

BUGARSZKI ZSOLT

Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

A tanulmány szakmapolitikai elemzés keretében próbálja körbejárni, vajon beszélhetünk-e intézménytelenítésről Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Az elemzés egy klasszikus modellt használva arra keresi a választ, hogy a különböző érintett szakmapolitikai szereplők milyen irányban próbálnak változtatni az ellátórendszer viszonyain, különös tekintettel a nagy létszámú bentlakásos intézményekre. A tanulmánynak a 20 éve mozdulatlan számok mögötti dinamizmus feltárása a célja, s arra keresi a választ, hogy a statisztikai adatokból kiolvasható mozdulatlanság háttérében érzékelhetünk-e mégis mozgásokat.

Bevezetés

A mentális problémák kezelésének történetében az eltelt fél évszázad egyik jellegzetes eseménye az intézménytelenítésnek nevezett folyamat. Ennek során Észak-Amerikában és Nyugat-Európában a nagy, zárt pszichiátriai intézményeket sorra másféle – jellemzően közösségi alapú – segítségnyújtási módok váltották fel.

Az alábbiakban egy szakmapolitikai elemzés keretében azt próbálom körbejárni, vajon beszélhetünk-e intézménytelenítésről Magyarországon, a mentális problémák kezelése területén.¹ Amennyiben a kérdésre az ellátórendszer alapvető adatai alapján keressük a választ, úgy nemes egyszerűséggel kijelenthetjük, hogy nálunk ez még nem történt meg. Habár a kórházi kapacitások mintegy negyede megszűnt a rendszerváltás óta, az ellátás hangsúlyai mind az egészségügy, mind pedig a szociális ellátás területén az intézmény alapú megoldásokon vannak.

Elemzésemben egy klasszikus modellt használva arra keresem a választ, hogy a különböző, érintett szakmapolitikai szereplők milyen irányba próbálták terelni az ellátórendszer viszonyait, különös tekintettel a nagy létszámú bentlakásos intézményekre. A számok mögötti dinamizmus feltárása tehát a célom, arra keresem a választ, hogy a statisztikai

¹ A jelenlegi tanulmány egy 4 éves kutatási folyamat eredményeképpen született doktori disszertáció rövid ismertetése. A teljes kutatási anyag a szükséges mellékletekkel, adatokkal elérhető a <http://www.box.net/shared/a343qnbqbr> címen.

adatokból leolvasható mozdulatlanság háttérében érzékelhetünk-e mégis mozgásokat.

Az intézménytelenítés (deinstitucionalizáció) szó önmagában meglehetősen pontatlan leírása annak a markáns szakmapolitikai intézkedéssorozatnak, amely egy nagy ívű, paradigmaticus változás. A folyamat eredményeképpen a korábban mintegy két évszázadon keresztül medikális értelmezést kapott élethelyzeteket újra társadalmi keretek közé helyezzük. Eszerint ezek a jelenségek társadalmi kontextusban értelmezhetőek, problémává nem önállóan, kizárólag az adott „szövegkörnyezetben”, az egyén és környezete kölcsönhatása során válnak.

Mentális egészségről beszélni mára már a WHO hivatalos definíciója (WHO, 2004) szerint sem kizárólag medikális kérdés, hanem olyan társadalmi kontextusban értelmezhető, mint a lakhatás, a társadalmi státus, a társas kapcsolatok rendszere, a jövedelem, foglalkoztatás, társadalmi részvétel stb.

Az intézménytelenítés mint kifejezés megítélésem szerint azért pontatlan és félreérthető fogalom, mert egy komplex szakmapolitikai lépéssorozat pusztán egyetlen elemére – jelesül a nagy létszámú, zárt intézmények felszámolására – koncentrálna, s ennél a folyamat jóval meghatározóbb elemei, amilyen pl. az önálló életvitelt lehetővé tevő közösségi-alapú szolgáltatások létrehozása, hiányoznak belőle. Hogy az intézménytelenítés fogalmát teljessé tegyük, egy négy pontból álló kritériumrendszerrel állítottam össze az elemzés céljaira. Ezeknek a háttérében az Európai Bizottság által 2003-ban megrendelt, két, olyan tanulmány ajánlásai szerepelnek, amelyek alapján az unió elme-egészségügygel foglalkozó Zöld Könyvében megjelent, intézménytelenítéssel kapcsolatos állásfoglalások születtek.²

A kritériumok a következők:

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeegészségügyi intézetek, pszichiátriai intézetek kiváltását jelenti. Ez azonban nem egyenlő a bentlakásos formák eltűnésével. Azok kisebb méretűvé válnak, a közösség keretei közé integrálódnak, humanizálódnak új földrajzi és szakmai keretek között.

