoportokat emelték ki: „A szociális ellátásunk fő célcsoportjai: veszélyeztetett, illetve a veszélyeztetettség valamely tényezőjével fenyegetett családok, egyének, gyermekek, fogyatékkal élők és a pszichiátriai betegek. Négy szakmai egységből állt egykor az intézmény: családsegítő, gyerekjóléti központ, támogató szolgálat és közösségi ellátás pszichiátriai betegeknek.

Az intézmény feladata a dolgozók szerint mindazoknak a meglévő szolgáltatá-
soknak, szociális ellátásoknak a biztosítása, amelyek megelőzéssel is foglalkoznak. Ahogy az intézmény nevében is megjelenik, az egyik legfontosabb tevékenységük a prevenció. A központot a kerület lakosai használhatják, és egyfajta művelődési házként is működik, ahol minden szolgáltatást ingyen vehetnek igénybe a kerületi lakosok, és a kerületi civil szervezetek ingyen használhatják a termeiket. Mindenféle szakkörök, programok vannak itt, miközben a kerületi szociális intézmények is itt működnek egy térben. Ebben a modellben a kerület hátrányos helyzetű lakói nem szegregálódnak eleve a számukra speciálisan létrehozott ellátórendszerbe kerülve. Azonban – mióta kiszervezték, s egy alapítvány működteti a nappali és közösségi ellátást – a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek számára nincsenek már speciális szolgáltatások. Pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak ezért ebben a tér-
ben kevésbé jelennek meg, csak más szociális ügyek kapcsán, illetve mint a kerület lakói bukkannak fel itt. Volt olyan eset például, hogy pszichiátriai betegnek diag-
nosztizált embereket vettek fel közfoglalkoztatásba, parkgondnoknak.

A családsegítő szolgálat jelenlegi vezetője egykor a pszichiátriai betegnek di-
agnosztizált személyek számára nyújtott közösségi ellátásban dolgozott, így nagy tapasztalata van evvel a célcsoporttal is. A családsegítő központban működő jel-
zőrendszeren keresztül a helyi lakosok jelezhetik problémáikat a központ felé, és itt rendszeresen meg szoktak jelenni pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak, illetve olyanok, akik nem diagnosztizáltak, de az adott lakóközösség számára problémát jelentenek. A dolgozók szerint egyre több bejelentés érkezik.

„Hát, ha együttműködő és tényleg olyan probléma van, hogy, hogy, hogy szemetelés vagy akármicsoda. Ha egy, így együttműködő akkor a szociális munka eszközeivel és eszköztárával. Finoman megpróbáljuk rávenni arra,

hogy ez a lakókörnyezet, ez az úgy mégsem. De nyilván nem azzal, hogy: Jöttünk ellenőrizni! Hanem jöttünk megnézni, hogy tudunk-e valamiben segíteni.” (családsegítő központ, dolgozó)

Ha nem együttműködő az egyén, akkor a családsegítő központ a gyámhivatalhoz fordul, hogy van-e gondnoka az adott egyénnek. Elmondásuk alapján sokszor van, csak nem foglalkozik a gondozottakkal (jellemzően egy hivatalos gondnoknak sok gondnokoltja van). Ha nincs gondnoka, akkor a családsegítő központ kezdeményezheti a gondnokságba vételt.

„Én elindíthatom hivatalból, nem szívesen teszem anélkül, hogy legalább egyszer ne beszélnék vele, és ne látnám, hogy tényleg mi van.” (családsegítő szolgálat, vezető)

A dolgozók elengedhetetlennek tartják, hogy szoros kapcsolatban legyenek a pszichiátriai ellátórendszer egészségügyi részével, így sok esetben, amikor úgy érzik, hogy szociális eszközökkel nem képesek megoldani a helyzetet, az egészségügy, illetve társintézmények bevonásával intézkednek.

„Hát meg, ahol mondjuk kisgyerek van, és pszichés szülő van. És nincs fűtés meg és kilakoltatás veszélye és nem csinál semmit. Tehát nem lehet rávenni arra, hogy együttműködjön. Akkor megint azt mondom, hogy: igen akkor kell. Vagy egy családtag legyen a gondnoka, vagy legyen hivatásos, de akkor kell valamit kezdeni. Vagy ha valaki, valakinek sosincs pénze pl. mert azt látom, hogy mindenki bejár hozzá és lenyúlják. Ugye, mert erre is van példa. Akkor megint azt gondolom, hogy igen. Kell neki egy gondnok.” (családsegítő szolgálat, dolgozó)

Bár bevonnak egészségügyi szakembereket, társintézményeket, de sokszor mégsem tudnak megfelelően reagálni az együttélési problémákra, nincsenek a szélsőséges intézményes válaszokon kívül megfelelő eszközeik az esetek kezelésére. Így sok esetben a szociális és egészségügyi problémák és megoldások keverednek, s egy szociális problémára az egészségügy ad megoldást.

„Jellemző például az őszi kilakoltatásnál, hogy pszichiátriai betegeket utcára tesznek csak így ősszel a hidegbe. És többször előfordult, hogy az előző főorvosnak telefonáltunk, és kórházba utalta.” (családsegítő szolgálat, dolgozó)

„És amikor megvolt nekünk a kapcsolatunk a beteggel vagy az ügyféllel, akkor utána már el, át lehetett delegálni mondjuk a családsegítőbe, ha anyagi problémája volt.” (családsegítő szolgálat, dolgozó)

Amíg a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltaknak is nyújtottak a prevenció intézményben szolgáltatásokat, addig egyszerűbben lehetett a szociális problémát is kezelni. Szorosabb volt a kapcsolat, nagyobb volt az átjárhatóság a családsegítő és a közösségi ellátás között. Olyan előny is származott a közös működésből, hogy a prevenció intézményben jelenleg is működő pszichológus, szupervízió, esetmegbeszélés akkoriban a közösségi ellátás dolgozói számára is nyitott volt.

A fókuszcsoporton találkoztunk olyan érintettekkel, akik igénybe veszik a CSSK szolgáltatásait. Ők itt a szociális problémáikkal vannak jelen, és elégedettek a szolgáltatásokkal, elsősorban személyes segítséget kapnak munkahelykeresésben, illetve pénzbeli szociális juttatásokkal segítik őket.

A budapesti kerületben megvizsgáltuk azt is, hogy egy háziorvosnak milyen szerepe lehet a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak ellátásában. Az egészségügyi ellátásban is sok esetben a háziorvos érzékeli először a problémát („kapuőr szerep”), ő küldi tovább az egyént a gondozóba vagy pszichiáterhez, vagy adott esetben ő maga látja el a hozzá fordulót. (2015. évi CXXIII. törvény) Az általunk vizsgált kerületben a megkérdezett háziorvos elsősorban idősek szociális és egészségügyi (lelki és pszichés együtt) ellátását végzi. A fiatalok kevésbé veszik igénybe az ő szolgáltatásait, ők jellemzően dolgoznak, és többnyire csak akut egészségügyi problémával jönnek.

„Tulajdonképpen gerontológia a fő, amivel foglalkozni kell. Leginkább sokszor bejönnek, és csak beszélgetnek... és akkor jobban vannak már, pszichésen kell támogatni. Hát az sokkal megterhelőbb, mint felírni a gyógyszert.” (háziorvos)

Kik a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek?

A különböző kifejezetten pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat célzó szolgáltatások szempontjából alapvető kérdés, hogy kik a pszichiátriai beteg személyek, hiszen e meghatározás alapján tudják szolgáltatásuk célcsoportját, a jogosult igénybevevőt beazonosítani. A pszichiátriai beteget célzó szociális szolgáltatásoknál – pszichiátriai nappali és közösségi, illetve bentlakásos szolgáltatások – az igénybevétel alapja a pszichiátriai beteg diagnózis. Ennél fogva a pszichiátriai beteget célzó szolgáltatásokban a definíció jellemzően egészségügyi szemléletű, ami a károsodásra fókuszál. Ez összhangban van a fogyatékoság károsodásszempontú meghatározásával. Alapvetően meghatározó maga a szóhasználat is abban, hogy az emberek milyen tartalmat értenek a fogalom mögött.

Azt tapasztaltuk a vizsgált vidéki településen, hogy a pszichiátriai beteg kifejezéshez jellemzően egészségügyi tartalmak társultak, ugyanakkor sokszor kötődnek különböző félelmek is. Az egészségügyi, betegségszempontú megközelítés az érintetteknel is domináns.

„Skizofrén az vagyok, mindenki itt az, én korlátozó gondnokság alatt vagyok, jól kezelik betegségemet, jól eltalálták gyógyszereket, szorongás, pánikbetegség, hangulatingadozás, agykárosodás, tartós lehangoltság, sok jó nem, elfelejték mindent, depresszió, gyógyszerek mellékhatása, rákényszerítés, nem szedi a gyógyszert valaki, kimerültség, enyhíteni lehet, kigyógyulni nem, sűrűn bent fekvődtem, kapok injekciót.” (pszichiátriai betegség, érintettek)

„Nem tudom, sokrétű, ön- meg közveszélyes valaki, vagy magát emésztí, megmarad gyermeki szinten, tombol.” (pszichiátriai betegség, lakossági interjú)

„Hát, én szerintem már végül is egy szorongás is pszichiátriai betegség. Meg egy depresszió, egy enyhe depresszió is pszichiátriai betegség. Hát, aztán ez lehet a másik oldalon egy egész komoly skizofrénia, vagy egy valami paranoid kórkép.” (pszichiátriai betegség, pszichiátriai osztály dolgozó)

A kifejezetten pszichiátriai betegek célzó szociális szolgáltatásokkal szemben más szociális alapszolgáltatások esetében, mint amilyen például a családsegítés, egész más célcsoport-megközelítéssel találkozhatunk. Ott már inkább a szociális paradigma dominál. A családsegítő szolgáltatás célcsoportjába azok a személyek, családok tartoznak, akiknek valamilyen szociális vagy mentálhigiénés probléma, illetve krízishelyzet merül fel az életükben. (1993. évi III. törvény) Tehát itt nem a károsodáson van már a hangsúly, hanem azon, hogy a társadalmi részvétel során merül fel valamilyen probléma, diszfunkció. Ez a logika már sokkal közelebb áll a fogyatékoság emberi jogi megközelítéséhez, ami abból indul ki, hogy van egy való vagy vélt károsodás, ami a társadalmi interakciók során korlátozhatja az egyén társadalmi részvételét. Ez számunkra azért releváns, mert például a családsegítést is igénybe veheti pszichiátriai betegnek diagnosztizált személy, de ott nem a betegség, a diagnózis a megközelítés alapja, hanem a szociális probléma.

Az általunk vizsgált budapesti pszichiátrián többféle megközelítés is jelen van arról, hogy kik a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek. A legelterjedtebb nézet, ami vidéki terepen is domináns volt, hogy ez egy betegség, de ugyanolyan betegség, mint más szervi megbetegedés. Azonban Budapesten erős az a megközelítés is, hogy ezek az emberek traumákat átél, érzékeny emberek, és a sajnálat is jelen van a velük való interakciókban. Utóbbi szemlélet jelenléte abból fakadhat, hogy a vizsgált intézményben terápiás munkatársak is dolgoztak. Utóbbi szemlélettel analóg a Hanghalló Önségítő Csoport megközelítése, amely tagjaira úgy tekint, mint akik traumák miatt kerültek az adott állapotba és átmeneti segítségre szorulnak.

„Hihetetlen érdekes, okos, érzékeny emberek vannak itt. És talán azért is kerülnek be, mert annyira érzékenyek. Tehát az a fajta szenzibilitás, ami bennük van, az az átlagemberben talán nincs. És ezért ők sokkal jobban látnak dol-

gokat. Nem csak a szemükkel, hanem a lelkükkel is.” (pszichiátriai betegség, művészetterapeuta, pszichiátriai osztály)

„Én sajnálom őket. Tehát, hogy én, én azt gondolom, hogy ők borzasztó nagy segítségre szorulnak. És ha mi nem tudjuk őket ellátni, akkor ki fogja őket? Nekik ugyanolyan helyük van a társadalomban, mint bármelyik betegnek.” (pszichiátriai osztály, nővér)

A budapesti szociális alapszolgáltatási központ („prevenciós intézmény”) szociális dolgozói arról beszélnek, hogy vagy felismerik a pszichiátriai betegséget, mivel van is ilyen kollégájuk, de úgy érzik, hogy nincs megfelelő tudásuk a témában, vagy nem feltétlenül tudják eldönteni, hogy ki pszichiátriai betegnek diagnosztizált, mert ők sok esetben még a diagnózis előtt találkoznak érintett egyénekkkel.

„Tehát én kiszúrom, tehát messziről a szemén, beszéd, bármin. Hát, ha valaki olyan gyógyszereket szed. És hosszan és tehát ezt tudom, látom. Tehát annyi rutinom már van. Tehát nyomot hagy. Az a gyógyszer nyomot hagy rajta. Meg tehát az egész működése, viselkedése.” (prevenciós intézmény, dolgozó)

„Tehát tényleg van, akin látszik. Jó öltözködésében is. Tisztálkodásában is, hogy valami nem kerek. Tehát ami már fölmerül bennem, hogy valami nem ok. Valakin már kevesebb vagy többet kell vele beszélni. Valakiről meg nem tudom eldönteni, hogy ez most tényleg csak elgurult a gyógyszere vagy mi baja volt.” (pszichiátriai betegség, szociális dolgozó, családsegítő)

A pszichiátriai átmeneti otthon dolgozója szerint nagy probléma az elmagányosodás, s hogy ezeknek az embereknek életük végéig szükségük van valamilyenfajta támogatásra.

„Nagyon sokan úgy kérnek tőlünk segítséget, hogy a teljes elmagányosodásban, a teljes izolálódásban. Ő egy szál magában éli az életét. Ő nem fog meggyógyulni. Nagyon sokszor érkeznek a kliens azok, a kliensek azokkal a vágyakkal. Hogy ő itt meggyógyul. És első pillanattól elindul az a közös munka, hogy nem fog meggyógyulni. Ő tulajdonképpen elgázosítja az egész-ségét. Ő neki van egy olyan betegsége, ami élethosszig karbantartást igényel. Én azt gondolom, hogy nem baj, hogyha neki folyamatosan van egy olyan mankó, hogy mondjuk havonta csak 1-szer leüljön egy szakemberrel. És egy picit lerakja a terheket. És legyen valakivel beszélgetni arról. Hogy ő neki az életében egyébként milyen nehézségek, milyen küzdelmek vannak.” (pszichiátriai betegség, szociális dolgozó, átmeneti otthon)

Az általunk megkérdezett háziorvos is azt emelte ki, hogy aki egyedül van, magányos, annál jellemzőbb a pszichés probléma, továbbá összefüggést tett a pszichiátriai betegség és az alkoholizmus között.

„Van jó néhány ugye, eszembe jutott, alkoholista, ami előbb utóbb azért egy pszichiátriai probléma lesz.” (háziorvos)

A pszichiátriai intézményrendszer térbelisége és belső kapcsolatai

Az intézmények térbeli elhelyezkedései nagyrészt meghatározzák az egymás közötti kapcsolataikat is.

Az általunk vizsgált kisváros pszichiátriai osztálya és a pszichiátriai gondozó a város központjában található közkórház részei. A közkórház kvázi „város a városban” jelleggel működik. Részét képezi – többek között – egy élelmiszerbolt, nővér-szállás, fodrászat, hatalmas park. Az osztály és a gondozó között formális kapcsolat van. A gondozotti kör többé-kevésbé átfedi egymást, a pszichiátriai betegekné diagnosztizáltak többsége a két intézmény között ingázik. A pszichiátria egy utcában van a pszichiátriai szociális otthonnal és a két intézmény szorosan együttműködik. Az egyik osztályos orvos az otthon pszichiátere, és rendszeresen kerülnek be onnan az osztályra a „problémás” lakók. Ez a három intézmény térben közel egymáshoz, dominánsan egészségügyi szemléletmódban működik. A helyi közösséggel intézményes szinten nincs kapcsolatuk és nem is törekszenek rá.

A nappali és közösségi pszichiátriai ellátás a város periferiájában található a többi ellátástól külön, családi házas környéken. Ez jelentős mértékben meghatározza azt, hogy kik veszik igénybe a szolgáltatást: elsősorban azok az érintettek, akik a környéken laknak, illetve a tanyavilágban élők, akik számára fenntartanak egy külön kisbuszt sofőrrel, aki minden hétköznap hozza-viszi őket. Az intézmény pszichiátriai profilú szervezetekkel fenntartott kapcsolata formális, szorosabb összeköttetésben állnak a szociális gondozó központtal és ezáltal más hátrányos helyzetű csoportok szolgáltatóival, habár ezek az ellátások a város központjában működnek. Vannak közös programok, rendezvények az összes ellátott számára (pl. fogyatékossgal élők napja a megyeházán), bár a térbeli elkülönülés megnehezíti a szolgáltatások közötti átjárást, s a hátrányos helyzetű célcsoportok elkülönítése, külön intézmények létrehozása számukra egyfajta pluszszegregációként is felfogható. Bár ezek a rendezvények elősegíthetik a különböző hátrányos helyzetű csoportok közötti integrációt, ugyanakkor a helyi közösségekbe való integrációt nem feltétlenül támogatják, hiszen a másságukat, illetve az egyének ellátott-/betegidentitását erősítik. A rendezvények résztvevői többnyire maguk az ellátottak és a családtagjaik. A nappali és közösségi ellátás együttműködik a szociális otthonnal, viszont a két

szolgáltatás egyidejűleg nem vehető igénybe, tehát aki a szociális otthon lakója, az nem lehet a közösségi, nappali szolgáltatásnak is ellátottja. Ugyanakkor, mivel az otthonba bekerülés akár évekig is eltarthat, ezért az előgondozásba a nappali és közösségi szolgáltatás is bekapcsolódik.

„Tehát amíg nem kap bentlakásos elhelyezésre lehetőséget, addig minálunk, a mi intézményünkben a nappali ellátás keretében lehetőséget kap, hogy megszokja azokat a házirendeket, szabályokat vagy azokat az alkalmazkodásokat, beilleszkedéseket, ami ott is kell majd a bentlakásos intézményben.” (gondozási központ, dolgozó)

A budapesti pszichiátriai osztályos ellátás egy nagy csomópont közelében működik, lakóházak, boltok szomszédságában. Tudnak róluk a szomszédok, de nem járnak be oda, a boltban van néha interakció köztük. Az intézménynek elsősorban kerületi egészségügyi intézményekkel van kapcsolata, kevésbé a szociális szolgáltatókkal is. Országosan más pszichiátriai intézményekkel is szoros a kapcsolata.