2. Az intézménytelenítés nem az állam (vagy egyéb potenciális szolgáltatók) kivonulását jelenti az ellátásból. A megszűnő intézményi kapacitások helyén az érintettek számára szükséges egészségügyi, szociális és egyéb szolgáltatásokat a közösség keretei között szervezik meg, rendszerint rugalmas, változatos formákban, változatos helyszíneken. (Bachrach, 1978)

3. Az intézménytelenítés nem pusztán térbeli, földrajzi elmozdulást jelent. A folyamat részeként paradigmaváltásnak is tekinthető változások következnek be az ellátórendszer viszonyaiban. Ennek egyik legfontosabb eleme, hogy eltűnik a szolgáltatások létrehozásának motivációi közül az érintettek távol tartása a közösségtől. További változást jelent, hogy a korábban szigorú hierarchia szerint szerveződő medikális ellá-

² A Zöld Könyv által idézett kutatások: Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003-2004), http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf; "Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions", tender no. VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014

tást a társszakmák horizontálisan szerveződő, együttműködésére épülő multidiszciplinaritás váltja fel. Az attitűdváltásnak köszönhetően a különböző kezeléseket, ellátásokat korábban passzívan elszenvedő ellátottak, a szolgáltatásokat saját szükségleteik alapján igénybevevő megrendelőkké válnak.

4. Az intézménytelenítés folyamata kizárólag tudatos szakmapolitikai lépésként értelmezhető.

Módszertani keretek

A tanulmány keretei között egy klasszikus elemzési modellt, David Easton „Black Box” modelljét fogom használni. Az alapvetően politikai rendszerek működésének vizsgálatára az ötvenes évek elején kidolgozott, azóta széles körben használt és továbbfejlesztett megközelítés nagyban befolyásolta a szakmapolitikai elemzések későbbi alakulását, a különböző iskolákat. (Easton, 1990)

Easton megközelítése ugyanis egy olyan döntéshozó modellben gondolkodik, amely szoros kapcsolatot feltételezett a döntéshozatali mechanizmus, a döntési kimenetek és az egész folyamat széles értelemben vett kontextusa között. (Parsons, 1999)

Rendszerszemléletű értelmezésében Easton a különböző inputokra helyezi a hangsúlyt, ezeket vizsgálja először. Kétféle inputot különböztet meg: a döntéshozók széles értelemben vett környezetéből érkező követeléseket, igényeket és a támogatásokat. (Easton, 1990)

Az igények, követelések kapcsán érdemes megjegyezni, hogy azok értelemszerűen cselekvést várnak el a döntéshozóktól, ráadásul ezek az esetek többségében értékorientált cselekvésekre vonatkozó elvárások.

A támogató inputok a választópolgárok szavazatai, az intézményrendszer „engedelmessége”, a döntéshozók legitimitása (jogszabálykövetés, adófizetés).

Easton értelmezésében ezek az inputok azután bekerülnek a döntéshozatal és a végrehajtás fekete dobozába, ahonnan jogszabályok, cselekvési tervek, rendeletek, utasítások formájában kerülnek ki. (Easton, 1990)

A megközelítés kritikusai, pl. Edelman azt hangsúlyozták, hogy leegyszerűsítő az a megközelítés, amely a döntéshozatal forrásait kizárólag külső forrásokként határozza meg. A döntéshozóknak számos önálló kezdeményezésük is van, ők maguk is igények megfogalmazói, sőt, továbbgondolva megvannak annak a technikái is, hogy miként tudják az egyes igényeket akár mesterségesen életre kelteni. Sokkal dinamikusabb, egymásra ható folyamatról van szó tehát. (Edelman, 1971)

A kritikai megjegyzéseket is figyelembe véve Easton klasszikus modellje megfelelő keretnek bizonyult számomra a szakmapolitikai elemzéshez. A modell segítségével az ellátórendszer dinamikáját vázoltam fel, amelyben az egyes szereplők a maguk értékorientációi mentén a közigazgatás releváns szintjeit megcélözva próbálják a maguk érdekei szerint befolyásolni a döntéshozatalt. Megítélésem szerint a szociális (és egészségügyi) igazgatás struktúrája és annak befolyásolási kísérletei Magyarországon sokkal inkább tükrözik az Easton klasszikus „fekete doboz” megközelítésében tetten érhető, egy központra mutató cselek-

vést, mintsem hogy azt valamelyik korszerű hálózat-elemzéssel lenne érdemes megragadni.

Az elemzés során a pszichiátriai otthonok mint klasszikus, nagy létszámú intézmények kerülnek érdeklődésem középpontjába, de a medikális szereplők viszonyulásainak elemzése kapcsán ki fogok térni a kórházi kapacitások alakulására, illetve az azzal kapcsolatos állásfoglalásokra.

A vizsgálat egy meghatározott időszakot, az 1996 és 2006 között eltelt 10 év fejleményeit tekinti át.

Joggal vetődhet fel az olvasóban a kérdés, hogy az elemzés miért nem tér ki a 2006-os évet követő eseményekre. 2006 óta számos, a témában fontos fordulat következett be. Alig egy évvel később bezárták az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet, 2009-ben pedig nagy visszhangot kiváltó tiltakozási hullám indult el a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség által az intézmények modernizációjára és kitagolására szánt európai uniós források tervezett felhasználásával szemben.

Fontos sajátossága azonban a jelenlegi tanulmánynak, hogy nem a mindenki által ismert pusztán tények bekövetkeztét vizsgálja, hanem az azokban érdekelt szereplők viszonyulását, motivációit és megnyilvánulásait. Ezek feltárása meglehetősen időigényes feladat. E sorok szerzője négy évig módszeresen kutatta a különböző szakmapolitikai szereplők hivatalos és olykor informális dokumentumait. A kutatás során 8 a témánk szempontjából releváns kutatás, 6 nemzetközi és hazai jelentés, 13 különböző szakmai állásfoglalás ugyanennyi jegyzőkönyv, 16 szakmai koncepció, 6 alapelv és mintegy 71 különböző tanulmány került feldolgozásra. A dokumentumelemzés módszerét azokon a területeken, ahol a hozzáférhető írásos anyagok hiányoztak, az adott terület kulcsszereplőitől kapott információkkal egészítettem ki.

A feltárás általában annál nehezebben ment, minél inkább közeli és élő egy adott kérdés. Az OPNI bezárása négy év elteltével sem vált lezárt folyamattá, sőt napjainkban mintha újult erővel kelne életre a kérdés. Az eseményekről tudósítani minden bizonnyal lehetne, azonban az objektív elemzés lehetőségére megítélésem szerint még várnunk kell.

Az elemzési egységek a vizsgált időszak elme-egészségügyi ellátó-rendszerére ható szereplői három nagy csoportra osztható:

1. Szabályozó, finanszírozó szereplők
2. Szolgáltató, ellátó szereplők
3. Felhasználói mozgalmak

A hármas tagolás, a releváns szereplők alább kifejtett logika szerinti összevonása önkényes döntés következménye, implicit módon megjeleníti a szerző látásmódját. Az objektivitás azonban megítélésem szerint ezzel nem sérül, hiszen annak ellenére, hogy más logikai felosztás is elképzelhető, az a szereplők számán és kilétén, valamint a szférán belüli megnyilvánulásaikon nem változtat, legfeljebb egy más logikai felosztás mentén azok máshol lennének feltüntetve.

Az elme-egészségügyi ellátórendszer jellemző adatai

A dolgozat szempontjából a vizsgált időszak fekvőbeteg-ellátó kapacitásai és a járóbeteg-ellátás, különösen az alábbiakban részletesen tárgyalt pszichiátriai gondozók kapacitásai a számunkra igazán fontosak.