A budapesti gondozó nem messze működik a pszichiátriai osztályoktól. Egyirányú a kapcsolatuk a helyi közösség felé, aki őket felkeresi, azokat ellátják. A gondozóban megkérdezett pszichiáter régebben kijárt egy nappali ellátásba is a betegekhez. Szerinte minden intézménynek megvannak az intézményes érdekei, azokat követik, nem annyira jó emiatt az intézmények közötti együttműködés, így ráadásul a betegek érdekei háttérbe szorulnak. A nappali és közösségi ellátás például csak azokat tudja ellátni, akik szerződnek velük, sok mindenkit nem tudnak elérni, talán épp azokat szerinte, akiknek a legnagyobb szükségük lenne erre. A háziorvosokkal van kapcsolata, egy időben rendszeres találkozók is voltak, amit a gondozó kezdeményezett.

A budapesti prevenciós intézmény központi helyen, egy régi iskolaépületben működik, nem messze a pszichiátriai osztályoktól. Az intézménynek a szociális és egészségügyi intézményekkel is szoros kapcsolata van, és a helyi civil szervezetekkel is aktív az együttműködésük, kölcsönösen támogatják egymást.

A családsegítő helyileg a prevenciós intézményben működik. A pszichiátriai betegeknek diagnosztizáltak hatékonyabb ellátása kapcsán most építik még szorosabbra kapcsolataikat a szociális és egészségügyi szakemberekkel, egy rendszeresen összejáró szakmai csoportot szeretnének létrehozni a különböző intézményekben dolgozók számára (háziorvosok, gondozó, kórház, közösségi ellátást végző alapítvány). Régebben a pszichiátriai gondozó orvosa havonta kijárt hozzájuk, a családgondozókat segítette, ha olyan emberrel kerülnek kapcsolatba, vagy akár közösen mentek ki családlátogatásra. A nappali és közösségi ellátást jelenleg végző alapítvánnyal sok közös ügyfelük van. A kórházzal is jó a viszonyuk.

A budapesti nappali és közösségi ellátás a központhoz közel egy bérház aljában működik. A kórházzal minimális kapcsolatuk van, viszont a gondozókkal szoros, őket ajánlják ott.

Az általunk vizsgált pszichiátriai átmeneti otthon nem a kerületben működik, de a kerületben hivatkoztak rá, így bevettük a vizsgálatba, mivel országosan nagyon kevés ilyen intézmény (hét) található. Budapest egyik külső kerületében egy családi házban működik. Az intézménynek az egészségüggyel szorosabb kapcsolata van, kórházakkal vannak együttműködéseik, a szociális ágazattal nem. Ennek oka lehet, hogy egyszerre csak egy szolgáltatást vehet igénybe az egyén, ezért a szociális szereplőkkel egyfajta rivalizálás tapasztalható.

A kerületben működő háziorvos hiányolja a megfelelő pszichiátriai gondozást, azokat, akik odafigyelnének ezekre az emberekre, mert neki erre nincs kapacitása. Személyesen nincs kapcsolata pszichiáterekkel, de küld a gondozóba embereket, és ott már megvan, hogy kihez. Konkrét esetek miatt volt kapcsolata a családsegítővel is.

A pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek társadalmi részvétele

A közösségek hagyományos definíciója szerint a térbeliségnek, lokalitásnak központi szerepe van a közösségek kialakulásában. A kisvárosi tér egyik fontos sajátossága, hogy ötvözi a város és vidék sajátosságait. Így például a szomszédságok nagyon fontos lokális közösségi térként jelennek meg, a szomszédsági viszonyok a helyi közösségsszerveződés egyik alapelemét jelentik.

A kisváros pszichiátriai osztályának és a gondozónak az elhelyezkedéséből és működésmódjából adódóan eleve nem jönnek létre szomszédsági viszonyok.

A szociális otthon lakóinak sincsenek erős szomszédsági kapcsolataik, a köszönésen túl többnyire nincsenek interakciók. A szomszédok többsége jellemzően még soha nem volt az intézetben és náluk sem voltak még az intézet lakói. A közvetlen szomszédokkal némileg szorosabb a kapcsolat, van, akit név szerint ismernek és rendszeresen beszélgetnek is velük. Az otthon lakóinak többsége azonban nem ismeri és soha nem beszélgetett a közvetlen szomszédokkal sem. Az azonban elmondható, hogy a környéken lakókat nem zavarja az otthon működése, a lakók megjelenése az utcákon (a lakók egy része rendszeresen kijár az intézetből), már megszokták őket.

Az intézmény „jó helyen van, engem nem zavar”. „Mindig köszönnek, hogy Jó reggelt szomszéd!” „Van köztük (ápoltak) 1-2 jó ismerős, 2 férfi.” „Ismereni nem ismerjük őket. Nem beszélgetnek. Ők se állnak velünk szóba.” (lakossági interjúk, az otthon szomszédságában)

„Hát, azokkal köszönőviszony, éljük a mindennapjainkat.” (szociális otthon, lakó)

A pszichiátriai osztály, gondozó és az otthon központi elhelyezkedése kedvez ellátottaik társadalmi részvételének, mivel elérhető közelségben találhatóak a város-

központban fellelhető terek és szolgáltatók. A szociális otthonban lakók számukra fontos helyszíneként említették a város főterét és a cukrászdát.

„Ettünk fagyit múltkor is a cukrászdában.” (szociális otthon, lakó)

Azonban tagadhatatlanul a (intézethez helyileg közel eső) kocsmák a legnépszerűbb városban található közösségi találkozóhelyek az otthonban lakó férfiak többsége számára, ahova heti rendszerességgel járnak, és ahol rendszeresen találkoznak és interakcióba lépnek a város lakóival. A közös tevékenység, ivás, játék és beszélgetés lehetőséget biztosít arra, hogy szorosabb kapcsolódások, akár barátságok is kialakuljanak az otthon- és a városlakók közt, s egy helyi közösség részévé váljanak.

„Elbeszélgetünk biliárdozunk elfogadtak, amilyen vagyok, ezért szeretek oda menni, nem szokott probléma lenni.” (szociális otthon, lakó)

„Sok haverom van mind a két kocsmában, sok haverom van, és azok nem néznek le bennünket, azok ugyanúgy beszélgetnek velünk, mint bárkivel.” (szociális otthon, lakó)

„Biliárdozni is szoktunk, barátommal szoktam biliárdozni, hol én nyerek, hol ő. Eltöltjük az időt így hétvégén.” (szociális otthon, lakó)

„A kocsmá egy tájékozódási pont. Az intézettől pár háznyira van, a férfiak ide járnak.” (szociális otthon, dolgozó)

Az interjúrészek rávilágítanak arra, hogy a kocsmák olyan helyek lehetnek, ahol nem számít, hogy ki honnan jött, egyenlő félként jelenhetnek meg itt az otthonból jövők, úgy, mint a város más lakói.

Emellett mind a központban, mind pedig az egyes lakónegyedekben elhelyezkedő boltok egyfajta nyilvánossági térként működnek. Az állandó vásárlókör tagjaként az érintettek az egész kisváros vagy az egyes lakónegyed közösségének tagjának érzik/érezhetik magukat. Az üzletekben egyéb szolgáltató egységekben (fodrász stb.) nem csak vásárolnak az emberek, de ezek is fontos helyszínei a spontán beszélgetéseknek, találkozásoknak, azaz a lokális társadalmi részvételnek.

„Láttam, hogy jár a zöldségeshez, leáll beszélgetni.” (lakossági interjú, szociális otthon)

A közösen használt szolgáltatások társadalmi részvételi funkcióját jól mutatja, hogy az egyik megkérdezett például arról számolt be, hogy a boltból ismer pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyeket. A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésekből és

az otthon szomszédságában lakók elmondása alapján is az derült ki, hogy az otthon lakói számára rendkívül fontosak a városban található boltok, az intézetet elhagyva ezek jelentik elsődleges célpontjukat.

„Hát, mert barátságos az eladó, mind a kettő, és jót lehet vele beszélgetni, ha van véletlen valami olyan, hogy nincs pénzem, akkor azt félrerakják a következő hét péntekig, úgyhogy már ott ismernek, törzsvendég vagyok.” (szociális otthon, lakó)

A bolt egyrészt másokkal, a város lakóival való interakciók, közösségi részvétel szinte egyetlen terepe számukra, másrészt sok esetben a legfőbb örömforrás és ki-kapcsolódás, harmadrészt elengedhetetlen számukra az intézeti, gyakran elégtelen ellátás kiegészítése érdekében (pl. egy hónapra csak két tekercs vécépapírt kapnak).

„Én csak azt tudom, milyen örömeim vannak. Én is eljárók a turkálóba, szoktam nézegetni ruhákat, ami tetszik, megveszem, most legutóbb is megvettem egy nagyon szép nadrágot.” (szociális otthon, lakó)

Mindemellett feltételezhetjük, hogy a bolti vásárlás talán az egyetlen olyan terep számukra, ahol önállóan, felnőtt szerepben jelenhetnek meg, s szabadon dönthetnek valamiről.

„Szoktunk köszönni, akkor megkérdezem, hogy milyen tusfürdő van, mi kell, és akkor megengedik, és akkor megveszem, és ismerem már őket.” (szociális otthon, lakó)

„Így a szociális otthonon belül élem az életem. Vásárolok, de utána bent vagyok.” (szociális otthon, lakó)

Ugyanakkor ez a lakók csak egy kis részének adatik meg, sokan csoportosan, dolgozók kíséretében járnak ki vásárolni is. Így azonban kevésbé alakulhat ki interakció másokkal, a helyi lakosokkal.

„Sütizni ki szoktunk menni a központba. Van ott egy sütiző, akkor oda kivisz-szük a lakókat meg kávézni.” (pszichiátriai otthon, dolgozó)

„Voltunk moziban, mikor volt ingyen mozi, akkor elvitt minket a nővérke. Lehetett menni és akkor elmentünk. Szoktunk kimenni kirándulni, fagyizni, süteményt, kávé így csoportosan és nagyon jó elfoglaltság. Van, aki külön is kimehet barátjával, barátnőjével. 10-12-15-en mennek ki csoportosan.” (szociális otthon, lakó)

„Rengeteget mennek. Párba is. Vagy boltba, vagy kocsmába.” (lakossági interjú, pszichiátriai otthon szomszéd)

„Mesélik, hogy van, aki kijön, vagy csoportosan sétáltatják őket.” (lakossági interjú, szociális otthon)

„Ketten járnak ide, kicsit zavartak, de nagyon udvariasak.” (lakossági interjú, szociális otthon)

Vannak olyan lakók, akik nem tudják, akarják vagy hagyhatják el az intézetet. Ők a dolgozók által hozatott egyencsomagokat kapnak a boltból (kis üdítő, keksz, gyümölcs). A szakemberek egy része szerint nem mindenki alkalmas a közösségi részvételre, például a vásárlói szerepre sem, ami megerősítheti a lakossági félelmeiket és az igényt, hogy szükség van zárt intézményekre (pl. pszichiátria).

A kisváros nappali és közösségi ellátása körül lévő közvetlen lakókönyezettel szorosabb kapcsolat nincs, de tudják, hogy itt működik ez a hely, és ha valami váratlan egészségügyi probléma történik a környéken pl. valaki rosszul lesz az utcán, sokszor ide jönnek a szomszédok. Az otthonközeli ellátási formából adódóan az ellátottak alapvetően a környéken laknak és nekik a közvetlen szomszédaikkal vannak kapcsolataik. A környékbeli szociálisan rászoruló lakosok ebédért bejárnak a konyhára. Ez lehetőséget biztosíthat az ellátottak és a környéken lakó szociálisan hátrányos helyzetűek közötti interakciókra, találkozásokra. Jellemzően azonban csak rövid ideig tartózkodnak az épületben, ételhordóban viszik el az ebédet.

„Hát, bemennek az ebédért, igen, de hát nappal ugye nem tudjuk ellátni azért, csak hogyha van pszichiátriai kórképe. De mindenképpen kontaktus.” (gondozási központ, dolgozó)

A nappali és közösségi ellátásban résztvevők számára is fontos szerepe van a vásárlásnak, a boltoknak.

„Fontosak a boltok, ahova szoktam menni nézelődni, meg vásárolni.” (nappali ellátás, érintett)

A kisvárosi nyilvánosság tereinek fő sajátossága, hogy megjelennek a városias szolgáltatások és térfunkciók, azaz vannak elérhető és szervezett nyilvános terek. Ugyanakkor a társadalmi kapcsolatokra inkább a vidékies formák és kapcsolatok sűrűsége jellemző, ami azt is jelenti, hogy megjelenni a térben sokszor önmagában elég a társadalmi részvételhez. Mindez pedig fontos potenciált jelent a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek társadalmi integrációjában.

Bár a vizsgált vidéki településen számos helyi rendezvény elérhető, mégis a pszichiátriai betegek diagnosztizált embereknek jellemzően saját rendezvényeik vannak. Ezeket többnyire egy évben egyszer rendezik meg, és a város lakóinak többsége nem tud róluk. A rendezvények speciálisan az ellátottakról szólnak és jellemzően érintettek, szakemberek, hozzátartozók vesznek részt rajtuk. Előfordult ugyanakkor egy évben, hogy a pszichiátriai bentlakásos, illetve a nappali szolgáltatás dolgozói és lakói részt vettek nagyszabású helyi rendezvényen, csapattal elindultak egy főzőversenyen, ami fontos részvételi lehetőséget jelentett és a lakók is felemlegették mint pozitív élményt.

A csoportos részvételi kezdeményezések mellett egyéniek is megjelennek mind a bentlakásos otthon, mind a nappali és közösségi szolgáltatás kliensei körében. Ezek lehetőséget jelentenek, hogy ne az intézményekhez kötődően, pszichiátriai beteg szerepben jelenjenek meg az érintettek, hanem az érdeklődésük mentén kapcsolódjanak a helyi közösséghez.

A helyi művelődési központ kisebb kulturális rendezvényeket (pl. kiállítás) is szervez, amiknek lelkes látogatója lett egy érintett személy, és így lett a helyi kultúrákedvelők közösségének tagja. A művelődési központ számos klubnak is helyet biztosít. A helyi sakk-klubhoz szintén sikeresen kapcsolódott a pszichiátriai otthon egyik lakója. A helyi egyházi közösségek is hasonló kapcsolódási lehetőséget hordoznak. Az otthon egyik lakója rendszeresen jár engedéllyel az egyik gyülekezet akár többnapos kirándulásaira is, számára ez a legfontosabb közösség.

Egy a helyi családsegítő központ által alapított közösségi hely is fontos szocializációs közeget jelent az érintettek számára. A tér főként a helyi fiatalokat és a kisgyermekes családokat célozza meg, számukra kínál szórakozási és szabadidős tevékenységeket, valamint találkozási helyet. A számukra érdekes rendezvényekre, eseményekre az otthonból és a nappali ellátásból egyénileg járnak ki az ellátottak. 4-5 pszichiátriai betegnek diagnosztizált személy rendszeresen részt vesz és aktívan közreműködik az egyes programokban – a sámándobolástól a kutyasimogatáson át az óvodás gyerekprogramokig. A gyerekek nagyon szeretnek velük játszani és már a helyi szervezők is bevonják őket a szervezőmunkába, például segítenek a szendvicsekészítésben, pakolásban, ezáltal részévé válva a kisközösségnek.

A budapesti pszichiátrián az igazgató vágya, hogy teljes életet élhessenek a hozzájuk kerülők. Ugyanakkor nagyon sokan ambulánsan visszajárnak a kórházba az orvosukhoz, illetve különböző terápiás foglalkozásokra, ami sok esetben akadályozhatja az egyéneket abban, hogy kilépjenek a biztonságos, védett kórházi közegből, s elkezdjenek a külső világban, önállóan élni.

„Szeretek ide visszajárni, kicsit közösségbe vagyok. Beszélgetni. Nem vagyok otthon magányosan” (érintett)

„Itt vagyok, ezért jó. Második otthonom.” (érintett)

„Nagyon-nagyon sok betegnek adunk otthont. És nagyon-nagyon sok beteget el tudunk látni (...) Családként élünk. Igazából ez most már nekem a második otthonom.” (dolgozó)

Védett zárt közösséget nyújt az intézmény, ahol könnyen hospitalizálódhatnak a betegek diagnosztizáltak, s mikor már nem kellene, akkor is visszajárnak ide. Ráadásul így sokkal könnyebben válhatnak ismételten fekvőbetegg, hiszen könnyebben átjárható a két szolgáltatás a kórházon belül. Emiatt a pszichiátriai gondozót és a nappali és közösségi pszichiátriai ellátást nem vagy kevésbé veszik igénybe az érintettek. Mindez rendkívüli módon leterheli a rendszert is, hiszen az orvosoknak a fekvőbetegek mellett az ambuláns betegeket is kezelniük kell, így egy-egy emberre igen kevés idő jut csak. Ugyanakkor van olyan osztály, ami a családot, környezetet is bevonja a kezelésbe, ami segítheti a társadalmi részvételt.

A budapesti gondozóban megpróbálják a társadalomban tartani az egyént. A gondozó célja a dolgozók szerint, hogy az egyén ne kerüljön kórházba, tudjon a mindennapokban működni. A megkérdezett pszichiáter a gyógyszert tekinti az egyetlen módszernek a jelenlegi működésben, hogy ne váljanak ezek az emberek hajléktalanná vagy ne haljanak meg. Szerinte ezek az emberek többnyire nem képesek önálló életvitelre, el kell őket látni, kontrollálni.

„Zömében azt lehet mondani, hogy nem képesek munkavégzésre, tehát védett körülmények között képesek munkavégzésre. És nagyon-nagyon nyomorú helyzetbe kerültek, ezzel az egész, hogy a nyugdíjakat lenullázták szinte. Szóval hogy abból, szóval evvel itt nagyon veszélyeztetett helyzetbe kerültek. A zöme az, akit le kell százalékolni. Egyszer, kétszer, háromszor kórházba kerül, amire hát lecsillapszik a betegsége, vagy ő rájön arra, hogy jobb gyógyszert szedni, vagy együttműködni, mert akkor nem kerül kórházba, és ezzel egy ilyen hát egy sérült személyiség marad, valamilyen értelemben.” (gondozó, pszichiáter)

Szerinte a megoldás az ön- és közveszélyességtől függetlenül az ambuláns ellátásba kezelésre kötelezés. Ez azonban jelentősen korlátozná az egyén társadalmi részvételét és önálló életvitelét, kiszolgáltatott, gyerekszerepbe kényszeríti.