1. táblázat A pszichiátriai férőhelyek alakulása a fekvőbeteg ellátásban

Év	Pszichiátriai férőhelyek száma
1994	12 039
1995	11 124
1997	9 478
2004	9 470
2006	9 308

Forrás: GYOGYINFOK, ESZCSM 1618/04. sz. adatgyűjtés

A kilencvenes évek elején mintegy 12 000 pszichiátriai férőhely volt az országban, elsősorban kórházak pszichiátriai osztályain. Az 1995-ös ún. Bokros-csomag eredményeképpen jelentős volt az ágyszám-csökkentés, ami a pszichiátriai férőhelyek 7,6 százalékát érintette: 915 ágy szűnt meg. Ezt követően 1997-ben további 15 százalékos csökkenés következett be. S bár a későbbiekben további átcsoportosításokat is végrehajtottak, alapjában azonban 2006-ig a 9000 körüli ágyszámot tekinthetjük irányadónak, ami nagyjából 9 ágyat jelent 10 000 lakosra számítva.

Az országban a Pszichiátriai Szakmai Kollégium adatai szerint mintegy 800 pszichiáter szakember dolgozik, ezek kétharmada kórházi osztályon látja el feladatát. 275 pszichiáter szakembert találunk az ország 146 gondozójában.

A járóbeteg-ellátást lebonyolító pszichiátriai gondozók száma 1996 és 2006 között mintegy 10 százalékkal növekedett, ugyanebben az időszakban a betegforgalom mintegy 32 százalékos növekedését tapasztalhattuk.

2. táblázat A pszichiátriai gondozók száma és az általuk bonyolított betegforgalom alakulása 1996–2006 között

Év	Pszichiátriai gondozók száma	Betegforgalom (ezer fő)
1996	134	1116
1997	136	1190
1998	138	1234
1999	139	1277
2000	139	1262
2001	142	1304
2002	144	1331

MAGYAR VALÓSÁG

Év	Pszichiátriai gondozók száma	Betegforgalom (ezer fő)
2003	144	1363
2004	144	1395
2005	146	1431
2006	146	1482

Forrás: KSH

1996-ban a szociális ellátórendszerben mindössze a tartós bentlakást nyújtó otthonokat találjuk, mint olyan szociális szolgáltatásokat, melyek deklarált célcsoportját a pszichiátriai betegek jelentik.³

3. táblázat A pszichiátriai betegek otthonában ellátottak száma 1993 és 2006 között

Év	A pszichiátriai betegek otthonaiban ellátottak száma (fő)
1993	8042
1994	7964
1995	7480
1996	7387
1997	7596
1998	7376
1999	7829
2000	8133
2001	7962
2002	7960
2003	7889
2004	7965
2005	8074
2006	8132

Forrás: KSH

A tartós bentlakást nyújtó intézmények mellett a vizsgált időszakban nevesítették a pszichiátriai betegeket megcélzó közösségi alapú szolgáltatásokat, a szociális törvényben. A vizsgált időszak végére a szociális ellátórendszer pszichiátriai betegeket ellátó része a következőképpen alakult:

³ Ezt azért tartottam fontosnak így megfogalmazni, mert természetesen a családsegítő szolgálatoknál vagy a hajléktalan-ellátásban, sőt, később a gyermekvédelmi ellátórendszerben is rendre jelentek meg pszichiátriai betegek, ám ezeknek a szolgáltatásoknak nem ez a fő profilja.

4. táblázat Az egyes pszichiátriai betegeket ellátó szociális szolgáltatások és férőhelyeik száma

Szolgáltatás	Férőhely/ellátott (fő)	Szolgáltatások száma (db)
Közösségi ellátások ¹	3600	195
Pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátása ²	1000	n.a.
Pszichiátriai betegek lakóotthona ³	143	10
Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye ⁴	65	n.a.

1. Pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi ellátása együtt

2. 2005-ös adat

3. 2003-as adat

4. 2005-ös adat

Forrás: ⁴ számú lábjegyzet

A vizsgált 10 esztendőben tehát a pszichiátriai otthonokban élő emberek létszáma gyakorlatilag nem változott. 7000–8000 fő lakik az ország mintegy 52 pszichiátriai otthonában. Az 1996-os és 2006-os évek között van ugyan egy majd 10 százalékos különbség, de a hosszabb idő-sorokból látható, hogy egy átmeneti ingadozás egyik szélső értékét jeleníti meg az 1996-os adat. A szintén a tartós bentlakást nyújtó intézményekhez sorolható pszichiátriai betegek rehabilitációs otthonainak kapacitásairól egy 2005-ös adat áll rendelkezésünkre. Eszerint 221 főt vettek gondozásba ezekben az intézményekben. (Hidvégi, 2007)⁵

A közösségi alapú szolgáltatási formák gyakorlatilag nem léteztek a vizsgált időszak elején. 2006-ra országsszerte mintegy 200 szolgáltatásban nem egészen 5000 embert láttak el a szakemberek.

Pusztán a számok alapján az látható tehát, hogy 1996 és 2006 között az intézményrendszer viszonyai alapvetően nem változtak, érdemi kitagolásról, intézménytelenítésről nem beszélhetünk. Az ellátórendszer egy csúcsára állított piramisra emlékeztet, amelyben a legszűkebb kapacitások az alapellátásban vannak, az ellátórendszer hangsúlyai hagyományosan az intézményi-alapú ellátási formákra kerülnek.

Vizsgálatom szempontjából azonban nem az intézményrendszer számokban tetten érhető elmozdulása vagy éppen mozdulatlansága volt

⁴ Hidvégi, J.: Javaslat a szociális szolgáltatások átalakításának fő irányaira, Szociális és Munkaügyi Minisztérium, 2007; Turcsik L.: Lakóotthonok Magyarországon, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2002

⁵ Kétségtelen, hogy ma már jóval pontosabb adatsorokat lehet találni az egyes szolgáltatásokról. Mégis úgy döntöttem, hogy a minisztérium korábbi főosztályvezetőjének minisztériumi anyagát használom az adatok ismertetésére, az időszak meghatározó szakminisztériumi koncepciói ugyanis ezekre az adatokra hivatkozva készültek el.

fontos, hanem az egyes szakmapolitikai szereplők viszonyulását, motivációit és az ellátórendszer alakulására ható megnyilvánulásait igyekeztem feltérképezni. Azt felételeztem ugyanis, hogy a statisztikai számsorokban fellelhető mozdulatlanság mögött igen sok mozgás van, egy sokszereplős, különböző érdekviszonyokkal bíró pezsgő szféra mozgásai. Ennek feltárására teszek kísérletet az alábbiakban.

Nemzetközi szervezetek ajánlásai, irányelvei

A különböző nemzetközi szervezetek (ENSZ, WHO, EU hatóságok) közvetlenül nem tekinthetők szabályozó szereplőnek a hazai elme-egészségügyi ellátás területén. Az EU-ban ez a terület a tagállamok hatáskörébe tartozik, az ENSZ és szervezetei pedig nem bírnak közvetlen hatással tagállamaikra. Magyarország azonban egyrészt számos nemzetközi egyezményhez csatlakozott, s szakmapolitikai döntéseiben rendre figyelembe veszi a nemzetközi ajánlásokat, dokumentumaiban hivatkozik azokra, s így azok közvetve mégis hatást gyakorolnak a hazai ellátórendszerre.

ENSZ alapelvek

Az ENSZ közgyűlése által 1991-ben elfogadott „Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről” az emberi méltóság fontosságát, a kényszerítés és korlátozás megengedhetetlen voltát, az ellátáshoz és törődéshez való jogot, a közösségben való élet és dolgozás jogát deklarálja. Az egyezmény egyértelműen állást foglal a közösségbe integrált ellátási formák mellett. (ENSZ, 1991)

WHO ajánlások

Az Egészségügyi Világszervezet szakértői anyagai már évtizedekkel ezelőtt túlléptek a szoros értelemben vett pszichiátriai ellátórendszer keretein. (WHO, 2004) A szakértői anyagok üzenete az, hogy egy adott közösség lelki egészségének nem a kórházak, intézmények, terápiás beavatkozások az igazi letéteményesei, hanem sokkal szélesebb értelemben, a közösség életének számos területén kell segítséget nyújtani, elsősorban a mentális problémák megelőzése érdekében.

A WHO honlapján meglehetősen tömören megfogalmazott állásfoglalást találunk az elme-egészségügyi ellátórendszer kívánatos fejlesztési irányaira vonatkozóan:

„A WHO három legfontosabb ajánlása szakmapolitikai fejlesztések, stratégiai tervek és a szolgáltatástervezés részére:

- Az elme-egészségügyi ellátás intézménytelenítése
- Az elme-egészségügy integrálása az általános egészségügyi ellátásba
- Közösségi alapú szolgáltatások fejlesztése”⁶

⁶ http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html

Bugarszki: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

A Világszervezet tanulmányaira jellemző meglehetősen óvatos érvelési stílushoz képest szokatlanul lényegre törően kommunikált ajánlások a következőkkel egészülnek ki az elmeegógyintézetekkel és nagy létszámú pszichiátriai intézményekkel kapcsolatban.