A prevenciós központ a társadalmi részvételt elősegítő módon, a helyi közösségi életbe integráltan működik. A pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára nyújtott nappali és közösségi szolgáltatások zártan, csak diagnosztizáltak számára elérhetően működnek. Régebben működött a prevenciós központban önszerű csoport is pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak számára, de mikor kiszervezték a szolgáltatást, az emberek elmaradoztak. A prevenciós intézmény viszonya a helyi közösséggel jó, ők az egyik szervezői a helyi közösségi életnek, illetve helyet biztosítanak nekik. Ez elősegíti, hogy hátrányos helyzetű emberek ne szegregálódjanak teljes mértékben, itt lehetőségek vannak találkozásokra, bekapcsolódhatnak ők is a helyi közösség életébe.

„Zumbaoktatás van, arra jöhetnek. Jógaoktatás van. Baba-mama jóga van. Tehát több minden van. Tehát hátrányos helyzetű gyerekek focija. Tehát egész nyáron itt gyerek napközis tábor van. Ja, és azon kívül még ez egy közösségi tér is, ahogy az alpolgármester asszony mondta. Ilyen inkubátorházként működik ez. Befogadunk ide olyan civileket, akik itt élnek, működnek, laknak a kerületben és partnerkártyájuk van. Ingyen hozzá lehet jutni.” (prevenciós intézmény, dolgozó)

A családsegítő szolgálatban sok esetben még nem diagnosztizált vagy olyan emberekkel találkozunk, akik nem jelennek meg az intézményes ellátásokban, ezért a családsegítőnek fontos szerepe lehet a prevencióban, megelőzésben, a közösségben tartásban annak érdekében, hogy elkerüljék az egyének az intézménybe kerülését.

A nappali ellátásban jogszabály szerint a helyi közösség is megjelenhet, a kívülállók számára is nyitottak a programok. Valójában azonban ez az ellátás a korábban részletesen ismertetett jogszabályi korlátok miatt zárt. A budapesti és vidéki ellátásban sem jelenik meg célként az adott lakóközösség, a helyi közösség bevonása az ellátás működésébe, a programokba. Célként megjelenik az integráció a közösségbe, de ellátottjaik többsége benne ragad az ellátásban, vagy visszapörög a kórházba, hiszen már régóta veszi igénybe a pszichiátriai ellátórendszert, hospitalizálódott, sok esetben képtelen az önálló életvitelre.

A pszichiátriai átmeneti otthon célja szintén az, hogy visszasegítse az egyént a társadalomba, de maga az intézmény bizonyos szempontból zártan működik, mert bár a lakók bejelentést követően szabadon mozoghatnak, de például szomszédokkal szinte semmi kapcsolat nincs, csak a lakók használják az otthont. Az önálló életvitelt sok szempontból segítik, de főznek, mosnak a lakókra, ami nem segíti az önállóság kialakítását.

A háziorvos alapvetően a helyi közösségben működik, rajta múlhat, hogy a közösségben tartja vagy intézményrendszerbe küldi a beteget. Mivel azonban alternatív lehetőségek szinte nincsenek, ezért az általunk megkérdezett orvos jellemzően szakemberhez irányítja a hozzá kerülő személyeket.

Összességében elmondható tehát, hogy véletlenszerűen, egyéni érdeklődés és szándék alapján megjelennek pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek (pl. gyógyító dobkör, filmklub stb.) a helyi közösségi életben a vidéki kisvárosban, de intézményes szinten ezeket a kezdeményezéseket jellemzően nem ösztönzik. Gyakran az intézményes működés, a kialakított speciális komplex és meglehetősen zárt intézményrendszer, és a homogén közösségek ellehetetlenítik a helyi közösség életében való részvételt. Látunk ugyanakkor pozitív irányú kezdeményezéseket is a dolgozók részéről, mikor együtt kimozdulnak az intézményből a kliensekkel, ami fontos első lépés lehet a helyi tér és közösség megismerésére például egy hospitalizálódott kliens számára.

Felhasznált irodalom

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

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

Bugarszki Zs. (2013). A mentális problémák felépülés alapú megközelítése, *Esély*, (5), 68–85. http://www.esely.org/kiadvanyok/2013_5/bugarszki.pdf

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 4, 11–19.

HOL A HELYÜK A PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT EMBEREKNEK A TÁRSADALOMBAN – EGY FÓKUSZCSOPORTOS VIZSGÁLAT TAPASZTALATAI

Az, hogy milyen ellátások vannak a mai Magyarországon és ezek hogyan működnek, kölcsönhatásban van azzal, hogy a társadalom tagjai hogyan látják a pszichiátriai betegek diagnosztizált embereket. A társadalmi igény befolyásolja az ellátórendszert, és az ellátórendszer működése befolyásolja azt, milyen kép alakul ki az emberek fejében a pszichiátriai betegek diagnosztizált személyekről. A stigmacsökkentés, az emberek érzékenyítése elengedhetetlen egy befogadó, az önállóságra és a minél teljesebb társadalmi részvételt támogató ellátórendszer kialakításához. Kutatásunkban középiskolás fiatalokat kérdeztünk arról, ők hogyan látják a pszichiátriai betegek diagnosztizált személyek helyét a társadalomban, és szerintük kik ők.

A budapesti fiatalok szerint a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak elsősorban köztereken lehetnek jelen. A kórházat ők nem említették, náluk az, hogy ezek az emberek betegek, kevésbé volt hangsúlyos, ők elsősorban a veszélyességet és a másságot látták bennük. Többen említették, hogy furák, furán viselkednek, balhéznak, volt, aki a romákkal azonosította őket. Többször negatív, esetleg semleges, csak egy-két pozitív képzettársítás társult hozzájuk. A pszichiátriai betegségekre szinte csak negatívan asszociáltak, a legtöbben az agresszióval társították, ami a csoport stigmatizáltságának nagyságát jelzi. Voltak ugyanakkor együttérző asszociációk is. Volt, aki szerint az alkoholizmus is beletartozik a pszichiátriai betegségbe. Az asszociált szavak: agresszió, remegés, nyáladás, furcsaság, rendellenesség, tudatzavarodás, tudatlanság, fájdalom, félelem, zárt osztály, tudatlan cselekvés, betegség, alkoholista, zakkantság. Amikor konkrét találkozásait kellett elmesélniük pszichiátriai betegek diagnosztizáltakkal, akkor elsősorban nyilvános helyen, számukra félelmetes helyzetekről meséltek (pl. szípuzó roma nő, különös hangokat kiadó ember a villamoson stb.). A megkérdezett fiatalok többsége azt állította, hogy ők el tudják dönteni valakiről, hogy pszichiátriai beteg-e vagy sem. Úgy tűnik, hogy a drogfogyasztást sokan közülük pszichiátriai betegségnek tekintik, s a roma kisebbséget azonosítják sok esetben pszichiátriai betegként, illetve a konkrét találkozások legfőbb meghatározója számukra a félelem. Mintha a konkrét találkozások elsősorban az előítéleteik mentén történnének, s azok erősödnének meg, s mintha a különböző hátrányos helyzetű, negatív társadalmi megítélésű csoportok között nem tennének éles megkülönböztetést.

A kisvárosi fiatalok szerint köztereken, kórházakban, de családjuk körében is lehetnek pszichiátriai betegek diagnosztizáltak. A pszichiátriai betegségekre a kisvárosi fiatalok is elsősorban negatívan asszociáltak. Bár itt is megjelent a veszélyesség, de kevésbé volt hangsúlyos, mint Budapesten, s itt is megjelent a szenvedélybetegség

mint a pszichiátriai betegség része. Az asszociált szavak: pszichiáter, öngyilkosság, idegbetegség, betegség, összezavarodás, elvont, skizofrénia, depresszió, beteg, veszélyes, zavart, belső labilitás, segítségnyújtás, roham, gyógyszerek, ideg-összeroppanás, kiszámíthatatlanság, szenvedélybetegség. A többségük szerint viszont bárki lehet pszichiátriai beteg, sokan mondták, hogy valami trauma okozza, amit nem tudnak feldolgozni. „Szerintem ezek az emberek valami miatt mások. De hogy ez igazából nem feltétlen baj. És hogy nagyon sokféle” (középiskolás). Úgy tűnik, a vidéki kisváros általunk vizsgált diákjai mintha elfogadóbbak lennének a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyekkel.

Szociálpolitikai javaslatok

1. A pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek passzív szerepének megváltoztatása. Kutatásunk alapján látható, hogy saját akaratból néhány pszichiátriai betegnek diagnosztizált személy képes volt a helyi közösség tagjává válni. Ehhez azonban bizonyos értelemben szembe kellett menniük az intézményes működésmódokkal vagy legalábbis túllépni azokon. A jelenlegi ellátórendszer kiszolgálja, ápolja, gondozza a beteget, amivel jelentősen csökkenti az egyén képességeit arra, hogy kilépjen az ellátórendszerből, s megjelenhessen a helyi közösségben. Intézményi szinten egy olyan megközelítésmód lenne szükséges, ami nem a passzív beteg szerepet erősíti, hanem az önálló életvitelt támogatja. Ez ösztönözhetné valódi sorsközösségek, önszolgáltató, önérték-értvényesítő fórumok létrejöttét.
2. Szomszédsági kapcsolatok: Kutatásunk rávilágított arra, hogy a vizsgált vidéki településen mekkora jelentősége van a mindennapi közösségi életben a szomszédsági kapcsolatoknak. A pszichiátriai intézmények semmilyen figyelmet nem fordítanak arra, hogy kapcsolatot alakítsanak ki a szomszédokkal, holott sok esetben ez az integráció első lépése.
3. A nyilvánosság terein (piac, kocsma, főtér), a helyi közösség tagjaként való megjelenés erősítése: olyan közös szabályok alkotása, amelyek támogatják, hogy a pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyek minél sűrűbben megjelenhessenek azokon a helyeken, ahol spontán interakciók, találkozások alakulhatnak ki.
4. Kapcsolat kialakítása a pszichiátriai ellátórendszer intézményei és a helyi közösségszervező intézmények között, hogy kölcsönösen ismerjék egymás programjait és ösztönözzék a részvételt. Például a művelődési ház által szervezett programok ismertetése a szociális otthonban és a nappali közösségi ellátásban.
5. Családi kapcsolatok erősítése. Az intézményes ellátásba kerülés sok esetben a családi kapcsolatok gyengülését, illetve megszakadását, egyben a helyi közösségből való kiszakadást eredményezi. A nappali és közösségi ellátásban, a vidéki kisvárosban jó gyakorlat, hogy a hozzátartozók rendszeresen megjelennek az ellátásban, gyakori az együttműködés.

6. Nyitott, nem szegregált intézmények kialakítása: Olyan inkluzív, befogadó intézmények létrehozása a helyi közösségben, amelyek nem különítik el a hátrányos helyzetű csoportokat egymástól és a település többi lakójától, amelyek nem csak a kényszer és sorsközösségek mentén, hanem a közös érdeklődés, közös tevékenység alapján szerveződnek, ahol nem csak speciális rendezvényeket tartanak speciális célcsoportok számára. Ennek ad helyet például a közösségi tér a kisvárosban, ami közös érdeklődésen alapuló szerveződések fogad be, ahmelyeken bárki részt vehet. Másrészt a már meglévő pszichiátriai intézmények minél nyitottabbá tétele, oda közösségi és szolgáltatói funkciók telepítése. Például étkezési lehetőség, rendezvényeknek, képzéseknek helyszín biztosítása. A cél, hogy a helyi közösség is használja ezeket a tereket.
7. Előítéletek csökkentése középiskolások körében: Érzékenyítő tréningek tartása, személyes találkozások érintettekkel, élettörténetek bemutatása.
8. Különbőféle terápiák (pl. művészetterápia) a pszichiátriák nyílt és zárt osztályain is. A terapeuták egy alternatív szemléletet hoznak a medikális megközelítés mellé, ami segítheti az egyéneket a közösségi visszailleszkedésben is.
9. A pszichiátriai gondozói jelenlegi rendszer, működés reformja. Valós kapuőr szerep valósuljon meg a társadalmi részvétel megtartása és erősítése érdekében. A pszichiátriai gondozó szoros hálózati együttműködésben dolgozzon a kapcsolódó szolgáltatókkal (terápiás szakemberek, nappali és közösségi ellátás, családsegítő szolgálat, bentlakásos szolgáltatás, háziorvos, helyi önkormányzat, munkaerőpiaci szakemberek), és tevékenysége ne korlátozódjon csupán a gyógyszer felírásra.
10. Olyan szociális intézményi modell kialakítása, ahol egy közös térben vannak a különböző célcsoportokat célzó szociális szolgáltatások, ami egyben közösségi térként is funkcionál. Budapesti kerületi példa adaptálása javasolt! Így intézményes eszközökkel tovább lehetne erősíteni a különböző csoportok közötti találkozást.
11. Érdemes lenne nyitottá tenni nappali klubházakat, ahova a családtagok, szomszédság, helyi közösség tagjai is eljöhetnek. A szolgáltatás igénybevétele ne kötődjön a diagnózis meglétéhez. Válgjon valós céllá a társadalmi részvétel és önálló életvitel. A védett, biztonságos, zárt szolgáltatások helyett nyitott ellátások valósuljanak meg. A szolgáltatások nyitva tartása (pl. hétfőgőn és ünnepnapokon is) igazodjon a szolgáltatást igénybevevők szükségleteihez.
12. Jelenleg a szabályozás és finanszírozás nem teszi lehetővé szociális szolgáltatások párhuzamos igénybevételeét, ami számos esetben az érintett személy szükségleteinek megfelelő kielégítését akadályozza.
13. A pszichiátriai ellátórendszer minden intézményébe, minden dolgozó számára elérhető módon bevezetni (ahol még nem működik) a szupervíziót, illetve a kollégák közötti rendszeres esetmegbeszélést a kiegésző megelőzése és a szakmai munka minőségének garantálása, javítása érdekében.

Felhasznált irodalom

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

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

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

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

60/2003. (X. 20.) SzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

Bugarszki Zs. (2013). A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély*, (5), 68–85. http://www.esely.org/kiadvanyok/2013_5/bugarszki.pdf (utolsó elérés: 2016. 02. 15)

Központi Statisztikai Hivatal. *Pszichiátriai személyek átmeneti bentlakásos intézményeiben működő férőhelyek száma*. <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp> (utolsó elérés: 2016. 02. 15.)

PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLT SZEMÉLYEK TÁRSADALMI RÉSZVÉTELE – NARRATÍV INTERJÚK ELEMZÉSE

Bevezető, eddigi kutatási eredményeink

Az elmúlt években végzett kutatásainkban narratív interjúk technikával pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek élettörténeteit vizsgáltuk. Emellett vizsgálódásainkat kiterjesztettük arra is, hogy milyen életutakat kínál egy pszichiátriai betegek diagnosztizált egyénnek a társadalom, hol és milyen körülmények, normák és szabályok között élhetnek (Bányai és Légmán, 2009). Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint a kvantitatív különbségek, valamint a közvéleményre gyakorolt hatás nagyságrendi különbsége ellenére ma éles határt szab a pszichiátrián belül a felépülésre való törekvés és a felépüléselvet figyelmen kívül hagyó szemlélet. A főáramú, biomedikális pszichiátria ez utóbbihoz tartozik. A kétféle szemlélet kétféle szóhasználatban is testet ölt. A főáramú, biomedikális pszichiátria kulcsszavai: ismeretlen eredetű, örökletes, genetikai, agyi elváltozás, súlyos, psziszimista kórkimenetel, spontán gyógyulás, skizofrénia és válfajai, kis kórkép, nagy kórkép, páciens, hallucináció stb. A felépüléselvű szemlélet kulcsszavai: felhasználó, felépülés, hanghallás, trauma, traumafeldolgozás, környezeti stresszsek, a személyiség erőforrásai, erősségei, a felépülés értékei, poszttraumás gazdagodás stb. (Harangozó et al., 2015) Jim van Os Kiáltványában: *The Schizophrenia doesn't existe* – Online: schizofreniebestaatniet.nl/english – a pszichózis fogalmát állapotként határozza meg: „A pszichotikus állapotban az ember gondolkodását és érzékelését saját személyes érzelmei olyan mértékben »rabul ejtik«, hogy az a többi ember számára megérthetlenné válik. A pszichózis ráadásul együtt jár motivációs, hangulati és értelmi változásokkal is.” Szerinte megfelelő kezeléssel lehetséges a felépülés ebből az állapotból. A Hanghalló módszer is hasonló alapelveket vall. (Budapesti Hanghalló Önségítő Csoport, 2016)

Kutatásunkban soha nem arra kerestük a választ, hogy mi az oka a pszichiátriai betegségnek, hogyan jön létre, hanem hogy hogyan élheti meg ezt az egyén a társadalomban. Hogyan jelenik meg a fogalom a magyar pszichiátriai ellátórendszerben, hogyan képes fenntartani, újratermelni a rendszer az egyetlen érvényes, helyes meghatározásnak tartott betegnarratívát, s mindennek milyen hatása lehet a pszichiátriai ellátórendszerben lévő egyénre.

Mérey Zsoltnak (Hanghalló Önségítő Csoport) hozzátartozóként 28 évi tapasztalata van a rendszer működésével kapcsolatban. A felépülésalapú pszichiátria jó gyakorlatai azonban már hajszáltrepedéseket hoztak létre ebben a rendszerben. A szociális-egészségügyi ellátást integráló közösségi gondozás keretei között a felépülésalapú

pszichiátria igen értékes támogatást kapott a szociális ellátórendszer részéről, amely természeténél fogva eleve felépüléselvű kell, hogy legyen. A Hanghalló módszer magyarországi adaptációjánál is azt tapasztalta, hogy ez az innovatív eszköz a legnagyobb támogatást a szociális ellátásban tevékenykedő szakemberektől kapta. Az ő hathatós támogatásukkal vált lehetővé, hogy megvalósuljon az Ébredések Alapítvány keretében Magyarországon először a felépülésükben jelentős eredményeket elért felhasználók közül tapasztalati szakértők, a hozzátartozóik közül pedig kísérő szakértők képzése. Ezáltal a felhasználók számára lehetőség nyílt arra, hogy már a felépülési folyamat során szakmai szintű munkát végezzenek, és később sikerrel kijussanak az egészségügyi szabad munkaerőpiacra. Nálunk előbbre tartó számos más országban ez már bevált gyakorlatnak számít. Ugyanakkor a jelenlegi rendszer ma is súlyosan befolyásolja a felhasználók sorsát. A jelenlegi rendszerben a lelki egészség problémáival küzdő polgártársunk csak pszichiátriai betegként kerülhet be a szociális ellátórendszerbe. A főáramú pszichiátria által adott diagnózis alapján kapja meg az anyagi támogatást, a diagnózis alapján kap lehetőséget rehabilitációs munkára, védett munkahelyre. Aki nem fogadja el a betegségelvet, az kizárja magát a szociális ellátórendszerből.⁶⁰ Ez a helyzet nem fogadható el, ezen mindenképpen változtatni kell.

Korábbi kutatásainkban azt találtuk, hogy a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülve kényszerítő elvárás, hogy az egyén élettörténete betegségtörténet legyen, az egyén betegként határozza meg önmagát. Azonban a külvilág (gyakran negatív) megítélése és az individuumok saját élményei gyakran nem mesélhetők el egy összefüggő történetként, nem összeegyeztethető a (mindenki által vágyott) pozitív identitás és a betegidentitás (ami jellemzően negatív elemeket tartalmaz). Talán ez is hozzájárul ahhoz, hogy az elbeszélők „betegidentitása” sokszor széttöredezett, ellentmondásokkal teli.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint a felépülésalapú pszichiátria lehetőséget kínál a betegidentitás leküzdésére. A felépülésalapú pszichiátria a betegségelv elvetésével lehetőséget ad a működőképesség megakadásának, a teljes társadalmi szerepvállalás akadályozottságának előítélet- és stigmatizációtól mentes értelmezésére. Művelőinek szemében a felhasználó életvitelében elakadt, komoly szenvedéssel küzdő, segítségre szoruló ember, aki igénybe veszi a felépüléselvű közösségi pszichiátria által biztosított szolgáltatásokat azért, hogy életének irányítását ismét vagy fiatalként éppen először saját kezébe vegye, és belépjen vagy visszalépjen a szabad munkaerőpiacra.

Az állandó betegidentitás jelentős akadálya lehet a társadalomban való megjelenésüknek, részvételüknek is. A betegség narratíva egyrészt magyarázatot ad másságukra, felmenti őket számos társadalmi kötelezettség, elvárás (munka, család stb.),

60 Ez a megállapítás csak a célcsoport-specifikus szolgáltatásokra igaz, hisz minden olyan általános szociális szolgáltatás igénybe vehető diagnózis nélkül, ami nem adott diagnózisú személy, diagnózishoz kötött segítségéről szól (például családsegítés, étkeztetés, házi segítségnyújtás, falu-, tanyagondoki szolgálat (a szerk.).

viselkedésük következményei alól, azonban viselniük kell a pszichiátriai betegség stigmáját, a megbélyegzettség, a kiközösítés, az őket övező félelem, a velük való (sokszor embertelen) bánásmód terhét.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint hozzátartozóként a pszichiátriai betegség stigmájának személyes megélése elsősorban az elszigetelődésben nyilvánul meg mind a régi barátok, mind pedig a családtagok, rokonok részéről. Az anyai szeretet, a diagnózisok kritikus szemlélete nyújtott védelmet a diagnózisok hatalma ellen. A felhasználókat övező félelem alibiként szolgál az egyéb vonatkozásban tapasztalható társadalmi vakság igazolásához – ittas vezetők, családon belüli bántalmazók, iskolai, intézményi bántalmazók, korrupció, fehér galléros bűnözés, háborús bűnösök pl. Seselj felmentése stb.

A pszichiátriai betegként diagnosztizáltak nagy részét leszázalékolják, kizárják a társadalom életéből, és a már meglévő, többé-kevésbé zárt intézményrendszerhez kötik őket (Légmán, 2011). Vajon van-e lehetőség kitörni ebből az ördögi körből?

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint a „rég” rendszer a kényszerűség szülötte: hiányoztak azok az eszközök, melyekkel ezeket az állapotokat és helyzeteket emberségesen lehetett volna kezelni. A felépülésalapú pszichiátria létezése kikényszeríti a rendszer megváltoztatását is. Marius Romme így ír erről: „A társadalmunkban túl sokan és a lelki egészség területén dolgozó szakemberek közül is túl sok szakember még mindig másfajta embereknek tekint minket, a lelki problémákkal küzdőket, nem tekint minket normális lényeknek. Ezt talán azzal az általános szemlélettel lehetne összehasonlítani, ahogyan sok évvel ezelőtt a homoszexuálisokról vélekedtek. A homoszexuálisok megváltoztatták a közvéleményt oly módon, hogy megszervezték magukat, politikai nyomást és a médiát használták fel eszközül az elismertetésük céljából. Ezt a csatát a hanghallóknak még meg kell nyerniük, nekik is ki kell lépniük a nyilvánosság elé s harcolniuk kell azért, hogy teljes jogú polgárnak fogadják el őket. Azonban az elfogadás azzal kezdődik, hogy elfogadjuk önmagunkat, és ez nyilvánvalóvá válik az ebben a könyvben közölt történetekből. A szereplők azt bizonyítják, hogy a hangokkal való együttélés arról szól, hogy elfogadjuk saját magunkat és a másik is elfogad minket egyenjogúsított, teljes értékű polgárnak. Ez azt jelenti, hogy nagyon sok tennivalójuk van még a hanghallóknak a társadalmunkban, és a többieknek is támogatniuk kell ezt a folyamatot.” (Romme et al., 2009)

Eddigi kutatásaink alapján arra jutottunk, hogy akik kevesebb időt töltöttek zárt intézményekben, olyan környezetben élnek, töltenek sok időt, ahol nem elsődleges cél az állandó betegidentitás fenntartása, képesek a pszichiátriai ellátórendszeren kívüli világban élni, és élettörténetük kevésbé betegséggközpontú. Szőke Zsolt (Lélek-Hang Egyesület) szerint a betegségtudat hiánya egyénenként változó viselkedést eredményez, esetében állandó konfliktusban volt a környezetével, mondhatni, haragban volt a világgal. Nagy változást a betegségtudat kialakulása okozott nála, ez tette lehetővé, hogy dolgozzon és stabil párkapcsolatot kialakíthasson. Ő nem látja egyértelműen károsnak – saját tapasztalat alapján –, amikor a betegségtudat, betegidentitás kialakul, és hogy ez kizárólagosan hátrányt jelentene. Felismerése annak,

hogy beteg, elindította őt a probléma megoldása felé. Mérey Zsolt (Hanghalló Önszolgáltató Csoport) szerint a betegidentitás fenntartásának egyik oka az eszköztelenség, tehetetlenség volt (Romme et al., 2009). A felépüléselvű pszichiátria térnyerésével a betegidentitás is fokozatosan veszít létjogosultságából.

A tanulmány célja

Jelen tanulmány célja a pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek társadalmi részvételének vizsgálata. Mérey Zsolt (Hanghalló Önszolgáltató Csoport) szerint érdemes lenne társadalmi részvétel helyett társadalmi szerepvállalást használni – participation in society – a Norvég Alap Lelki egészség projektjéhez hasonlóan talán itt is hasznos lenne a használt fogalmak egységesítése. Pszichiátriai betegnek diagnosztizált személyekkel készített narratív interjúk másodelemzése segítségével próbáljuk feltárni a társadalmi részvételt segítő és gátló tényezőket, hogy milyen akadályok és lehetőségek vannak számukra a társadalomban való megjelenésre, a közösségekben való részvételre. Az eredeti kutatás a Norvég Civil Alap által támogatott projekt („Semmit rólunk, nélkülünk! Hiszem vagy tudom? Csinálom!”) keretei között valósult meg. 30 interjú készült (29 érintettel, 1 hozzátartozóval) pszichiátriai osztályokon, nappali klubházakban, lakóotthonokban, kávézókban, az érintettek lakóhelyén és védett munkahelyeken 2013 novembere és 2014 februárja között. Ebből nyolc interjú elemzése valósult meg⁶¹.

Célcsoport

Ez a jelenség nem kizárólag orvosi kérdés, számtalan társadalmi vonatkozása van. Olyan alapvető társadalomtudományi témák vizsgálhatóak a jelenség kapcsán, mint a stigmatizáció, a kizárás, az integráció, az inklúzió, az esélyegyenlőség, a társadalmi láthatóság és a társadalmi részvétel, a közösségek és a családok működésmódjai stb. Jelen kutatásban az érintetteket úgy kerestük meg mint pszichiátriai betegnek diagnosztizáltakat, olyanokkal készítettünk interjút, akik pszichiátriai diagnózist kaptak, s valamilyen formában, hosszabb-rövidebb időre megjelentek a pszichiátriai ellátórendszerben.

61 Az interjúkat készítették: Bencsik Orsolya, Csabai Lucia, Cserti-Szauer Csilla, Egri Tímea, Kálbli Katalin, Kiss Eszter, Kondor Zsuzsa, Marjai Kamilla Diána, Miklós Ildikó, Nagy Dóra, Peredy Márta, Perlusz Andrea, Sándor Katalin, Sátor Hajnal, Subáné Tóth Csilla, Svastics Carmen, Torontáli Nóra.

Az elemzés résztvevői voltak: Aczél Zsófia, Gombos Gábor, Gyarmati Andrea, Légmán Anna, Peredy Márta, Perlusz Andrea, Svastics Carmen, Vályi Réka.

- Hogyan támogatják vagy akadályozzák a társadalomban hagyományosan megélvő közösségek (pl. iskolai osztály, család, munkahelyi közösség) a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek társadalmi részvételét?
- Hol vannak a társadalmi integráció (szegregáció) terei a pszichiátriai betegek diagnosztizált emberek interjúiban?
- Ezek a terek mennyire tudnak befogadó, elfogadó közösségként működni, illetve melyek azok a jellemzők, amik miatt úgy tekintenek rájuk, mint a befogadás megélésére alkalmas helyekre?
- Vajon a pszichiátriai ellátórendszer intézményei hogyan jelennek meg az érintettek elbeszéléseiben, s mennyire segítik, illetve gátolják társadalmi részvételüket?

Módszer

A narratív életútinterjú nem a „hagyományos” értelemben vett interjú, itt az interjúalany strukturálja az élettörténetét, szabadon mesél (az interjúalany határozza meg, mik az élettörténetének elemei, eseményei, helyszínei). Az interjúkészítő végighallgatja az alany elbeszélését, kizárólag metakommunikációs eszközökkel segíti a történetmesélést. A főnarratíva lezárásakor visszakérdez az interjúalany által elmondottakra. A narratív interjú módszer lehetővé teszi, hogy ne előre meghatározott jellemzők mentén vizsgáljuk a pszichiátriai betegek diagnosztizáltak társadalmi részvétele kérdéseit. Az individuum felől közelítő biográfiai módszerrel a társadalmi jelenségek keletkezésének és működésének folyamatai is elemezhetővé válnak, mivel nem a már meglévő normákat, szabályokat alkalmazza a kutatás folyamán, hanem éppen azokat vizsgálja. A biográfiai módszer előfeltevése, hogy az individuumok is hatással vannak a társadalomra, az egyén és a társadalom kölcsönhatása folyamatos. Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport): a Hanghalló módszer egyik pillérét képezi az életesemények és a hangjelenségek kapcsolatának tudatosítása: lásd ezt a felépüléstörténetekben.

Jelen interjúk elemzésekor beazonosítottuk a szövegekben található közös mintázatokat, elemeket. Az interjúkban található biográfiai adatokból (élettörténeti tényekből) kigyűjtöttük azokat a társadalmi intézményeket, helyeket, tevékenységeket, ahol vizsgálhatóvá válnak a társadalmi részvétel folyamatai, feltárva ezzel a társadalmi inklúzió lehetséges terepeit. Végül feltártuk a társadalmi részvételt segítő és gátló tényezőket.

Interjúalanyainknak az interjú készítése előtt elmondtuk, hogy egy kutatás keretében pszichiátriai betegek diagnosztizált emberekkel készítünk interjúkat és élettörténeteikben azt vizsgáljuk, hogyan tudnak a társadalomban élni. Szeretnénk, ha ennek keretei között elmesélnék élettörténetüket.

Kutatási eredmények

A pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberekkel készített narratív interjúk másod-elemzésének első lépésekor azonosítottuk az interjúkban azokat a tipikusnak mondható eseményeket, amelyek több interjúnak is jellemzői voltak.

Közös minták az élettörténetekben

Traumatizált gyerekkor

Az interjúalanyok többségének elbeszélését meghatározta a traumatizált gyerekkor. A stabil szeretetkapcsolatok hiányáról számoltak be, ahol nincsen biztonság, otthonosságérzés.

„Így ’77 és ’82 között voltak ilyen történetek rendszeresen, hogy én mentem ki éjszaka, mert így hallottam, hogy az anyukám sír. Tehát hogy ez így tényleg ilyen nagyon erős emlékem, hogy ez van, és az anyukám nem akarta elmondani, hogy mi van, csak azt állandóan mondta, hogy kiugrik az ablakon. De hogy ez tényleg ilyen mindennapos volt.” (Anett)⁶²

„Anyukám tábort vezetett ilyen kamaszoknak, akik – sérült kamaszoknak, s közben meg azt nem vette észre, hogy én mondjuk tele vagyok sebhelyekkel. Mondjuk úgy, csuklótól vállig, mind a két kezem. Tehát hogy így – Ugyanakkor lehet, hogy észrevette, csak így, nem, nem tudom.” (Dóra)

Mindez megvalósulhat túlzott vagy teljesen hiányzó keretek között, teljes szabálynélküliségben vagy szigorú rendszabályokkal.

„Azt csináltam, amit akartam. Tehát egy idő után meg tényleg azzal szórakoztam, hogy meddig mehetek el az iskolában. És az derült ki, hogy bármeddig. És ezt otthon is eljátszottam. Tehát mondom, én elköltöztem egy barátnőm apukájának a tök üres lakásába 16 éves koromban és bevállaltam, hogy majd én tanítok. Magántanítványaim lesznek, tehát fenntartom magam. És abba se szólt bele senki. Tehát hogy nem volt egy ember a családban, aki azt mondta volna, hogy hello.” (Anett)

„Hát, elég szigorú szüleim voltak (nevetve). Ugye, egy katona meg egy tanár így együtt. Hát, nagyon keményen fogtak engem. Nem nagyon engedtek el úgy sehova.” (Katalin)

62 Az interjúkat anonimizáltuk.

„Ilyen szabadszellemeű családban nőttem föl, ami egyrészt nagyon jó volt. Felnőttként kezeltek. Abszolút nem voltam beszabályozva. Ezek a jó részei. A rossz részei azok, hogy egy csomó olyan dologba belekeveredtem, amibe egy gyereknek nem kellett volna. Éppen ezért nem nagyon tudtam a határokat tartani. Mindig is probléma volt, hogy... Többek között a házasságom is ezért ment tönkre. Nem voltak kapaszkodók ez ügybe, hogy akkor most ki a barát, ki a felnőtt, ki a gyerek.” (Dóra)

Egyéni menekülési útként néhány elbeszélésben az iskola jelent meg, az iskolai teljesítmény, illetve az iskola utáni elfoglaltságok, amelyek egyfajta pozitív énképet s az otthontól való elszakadást, valamiféle menedéket jelenthettek. Ugyanakkor sokak számára az első találkozások az intézményekkel, óvodával, iskolával rosszul sikerültek, egyből egyfajta kívülálló szerepbe kerültek, nem találták a kinti világban sem a helyüket.

„Ó, mondom, éljen, én imádok tanulni.” (Zsuzsa)

„Szóval, próbáltam lefoglalni magamat, hogy nem figyelni annyira rájuk, és mindenféle szakkörön részt venni. Jártam néptáncra. Jártam gitárórákra, heti kétszer. Jártam szolfézásra, heti kétszer. Akkor énekkarba jártam. Könyvtárban nagyon sok időt töltöttem. Szerettem ott böngészni, meg ott csend volt, meg nyugalom. / Ott nem bántott senki (nevetve). Se az osztálytársak, se a tanárok, se a szüleim. Úgyhogy ez itt, tripla biztonság volt.” (Katalin)

„Ja, hát óvodába rohadtul utáltam járni, fiúnak néztek, tépték a hajam. Nem volt barátom. Gyűöltem, gyűöltem.” (Andrea)

A társadalomnak ugyanakkor az interjúalanyok elbeszélései alapján úgy tűnik, hogy nincs adekvát válasza ezekre a helyzetekre, többnyire magukra hagyja ezeket a gyerekeket, családokat.

Bántalmazás gyermek- és/vagy felnőttkorban

Sok interjúalanynál már gyerekkorban megjelenik egy bántalmazó felnőtt, az egyik szülő vagy a család egy barátja képében. Kiszolgáltatott, védtelen gyermekek jelennek meg az elbeszélésekben, akik nem tudnak kihez fordulni segítségért.

„Tehát semmilyen szülői kötelességét, vagy semmilyen, így szinte kikelt vagy kifordult magából és akkor rengeteg mennyiségű alkoholt megivott. És nagyon sok rossz dolgot művelt. Nagyon agresszív volt. Tehát általában engem próbáltak elvinni a család bizonyos tagjaihoz, hogy ne... de nagyon sokat voltam vele, nyilván. És akkor ennek általában az lett a vége, hogy annyira kiütötte magát, egy, két, három hét vagy hónap után, gyerek voltam, tehát

nem emlékszem pontosan, de így egy viszonylag rövid periódus után, hogy pszichiátriára kerültünk annyit ivott. (...) Hát, tehát kezdve attól, hogy rondán beszélt, vagy megvert nagyon sokszor. >Nem tudom.< Tehát hogy így elkezdett terrorizálni. (Márta)

Bizonyos esetekben ezek a gyerekkori bántalmazások felnőttkorban bántalmazó párkapcsolatok formájában élnek tovább.

„Elég sok molesztálásom volt és hát emiatt nem is igazán, nem tudok bízni bennük, meg ---- igen.” (Dóra)

Az elbeszélések többségében ezek a bántások tabuként elhallgatásra kerültek vagy gyerekként nem bántásként élték meg ezeket az eseményeket.

„Apukámnak lett egy barátnője és otthon nagyon nagy balhék voltak. Nagyon furcsa, hogy mikre emlékszik az ember és mi az igazság. Tehát én tisztán emlékeztem arra, hogy engem vertek. / És engem állítólag soha nem vertek (...) 16 évesen tudtam meg, hogy apukám fölakasztotta magát és a szomszédunk élesztette újjá.” (Andrea)

Az elbeszélésekben külső, intézményes beavatkozások a gyerekkorban jellemzően nem történtek.

Önsértés, öngyilkosság

Az élettörténetek jellemzői az önmaguk ellen elkövetett bántások is. Talán figyelemfelhívásként, segítségkérésként, talán büntetésként a maguk vagy az elhanyagoló környezet számára. Vagy csak egyfajta mintakövetés volt ez, az erőszakos környezetre reakcióként.