„Elmekórházak és speciális intézmények: Az elmeegógyintézeti ellátás és az egyedülálló intézményben nyújtott pszichiátriai kórházak alkalmazása nem javasolt.

(...)

Elme-egészségügyi ellátásokat általános egészségügyi szolgáltatások és közösségi alapú szolgáltatások keretei között kell nyújtani. A nagy, centralizált pszichiátriai intézményeket megfelelőbb szolgáltatásokkal kell felváltani.” (WHO, 2003)

EU Zöld Könyv

Az Európai Unió Mentális Egészségről szóló Zöld Könyve (EU Bizottság, 2005) többek között a 2005-ös Helsinkiben megrendezett WHO miniszteri konferencia⁷ felkérésére született, jelezve, hogy a mentális egészség kérdése előtérbe került az Európai és a globális egészségpolitikában.

Tanulmányunk szempontjából legfontosabb a dokumentum intézménytelenítéshez való viszonya. A kifejezés a Zöld Könyv 6.2-es, „A mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők társadalmi integrációjának elősegítése, valamint az alapvető jogaik és a méltóságuk védelme” címet viselő fejezetében jelenik meg. (EU Bizottság, 2005)

A Zöld Könyv az intézménytelenítés kapcsán paradigmaváltásról beszél.

„Paradigmaváltás

A társadalmi integrációt segíti a mentális egészségügyi szolgáltatások intézményektől való függetlenítése⁸, és szolgáltatások biztosítása az alapellátásban, közösségi központokban és általános kórházakban, a betegek és a hozzátartozók igényeivel összhangban. A nagy pszichiátriai kórházak vagy elmeegógyintézetek könnyen fokozhatják a megbélyegzést. A pszichiátriai szolgáltatások reformjai révén számos országban a mentális egészségügyi szolgáltatásokat a nagy pszichiátriai intézmények helyett közösségi szinten biztosítják (egyes újonnan csatlakozott tagállamokban a mentális egészségügyi infrastruktúra nagy részét továbbra is elmeegógyintézetek alkotják). Ez együtt jár azzal, hogy a betegeket és hozzátartozóikat, valamint az egészségügyi dolgozókat képezni kell az aktív részvételt és a felelősség felvállalását célzó stratégiák terén.” (EU Bizottság, 2005)

Nem kell a sorok között olvasni tudó, vájt fülű szakértőnek lenni ahhoz, hogy egyértelműen észrevegyük a Zöld Könyv régiónk számára szóló üzenetét.

⁷ Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/6 14 January 2005

⁸ Külön figyelmet érdemel a magyar nyelvű szóhasználat a dokumentumok elemzése során. A Zöld Könyvből származó idézetekhez a hivatalos magyar fordítás szövegét használtam, itt az angol eredetiben szereplő *deinstitutionalization* kifejezés az *intézményektől való függetlenítés* kifejezéssel került lefordításra. Én ezt a fordítást nem tartom túl szerencsésnek, viszont nagyon is jellemző módon egy ilyen apró példán keresztül is mutatja az eredeti jelentés felpuhítására való magyar törekvést. Felváltani, lecserélni egy intézményrendszert nem ugyanaz, mint függetlenedni egy intézményrendszertől.

A nagy létszámú intézményeket érintő nemzetközi és hazai vizsgálatok

ECCL tanulmány

A European Coalition for Community Living (ECCL) felmérésében (ECCL, 2004) Franciaország, Németország, Lengyelország, Románia és Magyarország intézményi viszonyait vizsgálták.

A vizsgálat során minden országban helyi kutatókat alkalmaztak, akik egy mintavétel után meglátogattak intézményeket. A mintavétel során fontos szempont volt, hogy a kiválasztott intézmények között egyaránt legyenek fogyatékos embereket ellátó, pszichiátriai betegeket, illetve mozgáskorlátozottakat kezelő intézmény, valamint felnőtt és gyermek intézmény is.