„13 éves koromban már, én már nagyon, akkor már falcoltam, nagyon durván. Sőt, talán akkor falcoltam a legdurvábban. >Megvagdostam magamat.< Tehát hogy ilyen önsértés, drog, alkohol. Kicsit korán kezdtem. Ami akkor tök nagy dolog volt. Meg (...) hogy nekem milyen szuper, nekem mindent lehet.” (Dóra)

Szerhasználat

Szinte az összes történetben fontos elemként jelenik meg valamilyen szer vagy alkohol használata. Sok esetben már a szülők történetében is jelen van, de segítség nincs a társadalom részéről, s így bizonyos formában továbböröklődik ez a fajta tevékenység.

„És most már nincs olyan sok vita, mert amíg apám élt, addig ők vállalták be anyuval ezt a karácsonyozást. És állandóan veszekedtek mindenen. Az ételek ízesítésén, mennyiségén, minőségén, mindenén. Mindenén folyton összevesztek, meg hát utána alkoholba fojtották a bánatot.” (Katalin)

„Meg édesapámat nagyon nagy kellemetlenségek érték a munkahelyén és akkor elkezdett iszogatni. Hát komolyan, aztán komolyan alkoholista lett. Végülis egy fizetésből éltünk négyen. (...) Tehát nekem az alkohol ilyen, mondta is egy pszichiáter, hogy az alkohol sok depressziósnak, azt hiszi, hogy gyógyszer. Még az elején, hogy egy kicsit tudja magát kiegyenlíteni. De ez már egy kicsit eldurvult, ez az alkohol téma.” (Zsuzsa)

„Hát gyerekkoromban, tehát hogy az édesanyám alkoholista volt és ő nagyon sokat volt kórházban emiatt. Úgyhogy ez a gyerekkoromnak egy nagyon fontos része vagy meghatározó része volt.” (Márta)

„Aztán a továbbiakban, hát a 7. osztályban megismerkedtem a marihuánával és az a két évet végigkísérte, ezen kívül még körülbelül 3 éven keresztül napi fogyasztója voltam ezeknek a drogoknak. Illetve még voltak a partidrogok, amiket próbáltam és éltem velük. Ezek a tudatomat, a gondolkodásmódot hol visszavetették, hol módosították. Ez rossz kapcsolatot eredményezett a családban, a barátokkal, megszűnt a kapcsolatom a családdal, a barátokkal.” (Róbert)

„Tényleg nagyon ilyen két kiscopfos jó kislány voltam, meg mindentől fostam, nagyon hamar rájöttem, hogy, hogy a pia mennyit segít. És akkor szép voltam, bátor voltam, erős voltam. Elkezdtem tök egyedül kocs mázni.” (Andrea)

Mintha a mentális problémák sok esetben együtt járnának az alkohol- vagy a kábítószer-fogyasztással. Van, akinél a szerfogyasztás váltja ki a mentális problémákat, másrészt van, hogy a mentális problémákat (szorongást, rossz hangulatot) próbálják meg valamilyen szerrel (jellemzően alkohollal) kezelni az interjúalanyok.

Pszichiátriai betegség

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint az interjúalanyoknál a pszichiátriai betegség fogalmának megjelenése a biomedikális pszichiátriai szemléletet tükrözi. Megváltozik a helyzet azoknál, akik a felépülésalapú pszichiátriával kerülnek érintkezésbe. Az önmeghatározás megváltozása maga is folyamat, melyet a Hanghalló Önségítő Csoportokban volt alkalmam elősegíteni és megfigyelni. GOÁMÁ: A felépülés útjára lépve a felhasználók új identitást alakítanak ki maguknak. A szakma, a közigazgatás és a közvélemény megbélyegzését elfogadó önstigmatizáció helyett, helyzetüket egy különböző gondok által okozott, az önálló életvitelt akadályozó,

átmenetileg megváltozott állapotként határozzák meg, melyből saját erőfeszítéssel és a közösségi ellátás által nyújtott szolgáltatásokkal lehetséges a felépülés (GOÁMÁ: gondok okozta átmenetileg megváltozott állapot) (Budapesti Hanghalló Önségítő Csoport munkaközössége, 2016).

Az élettörténetek többségében meghatározó a szerepe, néhány esetben azonban szinte alig jelennek meg adatok a pszichiátriai betegséggel kapcsolatban. A pszichiátriai ellátórendszer forgóajtós rendszerként jelenik meg, az interjúalanyok nagy része rendszeresen használja, ahonnan néha ki-, majd újra visszakerülnek, bolyonganak az egészségügyi és szociális rendszerben, a különböző szolgáltatások között, de végleg elhagyni jellemzően nem tudják őket.

„Én összesen, az is érdekes, a múltkor számoltam össze, tízszer voltam eddig kórházban. Tehát amikor, de minden alkalommal önként és dalolva, illetve hát dalolni akkor nem tudtam / amikor bementem (nevetve) és kifele meg mindig könyörögtem, hogy még egy hetet hadd maradjak --- hát, tiszta hülye. Igen, mert én imádok közösségbe’ lenni. Tehát a legelején persze én nem vagyok jól. Tehát akkor én fekszem ott, meg nem tudom mi.” (Zsuzsa)

„Olyan rossz élményem volt a kórházban, tehát annyira leszedálják az embert, hogy tehát olyan, mint egy zombi. Tehát én akkor elhatároztam, hogy soha többet az életbe nem kerülök kórházba, inkább otthon, valahogy gyógyszerrel vagy a család segítségével vagy bárhogy, de kimászom ebből, mert én az életbe’ nem akarok kórházba visszakerülni.” (Katalin)

Sok esetben a tünetek beazonosítását bizonytalannak látják, nem biztosak a diagnózisban.

„Tehát háromszor voltam fél évet pszichiátrián. (...) a száz baj a Tündérhegyen. Az utolsót most fejeztem be, két hónapja. Hát, mindig egyfajta ilyen krízishelyzet hozza elő, hogy annyira eldurvuljon, hogy énnekem be kelljen mennem. ----- Nem tudom, a diagnózis, az kell, vagy mégsem muszáj? Mert van belőle vagy öt. Tudod, mindig adnak egyet hozzá.” (Dóra)

Meglepően gyakori, hogy a pszichiátriai betegség többeknél már gyerekkorban is jelen van – nyíltan, vagy sejtethetően a családban – a szülők, nagyszülők esetében.

„És akkor édesanyám 49 éves volt, egyre betegebb lett. Utólag derült ki, hogy nagyon komoly depresszióval, tehát én örököltem a hajlamot.” (Zsuzsa)

„Anyám akkor már egy idő után meg, tehát megbolondult vagy megőrült. Tehát hogy látszott, hogy nem beszámítható egyáltalán. Úgyhogy és aztán egy pszichiátrián halt meg.” (Márta)

„Tehát dédmamámig visszamenőleg bipolárisnak diagnosztizált mindenki, a dédmamám, nagymamám, apukám. Illetve a nagynéném is.” (Andrea)

„És azért nem tudok kiemelni semmit, hogy mintha ez lenne a normalitás, hogy az embereknek az anyukájuk is pszichés beteg. / Az apukájuk is ott-hagyja őket (nevetve). * ----- Jó, az nem normalitás, hogy az ember testvére meghal.” (Anett)

Így mintha egyfajta természetes folytatása lenne saját mentális problémájuk a családi „hagyományoknak”, a család „túlélési” stratégiájának.

Összességében megállapíthatjuk, hogy a negatív családi minták: a bántalmazás, szerhasználat, a pszichiátriai betegség, jellemzően mintha sok esetben továbböröklődnének a szülőkről a gyerekekre. Az interjúalanyoknak, úgy tűnik, nincs igazi gyerekkoruk, s ennek következtében soha nem tudnak igazán felnőni sem. Talán ezek a negatív szocializációs folyamatok kívülről jött támogatások hatására megszakíthatóak lennének.

Ajánlás: a prevenciónak már gyerekkorban kiemelt jelentősége lehet, a mentális jóllét fogalmának megismerésével, a veszélyeztetett családok felderítésével és segítségével, mert ezek a negatív folyamatok úgy tűnik, akár több generáción keresztül kísérnek egy-egy családot. Interjúalanyaink családi környezetében sokféle formában jelentek meg a különböző mentális problémák. Érdemes lenne az iskolákban a mentális egészséggel kapcsolatos tudás átadása, az iskolások és a pedagógusok érzékenyítése a mentális egészség és problémák kapcsán, a kortárs segítség megvalósítása.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) az érzékenyítés – melyre vonatkozólag az Ébredések Alapítvány több kezdeményezésben is részt vett – legfőbb feladatának a két ellentétes pszichiátriai irányzat tudatosítását tartja: meg kell ismertetni az érintetteket a felépülésvlő és a főáramú biomedikális pszichiátria által használt két különböző fogalomrendszerrel. Az önmegküzdési mechanizmusok erősítése és a betegnek diagnosztizáltak esetén a passzív, betegszerepből való kitörés elősegítése. Szőke Zsolt (Lélek-Hang Egyesület) szerint sajnos van olyan beteg, aki ebből nem hajlandó kitörni, a betegségnek vannak előnyei is. A pszichiátriai intézményrendszerben olyan átjárható szolgáltatások működtetésére lenne szükség, amely képes a mentális problémákkal és az alkohol- és kábítószer-fogyasztásból eredő problémákkal is foglalkozni.

A társadalmi részvétel terei

Mik a társadalmi részvétel terei az interjúalanyok elbeszéléseiben? Hol vizsgáljuk a társadalmi részvételt a narratív interjúk alapján? Mik azok a helyek, intézmények, amik különösen fontosak a pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek társadalmi részvétele szempontjából saját megítélésük szerint?

- Társadalmi intézmények: óvoda, általános és középiskola, egyetem
- Lakóhely: otthon, család – gyerekként és felnőttként
- Szabadidős helyek: közösség, barátok, ismerősök
- Pszichiátriai intézmények
- Munkahelyek

A társadalmi részvételt segítő és gátló tényezők

Az élettörténetek alapján úgy tűnik, hogy a társadalmi részvételt segítő és gátló tényezők terepei elsősorban a család, a munka és a különböző formális és informális közösségek. Interjúalanyaink gyermekkoruk jellemzően zaklatott, több esetben traumatikus, korán felnőtt szerepbe kényszerülnek, gyakran hiányzik az életükből, szétesik körülöttük a család, vagy egyben marad, de sehogy sem képes biztonságos, meleg otthont nyújtani. Sok esetben az első intézményes élmények (óvoda, iskola) is csak tovább fokozzák ezt a bizonytalanságot.

A család, a munka és a közösségi élet tereiben is számtalan kudarc és visszautasítás éri interjúalanyainkat, ugyanakkor úgy tűnik, hogy nem adják fel. Felépüléstörténetük legfőbb alapja, társadalmi részvételük legfőbb segítő tényezője, hogy a betegsérepen túl próbálnak más szerepekben (anyaság, munka, hobbi, párkapcsolat), terepeken is megjelenni.

„Tehát a gondolataim így nem, nem negatív irányba mentek el, hogy azon rágódjak, hogy most ki bántott, miért bántott, mikor bántott, mikor fog megint bántani, hanem csak azzal foglalkoztam és arra koncentráltam minden erőmmel. És a mai napig ezt csinálom, hogy olyan vehemensen foglalkozom a hobbijaimmal, hogy annyira lefoglál, hogy már nem annyira érdekel, hogy mit mondanak rólam. Vagy hogyan próbál bántani vagy keresztbe tenni bárki, mert azzal foglalkozom, amit szeretek.” (Katalin)

„Próbálok talpon maradni, dolgozni, tanulni. Tehát nem ragadok bele ebbe, hogy így én beteg vagyok, és akkor majd gondoskodik rólam az anyám vagy az állam vagy valaki. De hát emberi kapcsolatokban is kéne küzdenem, hogy legyen.” (Dóra)

„A kerület nagyon jó ilyen szempontból. Nyugdíjasoknak ingyen számítógépes tanfolyam, elmentem. Ingyenes. Jó, ha hetente kétszer járok. Akkor az ingyenes angoltanfolyamot elkezdtem. Akkor majd egy éve van a jóga, ahol járok oda. Akkor minden, ami ingyenes dolog, azt én felfedezem.” (Zsuzsa)

„Ja, itt dolgoztam, ez életem második normális munkahelye. / Nagyon megbecsülöm (vidáman) és én így tényleg az utcáról kerültem ide, vagy a munkügyi központon keresztül. Kurva büszke voltam rá.” (Andrea)

„Tehát akkor érzem tényleg, hogy van értelme az életemnek, mikor festek.”
(Andrea)

„Szóval hogy egy csomó állapotot csak így lehetett túlélni szerintem. Hogy futottam. A feszültségeimet csak ezen a fizikai módon tudtam levezetni, és ha ez nem lett volna, akkor --- nyilván találtam volna más módszert. Ehhez képest a futás sokkal jobb.” (Anett)

Több interjúban is hangsúlyos szerepe van a sortársakkal való kapcsolatnak, a sorstárs segítségnek. Egyrészt, amikor őket segítette, hogy mások is hasonló helyzetben vannak, másrészt, hogy ők is megjelenhetnek segítő szerepben is.

„Tehát, amikor így máson kellett segíteni, akkor, akkor úgy össze tudtam magam szedni. Vagy mondjuk, amikor Marci tényleg kicsi volt, és éppen nem voltam rosszul és volt hozzá türelmem, akkor tök jól működtem.” (Andrea)

„És akkor találtam egy közösségi oldalszerűséget. Ilyen sorstársi segítő. A mai napig működik, meg jóba vagyok a Judittal. De ott megismertem embereket és akkor továbbpörgettem magam ezen.” (Andrea)

Saját tapasztalataikkal tudnak segíteni a hasonló problémákkal küzdőknek, másrészt a pozitív identitásuk egy fontos alapja lehet, hogy ők is képesek másokon segíteni.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önsegítő Csoport) szerint a tapasztalati szakértők kulcsszerepét a külföldi tapasztalatok egyhangúan igazolják. Számos országban, így például Kanadában, Angliában, Hollandiában a tapasztalati szakértők tevékenységét rövid tanfolyam alapján egyetemi diplomával elismerik, az egészségügy területén végzett munkájukat az általános szabályok szerint bérezik. A felépülési folyamatban sikeresen haladó vagy már felépült tapasztalati szakértők példája, tanácsai, visszajelzései, útmutatásai nemcsak hitelességükben nélkülözhetetlenek, hanem hatékonyságuk is felülmúlja a segítség minden egyéb formáját. Remélhető, hogy Magyarországon is megtörténik a tapasztalati szakértők tevékenységének és munkájának törvényi szabályozása, melynek nyomán további csoportok indulhatnak, és az azokban kiképzett tapasztalati szakértők segíthetik a rászoruló felépülését. A hozzátartozókból pedig kísérő szakértők válhatnak. Az Ébredések Alapítvány említett képzésében részt vett hozzátartozók közül többen jelenleg segítő beszélgetések formájában vesznek részt Harangozó doktornő felhasználóinak segítségével. Természetesen ennek a tevékenységnek is lehetnének az önkéntességen túlmenően törvényileg szabályozott fizetett formái.

„Most ott tartunk, hogy hál’ istennek a gyógyszerelés is minimális, és rohamosan javul az állapotom. Van megint újra életcélom, próbálom követni azokat, próbálok segíteni másoknak.” (Róbert)

„De magához képest borzalmas volt. És akkor el is ment, akkor rábeszéltem, hogy menjen el pszichiáterhez. Akkor el is ment és az meg nagyon jól működik. És akkor most már ott tartunk, hogy így ő is rendesen mondja, hogy mi van vele. Hát az kb. az a kamaszkor, ami nekem volt. És ez is olyan újra, hogy azonnal levette, hogy most van valaki, aki rá reagálni tud. De azért mégiscsak úgy gondolom, hogy egy csomó mindenben sokkal, hát egyrészt hitelesebb lehetek, másrészt meg jobban értem.” (Anett)

„Meg az, hogy ott ugye sok más hozzám hasonló ember volt és hogy láttam, hogy mások is csinálnak hülyeséget. Láttam, hogy azt például, hogy én életbe vagyok, az már egy teljesítmény. Tehát egy csomó, velem, vagy úgy mondom, hogy hozzám hasonló ember, akár nálam sokkal öregebb, még mindig a szüleikkel éltek, merthogy nem tudnak dolgozni, például. Tehát hogy láttam magamról pozitív, tehát tudtam magamra pozitív példát is. Úgyhogy (...) Van amit jól csinálok, vagy van amit ----- Én legalább küzdök, tényleg. Tehát azt gondolom, hogy küzdök.” (Dóra)

Segítő tényezők (az interjúkban)

1. A betegszerepen kívül az egyén más, cselekvő, „felnőtt” szerepben is megjelenik a saját történetében. Hol lehetséges ez? Az interjúk szerint a munkahelyen, saját családban, szülővé váláskor, házastársi, baráti, sorstársi – különböző horizontális kapcsolatokban. A hobbik, művészet, vallás, nyelvtanulás – az önmegvalósítás segíthet ebben. Fontosak számukra azok a helyek, ahol elfogadják őket úgy, ahogy vannak, ahol a közösség teljes jogú tagjaként vehetnek részt, anélkül, hogy csak és kizárólag betegként tekintenének rájuk.

Ajánlás: A pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek hozzásegítése ezekhez a szerepekhez, lehetőségekhez, tevékenységekhez, helyekhez. Fontos, hogy mindez ne csak betegkörnyezetben valósuljon meg, hiszen akkor nincs igazi elszakadás a betegszereptől. Szőke Zsolt (Lélek-Hang Egyesület) önszegítő csoportot, egyesületet vezet 15 éve, számára nem jelentett gondot a betegkörnyezet, végezte a munkáját. Neki sokat adott ez a lehetőség, az, hogy betegek között volt, előrevitte, nem hátráltatta. Betegkörnyezetben is el lehet szakadni igazán a betegszereptől, nincs szigorúan vett összefüggés a kettő között. A kulcsát ennek a problémának ott látja, hogy a beteg merjen felelősséggel vállalni feladatokat. A betegszerep egyfajta részévé válhat a másfajta szerep is, pl. a munka egy védett munkahelyen a betegtársak körében vagy a festés mint terápia. Fontos lenne, hogy olyan rugalmas szolgáltatások is legyenek az ellátórendszerben, amelyek az egyéni preferenciák alapján segítik az egyént megtalálni egy helyi közösségben, közegben a helyét, kitorve ezzel a zárt betegkörnyezetből. Szőke Zsolt (Lélek-Hang Egyesület) szerint nem kizárólag zárt világ ez, a Lélek-Hang Egyesület mindig egy nyitott, befogadó, megértő betegkörnyezet, csoport volt. Az alap egészségügyi és szociális intézményeken túl más társadalmi csoportokkal közös

találkozási helyek elősegítése, rugalmas, egyénre szabott, a közösségben működő, bárki számára igénybe vehető helyek, ellátások, szolgáltatások (pl. művelődési házak, kerületi, helyi közösségi terek).

2. Terápiás közösségek, önszorgító csoportok, ha azok tényleg közösség élményt adnak.

Ajánlás: Fontos, hogy terápiás közösségek, csoportok az ellátórendszer minden elemében megjelenhessenek (pl. zárt pszichiátriai osztályokon is, lásd Nyíró Gyula Kórház). A Hanghalló Önszorgító Csoportok 2012 májusától kezdve Budapest, Székesfehérvár, Debrecen, Veszprém, Kecskemét közösségi pszichiátriai ellátó központjaiban alakultak meg. Több próbálkozás forráshiány, illetve egy központ a pszichiátriai szakemberek elutasítása miatt hiúsult meg.

Gátló tényezők (az interjúkban)

1. Bizalmi, stabil szeretetkapcsolatok hiánya (szülő, társ, barát).
2. Társas szocializáció, közösség, valahová tartozás hiánya, magány, meg nem értettség (stigma) – nincs csak orvos körülöttük és/vagy csak a szűk család, hiányzik a szociális szféra, a természetes megtartó közösségek, emberek. Mérey Zsolt (Hanghalló Önszorgító Csoport) szerint csoporttagjaik között vannak olyanok, akik vallási közösségben megértésre és támogatásra találtak. Ugyanakkor előfordult, hogy bizonyos vallási elképzelések akadályozták a hanghallók elfogadását.
3. Figyelem hiánya: nem figyel senki se rájuk igazán, nem kapnak támogatást, segítséget, csak akkor, amikor nagy baj van, és/vagy nem megfelelő segítséghez jutnak.
4. Kapcsolódási nehézségek, beilleszkedési problémák, párkapcsolati nehézségek – nincs befogadó közösség, egyenrangú interakció a felek közt. Mérey Zsolt (Hanghalló Önszorgító Csoport) szerint az asszertív és resztoratív technikák elsajátítását szolgáló tréningek fontos részét képezik a közösségi ellátásnak. Külön kell foglalkozni a párkapcsolati bántalmazás kérdéseivel, az ellene való védekezéssel, az ebből fakadó traumák feldolgozásával.

Ajánlás: Jellemzően a pszichiátriai betegnek diagnosztizált emberek egyik legnagyobb problémája a magány, a valódi emberi kapcsolatok hiánya, amit a szociális és egészségügyi intézmények sok esetben kevésbé tudnak orvosolni. Fontos lenne a már meglévő helyi közösségi intézmények (pl. közösségi házak) szolgáltatásainak igénybevételehez segíteni őket, a zárt, csak a pszichiátriai betegek által igénybe vehető szolgáltatások (pl. nappali klubok) mellett, illetve lakóhelyi szinten valamiféle egymást minél személyre szabottabban és rugalmasabban szorgító (laikusokat is bevonó) hálózat kialakítása. Emellett fontos szerepe lehet a sorstárs segítésnek is, érdemes lenne nagyobb hangsúlyt fektetni rá.

5. Passzív, beteg, gyerekszerep, önállótlan, felnőtt élet hiánya

Ajánlás: Jellemzően a jelenlegi magyarországi pszichiátriai (szociális és egészségügyi) ellátórendszer az önállótlan betegszerepet erősíti az egyénben. A pszichiátriai betegkarrier végállomását jelentő pszichiátriai szociális otthonokban

például teljes ellátást kapnak a lakhatáson túl a lakók (főznek, mosnak rájuk), cserébe viszont sok esetben mások döntenek életük alapvető kérdéseiről (pl. szabad helyváltoztatás, lakótársak megválasztása, mások által megalkotott napirend stb.), akárcsak a gondnokság esetében, ahol alapvető emberi jogaik egy részéről kell lemondaniuk. Érdemes lenne olyan ellátórendszert létrehozni, ami személyre szabottan támogatja az egyént a minél önállóbb életvitel kialakításában, a minél teljesebb társadalmi részvételben (pl. támogatott döntéshozatal, helyi közösségek természetes részeként megvalósuló szolgáltatások vagy akár lakhatás lehetőségének megteremtése számukra).

6. Családtag betegkarrierje a minta.

7. Orvosi terápia, kórházi ellátás nem megfelelő (nem figyelnek rájuk, erőszak, legyógyszerezés, passzivitás).

Ajánlás: Sok szempontból a pszichiátriai ellátórendszer intézményei zártan működnek, s ez visszaélésre ad lehetőséget, emellett kiszakítják az egyént a megszokott környezetéből, közösségéből, ahova gyakran soha többé nem tud már visszatérni. Érdemes lenne az adott keretek között nyitottabbá tenni a különböző intézményeket (pl. nappali klubok kinyitása, helyi lakosok számára is kínálhatnának vonzó szolgáltatásokat stb.). Emellett az ellátórendszer jelenleg csak az egyént kezeli, a család, az őt körülvevő környezet jellemzően nem kap segítséget, támogatást, gyakran még megfelelő információkhoz sem jutnak.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint a felépüléselvű pszichiátriai szemlélet teljesen új megvilágításba helyezi a családterápiát és a pszchoedukációt. Az Ébredések Alapítványban működő Hozzá tartozói Önségítő Csoport is a felépüléselvű pszichiátriai szemléletnek megfelelően tevékenykedik.

Olyan szolgáltatások elősegítése, amelyek a környezetet is bevonják a kezelésbe, őket is támogatják vagy akár erőforrásként használják a családot, a szomszéd-sági kapcsolatokat.

8. Pszichiátriai betegkarrier domináns (forgóajtós modell: otthon és kórház, intézmény közt vagy csak otthon, izoláció, leszázalékolás, munkaképtelenség).

Ajánlás: A mai magyar pszichiátriai ellátórendszer dominánsan zárt s jellemzően bent tartja az egyént a rendszerben, s kevésbé segíti a társadalmi részvételét.

Mérey Zsolt (Hanghalló Önségítő Csoport) szerint a felépüléselvű pszichiátria természeténél fogva nyitott, így a felépüléselvű pszichiátria által létrehozható rendszer természeténél fogva nyitott kell, hogy legyen. A felépülésalapú pszichiátria szemléletétől vezérelt közösségi pszichiátriai gondozásban ennek a nyitottságnak az eredményei már bizonyítottak.

Érdemes lenne nyitottabb, a minél teljesebb önállóságot, társadalmi részvételt elősegítő szolgáltatások kialakítása, ahol az egyéni igények, lehetőségek és képességek állnak a középpontban (pl. nyílt munkaerőpiacra való visszatérés segítése, munkáltatók érzékenyítése, gazdaságilag érdekeltté tétele stb.).

Bányai B., Légmán A. (2009). Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély*, 68–84.

Budapesti Hanghalló Önségítő Csoport munkaközössége (2016). A hanghallásról hitelesen, közérthetően – A Hanghalló Módszer. Szerkesztette: Olajos Árpád. Szeged: Budapesti Hanghalló Önségítő Csoport munkaközössége.

Harangozó J., Szita B., Bese B., Mérey Zs., Gallai I. (2015). Trauma, dissociation, schizophrenia, and the split mind of professionals. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 14 September.

Légmán A. (2011). *Az örület és az örültek helye a társadalomban – a magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya*. Doktori disszertáció. Pécs.

Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens, D. orris Mervyn, M. (eds.) (2009). *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. PCCS Books Ltd.

HAZAI SZAKPOLITIKAI AJÁNLÁSOK: AZ ORSZÁGOS PSZICHOSZOCIÁLIS KONCEPCIÓ MEGALKOTÁSA

A mentális problémában érintett személyek emberi jogainak biztosítása, életminőségének javítása érdekében, valamint a felépülésalapú, erőszakmentességre épülő paradigma szakmai térnyerésének erősítése okán javasoljuk az Országos Pszichoszociális Konceptió megalkotását.

Az országos koncepció elsősorban a szakpolitikai célkitűzések tisztázása szempontjából különösen fontos. A hazai egészségügyi és szociális szolgáltatások eredményességének, az alkalmazott módszerek hatékonyságának és költséghatékonyságának mérése meglehetősen esetleges. Napjainkban még sokkal inkább beszélhetünk egy bemeneti alapú mérésről. A különböző vizsgálatok és felmérések a jogszabályoknak való megfelelést vagy az egyes szolgáltatások fizikai körülményeit, humán és egyéb erőforrásait, valamint az ezek által elvégzett beavatkozások vagy munkaórák számát mérik. A mentális egészség kapcsán, paradox módon, egy alapvetően költségvetési viszonyokat szem előtt tartó elemzés, az Állami Számvevőszék 2012-es jelentése tekinthető az egyik olyan úttörő munkának, amely megpróbál előre felállított indikátorok mentén véleményt mondani az adott szakterület teljesítményéről. (Állami Számvevőszék, 2012)

Megítélésünk szerint egy ilyen, mért indikátorokhoz köthető szakpolitikai tudatosság elengedhetetlen feltétele egy ellátórendszer sikeres működtetésének. Indikátorok megfogalmazhatóak költségviszonyok mentén (költséghatékonyság-elemzések), az egyes eredményességi mutatók mentén (erre szolgálnak pl. a különböző életminőség-vizsgálatok), az érintettek elégedettsége mentén (ma egyre inkább előtérbe kerülnek a felhasználói szempontú eredményességmérések). Összekapcsolhatóak ezek olyan általános mutatókkal, mint az EU által alkalmazott, a kirekesztés és a hátrányos helyzet megragadására létrehozott mutatók vagy lehetséges célzott, egy-egy kiemelt szakpolitikai célkitűzés mentén felállított indikátorok (ilyen lehet például az öngyilkosság számának csökkentése vagy a mentális problémában érintett emberek foglalkoztatási mutatóinak előmozdítása). A cél az, hogy 5-10 év távlatából az ellátórendszer szereplői képesek legyenek átfogó képet alkotni tevékenységükről, tekintet nélkül arra, hogy az ellátórendszer melyik szintjén tevékenykednek, és az adatokból, eredményességi mutatókból kiolvasható visszajelzések mentén alakítani tevékenységüket.

Javaslatunk értelmében az Országos Pszichoszociális Konceptió különösen az alábbi területeken fogalmaz meg aktivitásokat a 2017–2025 időszakra:

Empowerment és a személy irányító szerepe

- A mentális problémában érintett személyek irányító szerepe saját életük vezetése, az őket érintő döntések meghozatala szempontjából elsődleges. Empowermentjük támogatása érdekében javasoljuk, hogy legyenek hozzáférhetőek olyan támogatási mechanizmusok, melyek célja a mentális problémában érintett személyek megerősítése, korábbi passzív szerepükből való kilépésük széles körű segítése.
- A Mental Health Europe ajánlásaival összhangban javasoljuk, hogy a kormány tegyen lépéseket a helyettes döntéshozói (gondnoksági) rendszer megszüntetése érdekében. Ezzel egyidőben pedig segítse a támogatott döntéshozatali mechanizmus megerősítését, mely garantálhatja, hogy az egyén saját választásai, döntései és preferenciái mentén élhesse az életét. A jogszabályok módosításán túl arról is gondoskodni kell, hogy a gyakorlatba léptetés is megfelelő legyen: a hivatalok, hatóságok munkatársainak és minden érintettnek megfelelő felkészítő tréningeket kell kapniuk a támogatott döntéshozatal gyakorlatáról. (Petri és Kozma, 2012)
- A mentális problémában érintett személyek érdekérvényesítő ereje nem csak az egyének, de az általuk létrehozott sorsközösségek, önszervező, önérvényesítő fórumok szintjén is megerősítésre, bővítésre érdemes. Javasoljuk, hogy legyenek hozzáférhetőek olyan módszertani, szakmai és pénzügyi ösztönzők, melyek ezeknek az önérvényesítő fórumoknak, szervezeteknek és hálózatoknak a létrejöttét, bővülését és hálózatosodását facilitálják.

Határterületek és heterogén célcsoport

- A szenvedélybeteg emberek között vannak mentális problémában érintett személyek is, akiknek a speciális és összetett igényeire válaszolnia kell a Koncepciónak annak teljes spektrumán.

Adatintegrálás a szakpolitikai döntések támogatásához

- Az egyes állami intézmények rendelkezésére álló adatbázisainak összekapcsolása alapvető, hiszen ezekből együttesen kapható teljes kép a mentális problémában érintett emberek élethelyzetéről, a szükséges intervenciók irányáról. Nemcsak a különféle szakmai megközelítések okán nehezített ma ez a folyamat, de a különböző államigazgatási szereplők adatszolgáltatási hajlandósága is eltérő.

A jelen projekt keretében megismert adatok és a korábbi – felsősoktatást érintő – adat-összekapcsolás ismeretében javaslatot teszünk arra, hogy a kerüljön sor a pszichoszociális szempontból hátrányt szenvedők helyzetének vizsgálata érdekében is adat-összekapcsolásra. Az adat-összekapcsolásba a következő szervezetek bevonását javasoljuk (jelezve az összekapcsolandó adatköröket):

- korábbi NRSZH (elsősorban a szociális szolgáltatásokat igénybe vevők nyilvántartása, ONYF-hez kerül a funkció),
- MÁK (folyósított segélyek, juttatások adatai),
- NAV (jövedelmi adatok, munkavállalással kapcsolatos adatok),
- OEP (pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltak azonosítása az adat-összekapcsoláshoz, munkaviszonyadatok, pénzügyi ellátási adatok),
- ONYF (biztosított jogviszony adatok és a biztosított jogviszony szünetelésének jogcímére vonatkozó adatok).

Megfontolandó a korábban a Nemzeti Munkaügyi Hivatalnál tárolt álláskeresési és munkapiaci képzési adatok integrálása is.

Az adatintegrálás vizsgált köre (a minta) kiterjedne egyrészt a pszichiátriai betegek számára nyújtott szociális szolgáltatásokat igénybe vevőkre, másrészt az OEP-adatbázis alapján pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltakra (elemzésünk alapján ez szakrendeléseken, illetve a kórházakban egy évben legalább két esetben pszichiátriai diagnózissal kezelték köre lehet, ezen belül további BNO-szűkítés is lehetséges).

Az adatintegrálásra a TAJ azonosító meghatározott hash algoritmus segítségével történt anonimizálását követően és annak segítségével kerülhet sor. A hash algoritmus garantálja, hogy egyrészt az azonos TAJ számokból azonos anonimizált azonosító keletkezzen, másrészt biztosítja az anonimitást is. Természetesen az érintett adatok miatt kiemelt figyelmet kell fordítani a személyek beazonosíthatóságának elkerülésére, a személyes adatok védelmének biztosítására.

A javasolt adatintegráció állami keretek között kijelölt felelős intézmények segítségével jöhet létre. A hivatkozott felsőoktatási adatintegráció modelljét alkalmazva a következő szereplők kijelölése és felhatalmazása szükséges:

- adatkérést végrehajtó szerv (javaslat: Emberi Erőforrások Minisztériuma ágazati főosztálya),
- mintaképzésért felelős szerv (OEP és ONYF),
- adatbázis létrehozásáért felelős szerv (Nemzeti Infokommunikációs Szolgáltató),
- kapcsolódó adatkezelők (a fent említett szervek).

A létrehozott adatbázis a következő elemzéseket tenné lehetővé:

- a pszichiátriai betegek munkaerőpiaci, jövedelmi helyzetének vizsgálata, annak területi eltérései,
- a pszichiátriai betegek szociális ellátásának felmérése, annak területi eltérései,
- a pszichiátriai betegek szociális ellátásának felmérése jövedelmi, munkaerőpiaci helyzetük függvényében,
- a pszichiátriai betegek szociális ellátáshoz való hozzáféréseinek esélyei jövedelmi és munkaerőpiaci helyzetük függvényében különböző szocio-demográfiai, területi és betegségcsoportokban.

Átfogó jogszabályi áttekintés és revízió a CRPD-nak megfelelően

- A munkacsoport a CRPD alapvetéseire támaszkodva és az érintettekkel folytatott konzultációra figyelemmel az alábbi két definíciót javasolja a döntéshozók számára:

„Pszichoszociális akadályozottsággal élő személy, akit olyan mentális, pszichés alapú, változékonyságot mutató állapot jellemez, amely számos egyéb környezeti és társadalmi tényezővel összefüggésben korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és egyenlő esélyű társadalmi részvételét. A pszichoszociális akadályozottsággal élő személynek komplex, a változó állapothoz igazodó támogatásokra van szüksége pszichés jólléte és egyenlő társadalmi részvétele biztosításához.”

Vagy: „Pszichoszociális akadályozottsággal élő személy, aki olyan lelki eredetű betegséggel él, amely állapot számos egyéb környezeti/társadalmi tényezővel összefüggésben korlátozza vagy akadályozza az adott személy teljes, hatékony és egyenlő esélyű társadalmi részvételét. A pszichoszociális akadályozottsággal élő személynek komplex, a változó állapothoz igazodó támogató szolgáltatásokra, akadálymentesítésre van szüksége (pszichés jólléte és) egyenlő társadalmi részvétele biztosításához.”

- A pszichoszociális károsodás/fogyatékoság átfogó bevezetését javasoljuk a jog eszközeibe a CRPD által támasztott részes állami kötelezettségeknek megfelelően, annak érdekében, hogy a hazai jogszabályokban és a közjogi szervezetszabályozó eszközökben a CRPD emberi jogi megközelítése jusson érvényre. A jogi környezet e revíziója arra a megközelítésre kell, hogy épüljön, amely magáévá teszi a CRPD azon alaptételét, miszerint „a fogyatékoság egy változó fogalom.”

A felépülésalapú ellátórendszer térnyerésének tudatos szakpolitikai támogatása

- A WHO ajánlásához képest ma még egyértelműen egy intézményi alapú ellátási forma jellemzi a hazai ellátórendszert. A hangsúlyok átalakítására jelentős források bevonására, illetve a meglévő források átcsoportosítására van szükség az alapellátások és a közösségi alapú megoldások javára, rendszerszerű szektorközi együttműködésen alapuló fejlesztések keretében.

- A közösségi alapú ellátórendszer hazai kiterjesztése során javasoljuk a társadalomtudományok szemléletének átvételét, a hagyományos klinikai indikátorok kiegészítését olyan szempontokkal, melyek az életminőség, az önálló – pszichiátrián túli – identitás kialakításának a lehetősége és a társadalmi beilleszkedés mentén ragadják meg a szolgáltatási szektor eredményességének mérését.
- A mentális problémák közösségi alapú szolgáltatási rendszerének megalapozásához a felépülés modell szakpolitikai szintű alkalmazását javasoljuk. A megközelítés nagymértékben épít az érintettek önállóságára, saját identitásuk és jövőképük kialakítására, melyben különös hangsúllyal jelennek meg a különböző önszorgító és felhasználói szervezetek, valamint az ún. tapasztalati szakértők. Érdemes lenne megfontolni a felhasználók által működtetett szolgáltatási formák beemelését az alapellátás keretei köré, elismerve azok hatékonyságát és szakmai relevanciáját. Számos közösségi alapú szolgáltatásban (pl. nappali intézményekben, közösségi ellátásokban) érdemes megfontolni tapasztalati szakértők alkalmazásának előírását, a szakértők képzésének ún. „recovery college” keretében történő megszervezését.