A felmérés során interjút készítettek a vezetővel, valamint a kutató a részt vevő megfigyelés módszerét alkalmazva meghatározott időt töltött az intézményben és több skálán, adott paraméterek alapján elhelyezte azt. A felmérés elsősorban az életkörülményekkel, az életminőséggel kapcsolatos dimenziókat kívánta felfedni, majd ezeket összevetették a hasonló módszerrel készült közösségi alapú szolgáltatásokat vizsgáló felmérésekkel.

Az eredmények a magyar bentlakásos intézmények vonatkozásában nem bizonyultak hízogőnek. Az intézmények méretét tekintve a vizsgálatba választott magyar és román intézményekben laktak a legtöbbben egy szobában, értelemszerűen ezekben az intézményekben jutott a legkisebb lakó és alvóter is. Míg Lengyelországban és Franciaországban maximum 3 fő osztozott egy szobán a vizsgált intézményekben, addig Magyarországon és Romániában ez a szám 7, illetve 10 fő volt. Hasonló a helyzet a közösségi helyiségek használatakor is, míg Franciaországban előfordul, hogy hárman (de legfeljebb tizenöten) osztoznak egy nappalin, addig Magyarországon ennek kilencszerese, a legjobb esetben is minimum 27 fő osztozott egy közösségi szobán. A magyarországi intézmények számoltak be a leghosszabb tartózkodási időről, ami átlagosan 14 év volt. (ECCL, 2004)

Habár a vizsgálat arról számolt be, hogy Magyarországon és Romániában a magas támogatás igényel bíró lakók vannak többségben, ami elvileg jelenthetné azt is, hogy jól célzottak az intézmények, de ennek kimondásához az alacsony támogatás igényűek 23–28 százalékos aránya még mindig magas. (ECCL, 2004)

Az intézményi ellátás viszonyainak megragadására a vizsgálatban számos módszert alkalmaztak. Az egyik a területen széles körben használt Revised Resident Management Practice Scale (Holland és tsai, 1981), melyet az intézményes gondozás négy jellegzetességének felmérésére használnak:

- napirend merevsége
- egyéni vagy csoportos bánásmód
- a saját személyiség kifejezésének lehetősége (ruházkodás, saját tárgyak, eszközök)
- a személyzet távolságtartása

Az 5. táblázat a vizsgálatban szereplő országok kiválasztott intézményeinek átlagpontjait mutatja.

5. táblázat *Ellátás intézményi minősége*

Ország	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Magyarország	29,5	11,3	14,3	51,8
Lengyelország	20,8	12,1	3,6	48,2
Románia	40,7	16,3	21,4	71,4
Franciaország	17,3	6,1	7,1	25,0

Forrás: ECCL tanulmány⁹

Minél magasabb a kapott pontérték, annál intézményesebb az ellátás, tehát nagyobb hangsúly van az intézmény szükségletein, mintsem az ott élők személyes igényein.

Ahogy a korábbi adatokon is látható volt, a romániai és a magyarországi intézmények jóval rosszabb mutatókkal bírnak a vizsgálatban, mint a francia vagy lengyel bentlakásos szolgáltatások.

Rosenthal jelentés

A hazai szakmai körökben, sőt a nyilvánosság előtt is nagy visszhangja volt a Mental Disability Rights International (MDRI) 1996-ban kiadott jelentésének, melyet leginkább Rosenthal jelentésként ismerhetünk. (MDRI, 1996)

A majd 200 oldalas jelentés az 1995-ben és 1996-ban végzett intézménylátogatások során felvett interjúk tapasztalatain alapul. A kutatást végző munkacsoport tagjai több hetet töltöttek el pszichiátriai otthonokban, kórházak pszichiátriai osztályain, s járóbeteg-ellátásokat és egy közösségi pszichiátriai programot is meglátogattak.

Maga a jelentés a fent ismertetett nemzetközi állásfoglalásoknál is élesebb megfogalmazással foglal állást a nagy intézmények, illetve közösségi alapú ellátási formák vonatkozásában. Miután felvázolja az ellátórendszer 1996-os viszonyait, azonnal utal annak intézmény-központúságára is. A jelentés elsősorban a pszichiátriai otthonok rendszerét tartja problematikusnak, olyannyira, hogy azok alapvető koncepcióját elhibázottnak tartja. A távoli, országhatár melletti elhelyezkedés, a visszaintegrálást valóban elősegítő rehabilitációs szolgáltatások hiánya, az elszigeteltség megállapításaik szerint függővé és kiszolgáltatottá teszi a lakókat. Ezek olyan elemei a pszichiátriai otthonoknak, melyek miatt a