A preventív megközelítés mint horizontális szempont megjelenítése

- A prevenció és a mentális egészség promóciója számos elemből álló integrált hálózatban képzelhető el, amelynek részei a különböző intézmények, interdiszciplináris teamben dolgozó szakemberek és egyes specifikus, hatékonynak bizonyuló programok (ideértve a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokat, a pszichiátriai és közösségi szolgáltatókat, a pedagógiai szakszolgálatot és a köznevelési intézményeket).
- A mentális egészség promóciója érdekében olyan pedagógiai eszköztár rendelkezésre bocsátása és rendszerszerű alkalmazása, mely a szocio-emocionális kompetenciák fejlesztését célozza meg.
- Hosszú távú, életkor-specifikus, a kulturális közeget figyelembe vevő programok folyamatos elérhetővé tétele, melyek a várandósságtól és a kora gyermekori beavatkozásoktól a serdülőkorig, fiatal felnőttkorig nyújtanak támogatást.
- Megfelelő minőségű és hozzáférhető, az interdiszciplinaritás elvét követő szakemberképzési programok megtervezése és bevezetése annak érdekében, hogy a prevenció beavatkozásokat hatékonyan tudják alkalmazni.
- A bizonyítékon alapuló programok adaptálása a helyi közösség szükségleteihez a stratégiai tervezés és a folyamatos értékelés és fejlesztés révén.

- A központi koordináció a hozzáférhető adatok alapján hatékonyan tudja segíteni a szektorközi koordinációt. Átgondolandó tárcaközi (államtitkárságközi) bizottság létrehozása, amelynek mind a tervezésben (a javasolt stratégiához kapcsolódó közös akciók, éves programok, finanszírozás összehangolása), mind a futó programok és szolgáltatások illesztésében (jogszabályok szükséges módosításával) szerepe lehet. A bizottságban részt vehetnek illetékes háttérintézmények is (FSZK, ENKK, SzGyF stb.), valamint a mentális problémában érintett személyeket képviselő érdekvédelmi szervezetek (PÉF, Lélek-Hang Egyesület stb.).
- Javasolható, hogy a jövőbeli állami és civil ENSZ-jelentések tartalmazzanak egy, a „lelki egészség minden politikában” című vagy tartalmú alfejezetet, amely bemutatja, milyen szektorközi együttműködések léteznek Magyarországon, illetve ezekben történt-e változás.
- További kutatások indítása segíthetné külföldi és hazai tapasztalatok összegyűjtését, például hazai problématerkép készítésével (empirikus adatok, terepmunka segítségével), illetve alkalmazható külföldi jó gyakorlatok felkutatásával, az alkalmazhatóság szempontjainak megvizsgálásával (az 5 csillagos modell, a Camberwell-interjú egyebek mellett)
- Ösztönözhető lenne pilot programok elindítása akár csak intézményi szinten is. Ezek lehetnek civil, önkormányzati vagy egyházi programok is, céljuk annak kipróbálása lehetne, hogy külföldi példák milyen tapasztalatokkal alkalmazhatók Magyarországon. Pilot programok tapasztalatai alapján később országos programok tervezhetőek, illetve a meglévők kiegészíthetők.
- Javasolt egy olyan pilot program indítása, mely optimális feltételek között vizsgálná középtávon (pl. öt éven át) az ellátási formákat és ennek alapján tenne javaslatot a folyamatos fejlesztésre.
- Az európai uniós források felhasználása más tagállamokban is hatékonyan segítette a szolgáltatások fejlesztését. Megfontolandó már a 2014–2020-as időszakban programokat tervezni, amelyek kifejezetten támogatják a szektorközi együttműködéseket.
- A mentális problémában érintett személyek elfogadását/befogadását segítő programok, összehangolt stigmaellenes tevékenység, amely az egészségügyi és szociális ágazat képzéseibe is beépül.
- Mentális problémával élő kliensek mint tapasztalati szakértők bevonása az oktatásba a többi oktatóval egyenlő honoráriumért.
- Participatív és emancipatív kutatások indítása, célzottan egy pszichoszociális fogyatékoság mérésére alkalmas módszer kidolgozására, mentális problémában érintett kutatók, kutatótársak bevonásával.

Intézettelenítés és a támogatott lakhatás lehetőségének egyenlő esélyű hozzáférhetősége

A hazai intézettelenítés nyomán várhatóan megerősödő alapellátás kapacitásainak bővítése és az ellátás költségeinek kezelhető keretek között tartása érdekében érdemes megfontolni a WHO ajánásaiban szereplő „nem hivatalos közösségi gondoskodás” megerősítését. Ez elsősorban a Magyarországon is jelenlévő közösségfejlesztés tudatos összekapcsolását jelenti a sérülékeny csoportok ellátásával foglalkozó alapellátás szolgáltatásaival, illetve olyan finanszírozási és szolgáltatásszervezési modellek bevezetését, mely a meglévő közösségi erőforrások mozgósítására törekszik az ellátásban. Ilyenek lehetnek a személyes költségvetés különböző módozatainak bevezetése a szolgáltatásfinanszírozásban, illetve szorosabb kapcsolat kialakítása a helyi közösségek kulturális, sport- és civil szervezetei, a közösségfejlesztés hazai műhelyei és az alapellátás szolgáltatásai között. A holland reformok üzenete azért lehet fontos a magyarhoz hasonló kelet-európai társadalmak számára, mert egy kedvezőtlen demográfiai változások előtt álló társadalomban úgy tűnik, illúzió azt gondolni, hogy a jóléti újraelosztás hagyományos keretei között, a meglévő szolgáltatási formákban gondolkodva a tartós gondozás iránti szükségletek fenntartható módon hosszú távon kielégíthetőek. Egyértelműen új megoldásokra van szükség, és ezekben újra kell gondolnunk állam és állampolgár, illetve a helyi közösségek és az állampolgár viszonyát.

Munkaerőpiaci beilleszkedés segítése és a jövedelmi bizonytalanság csökkentése

- A mentális problémában érintett személyek számára szükséges hozzáférést biztosítani a life long learning és a life long guidance többségi és speciális vívmányaihoz, hogy a jelenleg jellemzően alacsony és kevésbé piacképes végzettségeiket meghaladva megfelelő alkalmazkodóképességgel bírassanak a munkaerőpiacon.
- Közösségbe integrált, sokszínű és személyre szabott munkarehabilitációs szolgáltatások egyenlő esélyű hozzáféréseinek növelése javasolt, amelyek nem lépcsőzetes rehabilitációt tűznek maguk elé, hanem azonnal a legmagasabb lehetséges szintet célozzák meg, és erre gyorsan és célzottan készítik fel a klienst. A rendelkezésre álló hazai működő és hatékony gyakorlatok, szolgáltatók központi szerepe kiemelt ebben a bővítési folyamatban.
- Hosszú távú munkaerőpiaci felkészülést elősegítő támogatás biztosítása azoknak a mentális problémában érintett személyeknek, akiknek erre szükségük van a munka megtartása érdekében.

A közösségépítés támogatása széles értelmezési tartományban

- A szomszédsági kapcsolatok felértékelése, mivel a vizsgált vidéki településeken kiemelt jelentősége van a mindennapi közösségi életben a szomszédsági kapcsolatoknak. A pszichiátriai intézmények ugyanakkor semmilyen figyelmet nem fordítanak arra, hogy kapcsolatot alakítsanak ki a szomszédokkal, holott sok esetben ez az integráció első lépése.
- A nyilvánosság terein (piac, kocsmá, főtér), a helyi közösség tagjaként való megjelenés erősítése: olyan közös szabályok alkotása, amik támogatják, hogy minél sűrűbben megjelenhessenek a mentális problémában érintett személyek azokon a helyeken, ahol spontán interakciók, találkozások alakulhatnak ki.
- Kapcsolat kialakítása a pszichiátriai ellátórendszer intézményei és a helyi közösségszervező intézmények között, hogy kölcsönösen ismerjék egymás programjait és ösztönözzék a részvételt. Például a művelődési ház által szervezett programok ismertetése a szociális otthonban és a nappali közösségi ellátásban.
- Családi kapcsolatok erősítése. Az intézményes ellátásba kerülés sok esetben a családi kapcsolatok gyengülését, illetve megszakadását, egyben a helyi közösségből való kiszakadást eredményezi. A nappali és közösségi ellátásban, a vidéki kisvárosban jó gyakorlat, hogy a hozzátartozók rendszeresen megjelennek az ellátásban, gyakori az együttműködés.
- Előítéletek csökkentése középiskolások körében: érzékenyítő tréningek tartása, személyes találkozások érintettekkel, élettörténetek bemutatása.

Egyenlő esélyű hozzáférés a XXI. század IKT vívmányaihoz, aktív részvétel a tudástranszferben

- A közeljövőben Magyarországon is teret fognak nyerni azok a különböző infokommunikációs eszközök és közösségi, gazdasági rendszerek, melyek alapjaiban alakíthatják át a tartós gondozás rendszerét. Egyrészről javasoljuk a szakemberképzésben az IKT-alapú fejlesztések összekapcsolását a hagyományos szociális képzésekkel annak érdekében, hogy a modern technológia megoldásai hatékonyan alkalmazhatók legyenek a szociális szférában is, másrészt tudatos fejlesztési politikával érdemes bátorítani a modern közösségi alkalmazások és megosztáson alapuló gazdasági modellek bevezetését a sérülékeny csoportok hazai ellátásába. A 3. alfejezetben javasolt közösségi orientáció és az azt támogató IKT-alapú megoldások összekapcsolása lehetővé teheti egy új típusú szolgáltatási forma kialakítását, mely a korábbiaknál sokkal nagyobb mértékben épít a helyi közösségek erőforrásainak mozgósítására.
- Javasoljuk, hogy a felhasználók bevonásával kerüljenek összegyűjtésre és folyamatos bővítésre azok a tudásbázisok, melyek a különféle szintű, tartalmú

és célú szakmai képzések kiindulását adhatják. Ezekre építve alakíthatók ki és indíthatók el azok a szakképzések, felsőoktatási tanegységek és felnőttképzési modulok, melyek a mentális problémában érintett személyekkel kapcsolatba kerülő segítő szakemberek számára biztosítják a naprakész ismeretek és az emberi jogi megközelítést középpontba helyező gyakorlatok hozzáférhetőségét.

- A jelenlegi pszichiátriai gondozói rendszer, működés reformja. Valós kapuőr szerep valósuljon meg a társadalmi részvétel megtartása és erősítése érdekében. A pszichiátriai gondozó szoros hálózati együttműködésben dolgozzon a kapcsolódó szolgáltatókkal (terápiás szakemberek, nappali és közösségi ellátás, családsegítő szolgálat, bentlakásos szolgáltatások, háziorvos, helyi önkormányzat, munkaerőpiaci szakemberek), és ne korlátozódjon csupán a gyógyszer felírására.
- A pszichiátriai ellátórendszer minden intézményébe minden dolgozó számára elérhető módon bevezetni (ahol még nem működik) a szupervíziót, illetve a kollégák közötti rendszeres esetmegbeszélést a kiegészítés megelőzése és a szakmai munka minőségének garantálása, javítása érdekében.

Felhasznált irodalom

Állami Számvevőszék (2012). *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.

Petri, G., Kozma, Á. (2012). Mapping Exclusion – Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. *Mental Health Europe*.

FÓKUSZCSOPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN

Megkérdezettek: pszichiátriai diagnózissal élő emberek

Helyszín:

Résztevők száma (4-5 fő):

Beszélgetés kezdete:

Beszélgetés vége:

Moderátorok:

Bemutakozás

A kutatás anonim, a személyek nem lesznek utólag azonosíthatók, csak kutatás céljából használjuk fel. A kutatást a Minisztérium megbízásából végezzük, hivatalos engedély az intézményvezetőnél. Az itt dolgozók nem fogják meghallgatni ezt a beszélgetést!

Megkérjük a résztvevőket, hogy ők is mutakozzanak be, mondjanak magukról néhány szót szabadon.

Mindennapi élet strukturáltsága

Meséljék el egy napjukat!

Mit jelent számukra az a lakóotthon?

Első 3 szó, ami eszükbe jut a lakóotthonról és az intézetről.

- Mikor költöztek át a lakóotthonba?
- Milyen a szobájuk?
- Hogyan férnek hozzá személyes dolgaikhoz?
- Milyen itt élni? – miért jó és miért rossz?
- Kikkel találkozik egy nap?
- Dolgozik-e? Ha igen, meséljen erről!
- Milyen segítők vannak a lakóotthonban? Velük élnek-e?
- Vannak-e nehézségek lakótársakkal?
- Milyen gyakran cserélődnek a lakótársak?
- Szoktak-e magukra főzni?
- Van-e internet-hozzáférés?
- Milyen az ételkészítés-ellátás?

- Milyen az egészségügyi ellátás?
- Véglegesennek élik meg azt, hogy itt élnek?
- Ki az, aki visszaköltözik az intézetbe?
- Milyen programokon vesznek részt az intézetben?
- Vannak-e a városban ismerősök?
- Mit gondol arról, hogy a lakók itt élnek, ezen a helyen?
- Érez-e életminőség-változást amióta itt él?
- Kényszerhelyzetnek éli-e meg, hogy itt lakik?
- Másoknak mit szokott mondani erről a helyről?
- A többi ember (a társadalom) mit gondol azokról, akik itt élnek?
- Jár-e bevásárolni, van-e hobbija stb.

Kapcsolatok

Egocentrikus kör, saját maga középen. Jelöljék be, akik számukra fontos személyek.

- Írják bele a körbe a személy nevét és a kapcsolat jellegét (pl. apa, barát stb.). Amennyire közel áll hozzájuk a személy, annyira közeli körbe írják bele.
- Mondják el, kik szerepelnek a rajzon (neveket ne mondjon, csak viszonyokat), miért, milyen a viszony, hogyan tartják a kapcsolatot, milyen gyakran.

Erőforrások

1. Hogyan érzik magukat általában? – ha nehezen válaszolnak, akkor 5-ös skálán mondja el, és indokolja
2. Változott-e azóta, amióta itt élnek?
3. Akadályozottnak érzi-e magát? Ha igen, miben?
4. Mondják meg az első 3 szót, ami eszükbe jut: – ha csak pozitív jelzőket mondanak, akkor ugyanez negatív jelzőkkel
 - biztonság
 - egészség
 - család, otthon
 - intim szféra
 - közösség
 - önállóság
 - kényszer
 - segítők
 - ápolók
 - elégedettség
 - munka
 - pénz
 - pszichiátriai betegség

- pszichoszociális fogyaték
- kirekesztettség, stigma

Hogyan látják magukat 5 és 10 év múlva?

Mi az a dolog, amit legjobban szeretnének? – többet is mondhat max. 3

Demográfia

- Mikor és hol született?
- Neme:
- Legmagasabb iskolai végzettsége:
- Foglalkozása:

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

FÓKUSZCSOPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN

Megkérdezettek: kliensek

- Helyszín:
- Résztevők száma (4-5 fő):
- Beszélgetés kezdete:
- Beszélgetés vége:

Moderátorok:

- BEMUTATKOZÁS: A kutatás anonim, a személyek nem lesznek utólag azonosíthatóak, csak kutatás céljából használjuk fel. A kutatást a Minisztérium megbízásából végezzük, hivatalos engedély az intézményvezetőnél. Az itt dolgozók nem fogják meghallgatni ezt a beszélgetést!
- Megkérjük a résztvevőket, hogy ők is mutakozzanak be, mondjanak magukról néhány szót szabadon.

Mindennapi élet strukturáltsága

Meséljék el néhány mondatban egy átlagos hétköznapijukat. Lehetőleg térjenek ki a következőkre:

- Kikkel találkozik egy nap?
- Milyen területen mozog?
- Dolgozik-e, ha igen, védett helyen vagy sem?
- Jár-e bevásárolni, van-e hobbija stb.
- Fontos: hogyan nevezik a közösségi intézményt?

- Szabad asszociáció: mi jut eszükbe az intézményről – első 3 szó
- Mit jelent számukra az intézmény?
- Mióta járnak ide?
- Milyen programokon vesznek részt?
- Miért jó és miért rossz ide járni?
- Másoknak mit szokott mondani erről a helyről?
- A többi ember (a társadalom) mit gondol azokról, akik ide járnak?
- Akik ide járnak akadályozottak-e? Ha igen, miben, ki tud segíteni?

Kapcsolatok

Egocentrikus kör, saját maga közében. Jelöljék be, akik számukra fontos személyek.

- Írják bele a körbe a személy nevét és a kapcsolat jellegét.
- Amennyire közel áll hozzájuk a személy, annyira közeli körbe írják bele.
- Mondják el, kik szerepelnek a rajzon (neveket ne mondjon, csak viszonyokat), miért, milyen a viszony, hogyan tartják a kapcsolatot, milyen gyakran.

Erőforrások

1. Hogyan érzik magukat általában? – ha nehezen válaszolnak, akkor 5-ös skálán mondja el, és indokolja.
2. Változott-e azóta, amióta ide járnak?
3. Mondják meg az első 3 szót, ami eszükbe jut: – ha csak pozitív jelzőket mondanak, akkor ugyanez negatív jelzőkkel.
 - biztonság, család, otthon
 - közösség
 - önállóság
 - elégedettség
 - munka
 - pénz
 - akadály
 - pszichiátriai betegség
 - pszichoszociális fogyatékoság
 - kirekesztettség, stigma

Hogyan látják magukat 5 és 10 év múlva?

Mi az a dolog, amit legjobban szeretnének?

FÓKUSZCSOPORTOS KUTATÁS PSZICHIÁTRIAI BETEGNEK DIAGNOSZTIZÁLTAK KÖRÉBEN

Megkérdezettek: pszichiátriai diagnózissal élő emberek

Helyszín:

Résztvevők száma (4-5 fő):

Beszélgetés kezdete:

Beszélgetés vége:

Moderátorok:

Bemutakozás

A kutatás anonim, a személyek nem lesznek utólag azonosíthatóak, csak kutatás céljából használjuk fel. A kutatást a Minisztérium megbízásából végezzük, hivatalos engedély az intézményvezetőnél. Az itt dolgozók nem fogják meghallgatni ezt a beszélgetést!

Megkérjük a résztvevőket, hogy ők is mutatkozzanak be, mondjanak magukról néhány szót szabadon

Mindennapi élet strukturáltsága

INTÉZMÉNY RAJZ: közösen rajzolják le az intézetet egy nagy lapra, ez alapján mesélik el egy napjukat!

Mit jelent számukra az intézet?

Első 3 szó ami eszükbe jut az intézetről.

Mióta vannak itt?

Kikkel találkozik egy nap? Milyen itt élni? – miért jó és miért rossz

- Milyen a szobájuk (intimszoba)?
- Hogyan férnek hozzá személyes dolgaikhoz?
- Milyen programokon vesznek részt?
- Van-e internet-hozzáférés?
- Milyen az ételkészítés-ellátás?
- Milyen az egészségügyi ellátás?
- Milyen gyakran járnak ki az intézetből? Hova mennek? Vannak-e kívül ismerősök?
- Mit gondol arról, hogy a lakók itt élnek, ezen a helyen?
- Kényszerhelyzetnek éli-e meg, hogy itt lakik?
- Másoknak mit szokott mondani erről a helyről?
- A többi ember (a társadalom) mit gondol azokról, akik ide járnak?
- Dolgozik-e? Ha igen, meséljen erről.
- Járat-e bevásárolni, van-e hobbi stb.

Kapcsolatok

Egocentrikus kör, saját maga közében. Jelöljék be, akik számukra fontos személyek.

- Írják bele a körbe a személy nevét és a kapcsolat jellegét (pl. apa, barát stb). Amennyire közel áll hozzájuk a személy annyira közeli körbe írják bele.
- Mondják el, kik szerepelnek a rajzon (neveket ne mondjon, csak viszonyokat), miért, milyen a viszony, hogyan tartják a kapcsolatot, milyen gyakran.

Erőforrások

- Hogyan érzik magukat általában? – ha nehezen válaszolnak, akkor 5-ös skálán mondja el, és indokolja.
- Változott-e azóta, amióta itt élnek?
- Akadályozottnak érzi-e magát? Ha igen, miben?
- Mondják meg az első 3 szót, ami eszükbe jut: – ha csak pozitív jelzőket mondanak, akkor ugyanez negatív jelzőkkel.
 - biztonság
 - egészség
 - kényszer
 - család, otthon
 - közösség
 - ápolók
 - önállóság
 - intimszoba
 - segítők
 - elégedettség
 - munka
 - pénz
 - pszichiátriai betegség
 - pszichoszociális fogyaték
 - kirekesztettség, stigma

Hogyan látják magukat 5 és 10 év múlva?

Mi az a dolog, amit legjobban szeretnének? – többet is mondhat max. 3.

Demográfia

Mikor és hol született?

Neme:

Legmagasabb iskolai végzettsége:

Foglalkozása:

Gondnokság:

PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGGEL ÉLŐK INTÉZMÉNYI ELLÁTÁSA

Alapadatok az intézményről

1. Az intézmény neve:
2. Az intézmény elérhetősége:
3. Kitöltő neve, elérhetősége, pozíciója:
4. Az ellátás területi lefedettsége:
 - a) országos
 - b) megyei szintű
 - c) járási szintű
 - d) több települést lát el
 - e) egy települést lát el
5. Kérjük, válassza ki az alábbi listából a szolgáltatás fenntartójának típusát!
 - a) központi kormányzati
 - b) önkormányzati
 - c) egyházi
 - d) nonprofit nem állami
 - e) egyéb nem állami

A nyújtott szolgáltatás típusa:

- a) Pszichiátriai betegek átmeneti otthona
 - b) Pszichiátriai betegek nappali ellátása
 - c) Pszichiátriai betegek otthona
 - d) Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona
 - e) Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye
 - f) Pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás
 - g) Támogatott lakhatás
6. Az intézménybe bekerülésre várakozás átlagos időtartama (bentlakásos ellátás esetén)
 7. Hány főt tartanak nyilván jelenleg a várólistájukon? (bentlakásos)
 8. Az intézményi térítési díj összege (bentlakásos és nappali ellátás esetén)
 9. Belépési hozzájárulással betölthető férőhelyek száma (bentlakásos ellátás esetén)
 10. Belépési hozzájárulás összege (ahol releváns)
 11. Támogatott lakhatás esetén az egy főre eső gondozási díj összege
 13. Az alkalmazottak végzettsége hány százalékban felel meg az 1/2000-es SzCsM rendelet 3. sz. mellékletében foglaltaknak?
 14. Az alkalmazottak hány százaléka rendelkezik pszichiátriai (szak)képesítéssel?
 15. Kérem, sorolja fel ezeket a végzettségeket, képesítéseket!

16. Egy gondozóra jutó esetek száma (2015. évre, nappali és közösségi):
17. Egy műszakban egy gondozóra jutó ellátottak száma (bentlakásos ellátás esetén)

Együttműködések rendszeren belül és kívül

18. Milyen rendszerességgel működnek együtt az alábbi szereplőkkel, szolgáltatásokkal?

	LEGALÁBB HETENTE	LEGALÁBB HAVONTA	RITKÁBBAN, MINT HAVONTA	SZÜKSÉG SZERINT	SOHA
CSALÁDSEGÍTŐ ÉS GYERMEKJÓLÉTI SZOLGÁLAT/KÖZPONT					
EGYÉB SZOCIÁLIS ALAPSZOLGÁLTATÁS (KÖZÖSSÉGI, NAPPALI STB.)					
SZOCIÁLIS BENTLAKÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYI ELLÁTÁS					
HÁZIORVOS					
PSZICHIÁTRIAI GONDOZÓ					
HOZZÁTARTOZÓK					
CIVIL SZERVEZETEK					
ÖNKÉNTESK					

19. Miben áll az együttműködés tartalma a felsorolt szolgáltatókkal? (szöveges)
20. Elsősorban kinek a javaslatára veszi igénybe az Önök szolgáltatását a kliens?
- szociális alapszolgáltatás
 - házi orvos
 - pszichiátriai gondozó
 - pszichiáter
 - pszichiátriai kórházi osztály
 - hozzátartozó, barátok, ismerősök
 - más:...
21. Milyennek ítéli az együttműködést az alábbi a szolgáltatásokkal, szereplőkkel? (1-től 5-ig: 1=nagyon rossz, 5=teljesen megfelelő)
- családsegítő és gyermekjóléti szolgálat/központ
 - pszichiátriai betegek közösségi ellátása
 - pszichiátriai betegek nappali ellátása
 - pszichiátriai betegek bentlakásos intézményi ellátása
 - házi orvos

- f) pszichiátriai gondozó
 - g) pszichiáter
 - h) civil szervezetek
 - i) önkéntesek
22. Milyen rendszerességgel tartanak teamértekezletet, ahol az egy-egy ellátottal, osztállyal foglalkozó szakemberek megbeszélik az esetet, eseteket?
- a) legalább hetente
 - b) legalább havonta
 - c) ritkábban, mint havonta
 - d) nem tartunk ilyet
23. Jellemzően miről szólnak ezek a teamülések? (szöveges)
24. Az Ön megítélése szerint, a felsoroltak közül mi nehezíti jelenleg az együttműködést az alap- és a bentlakást nyújtó intézményi ellátás szolgáltatásai között? (több válasz)
- a) az azonos szemléleti megközelítés hiánya
 - b) rendszeres teamülések hiánya
 - c) fórumok, konferenciák hiánya
 - d) a kompetenciahatárok nem tisztázott volta
 - e) módszertani segítség (kiadványok, ajánlások stb.) hiánya
 - f) a képzések, továbbképzések hiányosságai
 - g) a központi szabályozás elégtelensége
 - h) más:...
 - i) nem nehezíti semmi, jó az együttműködés
25. Az Ön megítélése szerint, a felsoroltak közül mi nehezíti jelenleg az együttműködést az egészségügyi és a szociális ellátórendszer szolgáltatásai között? (több válasz)
- a) az azonos szemléleti megközelítés hiánya
 - b) rendszeres teamülések hiánya
 - c) fórumok, konferenciák hiánya
 - d) a kompetenciahatárok nem tisztázott volta
 - e) módszertani segítség (kiadványok, ajánlások stb.) hiánya
 - f) a képzések, továbbképzések hiányosságai
 - g) a központi szabályozás elégtelensége
 - h) más:...
 - i) nem nehezíti semmi
26. Hogyan lehetne javítani az együttműködést a pszichiátriai betegekkel foglalkozó egészségügyi és a szociális ellátórendszer között? (több válasz)
- a) a szociális ellátó rendszerben dolgozóknak több egészségügyi ismeretre lenne szükségük
 - b) az egészségügyi ellátásban dolgozó orvosoknak el kellene sajátítaniuk az új megközelítésmódokat a betegek ellátásában
 - c) a két szakma presztízsét közelíteni kellene a bérekkel is

- d) tisztább kompetenciahatárookra lenne szükség
 - e) a multidiszciplináris teamek működését kellene jobban támogatni
 - f) más:...
27. Milyen formái léteznek Önöknél a hozzátartozókkal való együttműködésnek? (több válasz)
- a) egyéni tájékoztatás
 - b) honlap, elektronikus forma
 - c) hozzátartozói csoportot működtetünk
 - d) pszchoeducáció (betegséggel kapcsolatos ismeretek átadása)
 - e) családterápia
 - f) esetmunka

Stigma

28. Véleménye szerint az alábbiak közül mivel lehetne csökkenteni a pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltakkal szembeni előítéleteket? (több válasz)
- a) társadalmi érzékenyítés, szemléletformálás
 - b) a család, szűkebb környezet felkészítésével
 - c) központi kampányokkal
 - d) közösségfejlesztéssel
29. Az Önök által működtetett szolgáltatásnak célja-e a stigmatizáció csökkentése? Ha igen, hogyan?

Nyújtott szolgáltatások, igénybevevők

30. Ki veheti igénybe az Önök által nyújtott szolgáltatásokat? (több válasz)
- a) csak a diagnosztizált betegek
 - b) hozzátartozók
 - c) más ellátások szakemberei
 - d) kívülről is igénybevehetők egyes szolgáltatások, programok
31. Milyen szolgáltatásokat, terápiákat nyújtanak, kérjük, sorolja fel! (szöveges)

A kliensek főbb jellemzői

32. Az engedélyezett férőhelyek száma 2015. dec. 31. állapot szerint:
33. Az ellátottak száma, 2015. dec. 31. állapot szerint:
- Közülük:
- 33.a. nő:
 - 33.b. 18 év alattiak:
 - 33.c. 18–39 éves:
 - 33.d. 40–59 éves:
 - 33.e. 60+
 - 33.f. 8 általánost sem végzett
 - 33.g. 8 általános

33.h. középfokú végzettségű

33.i. felsőfokú végzettségű

34. Kérjük, sorolja fel, hogy jellemzően milyen BNO-kódú kliensek fordulnak meg Önöknél!
35. Ellátottak közül intézményen belüli foglalkoztatásban, munkarehabilitációban részt vevők száma:
36. Ellátottak közül intézményen belüli foglalkoztatásban, fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban részt vevők száma:
37. Akkreditált foglalkoztatásban részt vevők száma:
38. Munkaterápiában részt vevők száma:
39. Nyílt munkaerőpiacon foglalkoztatottak száma:
40. A gondnokoltak száma (2015. évre):
Ebből:
40.a. cselekvőképességet korlátozó gondnokság:
40.b. cselekvőképességet teljesen korlátozó (korábban kizáró) gondnokság:
40.c. támogatott döntéshozatal:

Fejlesztési irányok, lehetőségek

41. Véleménye szerint az alábbi területek fejlesztése mennyire szükséges rövidtávon (1-3 év) (1-től 5-ig értékelve, 1=nem fontos, 5=nagyon fontos)
- a) infrastruktúrafejlesztés
 - b) humánerőforrás-utánpótlás biztosítása
 - c) humán erőforrás képzettségének javítása
 - d) finanszírozás
 - e) az ellátási párhuzamosságok megszüntetése
 - f) rendszeren belüli együttműködések javítása
 - g) módszertani segítség a szolgáltatásoknak
 - h) az otthonközeli ellátórendszer fejlesztése
 - i) szorosabb koordináció az egészségüggyel
 - j) közösségfejlesztés
 - k) a gondozók leválasztása az egészségügyi rendszerről
 - l) a gondnokság intézményének felülvizsgálata
 - m) foglalkozási rehabilitáció erősítése
 - n) a prevenció erősítése

Módszertan, képzések

42. Van-e olyan jó gyakorlatuk, vagy tud-e olyan jó gyakorlatról a pszichiátriai beteg ellátásában, amit más szolgáltatásoknak is tudna javasolni? Ha igen, kérjük, fejtse ki.
43. Hogyan tudják biztosítani a megfelelő felkészültségű szakembereket a szolgáltatásában? (több válasz)

- a) körültekintő kiválasztással
 - b) belső képzésekkel
 - c) kötelezzük a munkatársakat továbbképzésre
 - d) gyakorlati helyként működünk, együttműködünk egyetemekkel, főiskolákkal, szakképzéssel
 - e) nem tudjuk biztosítani
 - f) egyéb:...
44. Mennyire tartja használhatónak a jelenlegi felsőoktatási képzési rendszerben elsajátítható tudást a gyakorlati munka szempontjából?
- a) egyáltalán nem
 - b) inkább nem
 - c) inkább használható tudást nyújt
 - d) jól használható
45. Mennyire tartja használhatónak a jelenlegi OKJ-s képzési rendszerben elsajátítható tudást a gyakorlati munka szempontjából?
- a) egyáltalán nem
 - b) inkább nem
 - c) inkább használható tudást nyújt
 - d) jól használható
46. Van-e olyan képzőhely, képzési forma, amely által kibocsátott szakemberekkel szívesebben dolgoznak?

Ellátásszervezés

47. Tapasztal-e az ellátásszervezésben hiányosságokat az alábbi területeken? (igen, nem)
- a) területi lefedettség
 - b) férőhely-kapacitás
 - c) szolgáltatások funkcionális egymásra épülése
 - d) kliensek tényleges szükségleteire épülő szolgáltatások

Finanszírozás

48. Előfordult-e már az Önök szolgáltatásában, hogy akkor is elláttak beteget, ha nem kaptak rá finanszírozást?
- a) igen, gyakran,
 - b) igen, néha
 - c) nem

Vélemények a támogatott lakhatásról

49. Mennyire ért egyet az alábbi, a támogatott lakhatásra vonatkozó kijelentésekkel? (1-től 5-ig)
- a) A támogatott lakhatás eszméje helyes, de csak a jobb állapotú klienseknek segítség.

- b) Nem finanszírozható a humán erőforrás igénye miatt.
- c) A beteget is meg kellene kérdezni, hogy ő mit szeretne.
- d) A sikeres program legfőbb akadály a kollégák szemlélete.
- e) Támogatott lakhatásban sincs a betegnek valódi magánélete.
- f) Elsősorban a várólistán lévő betegeket kellene kitagolni.
- g) A betegek megfelelő felkészítése nagyon fontos lenne.
- h) A munkatársak felkészítése nélkül nem lesz sikeres.

Pszichoszociális fogyatékoság

50. Véleménye szerint milyen szempontokat kellene figyelembe venni a pszichoszociális fogyatékoság fogalmának meghatározásakor?

- a) BNO-kód
- b) foglalkoztathatóság
- c) szociális készségek, kompetenciák (önállóság, kapcsolatok kialakítása)
- d) támogató háttér megléte
- e) a felsoroltak mindegyikét
- f) egyéb...

A szolgáltatások eredményességének mérése

51. Van-e minőségbiztosítási rendszerük?

- a) igen
- b) nem

52. Méri-e rendszeresen a kliensek szolgáltatással kapcsolatos elégedettségét?

- a) igen
- b) nem

Foglalkoztatás

53. Véleménye szerint az alábbi tényezők mennyire határozzák meg a pszichiátriai diagnózissal élők munkaerőpiaci elhelyezkedésének sikerességét? (1-től 5-ig)

- a) a vezető szemlélete
- b) a vezető, intézmény kapcsolatrendszere
- c) a kliensek állapota, képessége, készsége, szociális skilljei, kompetenciái
- d) a társadalomban lévő stigmatizáció, intolerancia
- e) elegendő védett munkahely
- f) a támogatott foglalkoztatás elérhetősége
- g) edukáció a munkáltatók felé
- h) szolgáltatás a munkáltatók felé
- i) munkaerőpiaci szolgáltatások
- j) egyéb:...

Köszönjük, hogy válaszaival segítette munkánkat!

„Én összesen, az is érdekes, a múltkor számoltam össze, tízszer voltam eddig kórházban. Tehát amikor, de minden alkalommal önként és dalolva, illetve hát dalolni akkor nem tudtam,/amikor bementem (nevetve) és kifele meg mindig könyörögtem, hogy még egy hetet hadd maradjak ... hát, tiszta hülye. Igen, mert én imádok közösségbe' lenni.” (Zsuzsa)

Ajánljuk a tisztelt olvasók figyelmébe a 2016. január és 2017. március között folytatott kutatásunkat, melyet az Emberi Erőforrások Minisztériuma Foglalkoztatásügyi Főosztálya megbízásából a Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány keretében végeztünk a pszichiátriai betegként diagnosztizált emberek helyzetének feltárására. Kutatásunk során törekedtünk a makroszint megismerésétől az egyén szintjéig eljutni. A jogszabályi környezet áttekintésétől indulva, a különböző paradigmákon és nemzetközi jó gyakorlatokon, a prevenció megközelítésén át jutottunk el a kutatás pszichiátriai betegként diagnosztizált résztvevőinek történeteire. Érintett kutatótársaink mindvégig éles kritikával és javaslatokkal vettek részt a munkában. Kutatásunk eredményeképpen szakpolitikai ajánlásokat fogalmaztunk meg, melyek közül néhány – reményeink szerint – továbbgondolásra érdemes, s a pszichiátriai betegként diagnosztizált emberekkel kapcsolatos kérdéseket továbbra is a szakmai párbeszéd fókuszában tartja.

Sokat tanultunk egymástól, s reméljük, hogy ezen kutatási beszámoló közreadásával mások is sokat tanulhatnak tőlünk.

„Meg az, hogy ott ugye sok más hozzám hasonló ember volt és hogy láttam, hogy mások is csinálnak hülyeséget. Láttam, hogy azt például, hogy én életbe vagyok, az már egy teljesítmény. ...Tehát hogy láttam magamról pozitív, tehát tudtam magamra pozitív példát is. Úgyhogy (...) Van, amit jól csinálok, vagy van, amit ... Én legalább küzdök, tényleg. Tehát azt gondolom, hogy küzdök.” (Dóra)