⁹ Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003–2004), http://ec.europa.eu/employment_social/index/socinc_en.pdf

MAGYAR VALÓSÁG

tanulmány szerzői nem azok reformját, átalakítását, hanem fokozatos leépítésüket ajánlja. (MDRI, 1996)

MDAC jelentés

Az elsősorban jogi kérdésekre koncentráló szervezetet témánk szempontjából leginkább a hálós ágyak kapcsán végzett vizsgálatuk, illetve az annak nyomán készített „cage beds – Inhuman and Degrading Treatment or Punishment in Four EU Accession Countries” címmel publikált riport révén érdemes kiemelni. (MDAC, 2003)

A 2003-ban publikált felmérés az akkor még EU csatlakozás előtt álló Csehország, Magyarország, Szlovákia és Szlovénia viszonyait mérte fel a hálós ágyak mint kényszerítő eszközök használatát illetően. A szervezet munkatársai beszámolnak arról, hogy mind a négy vizsgált országban találtak példát a hálós ágyak használatára, amit a szerzők mint különösen embertelen büntetőeszközt írnak le. A szerzők nem titkolt szándéka 2003-ban – egy évvel az EU csatlakozás előtt – az volt, hogy felhívják a tagállamok figyelmét a tényre: a csatlakozó országok egyes polgáraikat ezzel a megalázó, embertelen módszerrel kezelik. (MDAC, 2003)

Gönczöl-jelentés

Az MDRI jelentésével szinte egyidőben, Gönczöl Katalin az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa is vizsgálta a pszichiátriai otthonok helyzetét. Saját vizsgálatát a *Psychiatria Hungarica* hasábjain a következőképpen foglalja össze:

„Az egészségügyi és szociális szféra periferiáján működő intézetekben élő mentális betegek érdekérvényesítési lehetőségeinek korlátozottsága, kiszolgáltatott helyzetük indított arra, hogy hivatalból vizsgáljam az emberi és állampolgári jogok érvényesülését. A vizsgálat öt intézményre terjedt ki, melyek között volt egészségügyi és szociális jellegű, minisztériumi és önkormányzati fenntartású, fővárosi és vidéki fekvőbeteg-intézet és otthon.” (Gönczöl, 1997)

Az állampolgári jogok biztosa jelentésében javaslatot tett a pszichiátriai otthonok finanszírozási problémáinak megoldására, a gondnoksági, gyámhatósági rendszer felülvizsgálatára, módosítására, a foglalkozási rehabilitációs rendszer átdolgozására, a civil kontroll erősítésére, valamint igen határozottan a visontai pszichiátriai otthon megszüntetésére. Ezek a javaslatok inkább a visszaélésekkel szembeni jogi garanciákat, a szakmai tartalmat igyekeznek erősíteni, a Rosenthal jelentéssel ellentétben az ombudsman vizsgálata – egy kivétellel – nem szorgalmazza a nagy létszámú intézmények felszámolását, az intézménytelenítést.

A nemzetközi és hazai vizsgálatok megállapításaira adott hazai reakciók

Az MDRI tanulmánya nagy visszhangot váltott ki pszichiátriai körökben. Mint a fentiekben kitértünk rá, közel egy időben publikálta jelentését a témában Gönczöl Katalin akkori ombudsman, és 1997-ben jelent meg Harangozó Judit szintén alapvető változásokat sürgető röpirata a közösségi pszichiátriáról. (Harangozó, 1997)

A pszichiáter szakma vezető folyóirata, a *Psychiatria Hungarica* Achilles rovatában 1997-ben nagy terjedelemben foglalkozik a fent említett dokumentumokkal, és teret enged az azokra érkezett reagálásoknak. (*Psychiatria Hungarica*, 1997)

A hazai pszichiátria azóta elhunyt, egyik meghatározó alakja, Veér András is tollat ragadott, hogy a folyóirat hasábjain reflektáljon a vizsgálatokra, „Hozzászólás a Rosenthal dossziéhez” címmel. (Veér, 1997)

Veértől a Rosenthal jelentés hideget-meleget is kapott. Miközben a szerző egészében figyelemreméltó munkának tartja, annak szerinte pontatlanság részei miatt úgy fogalmaz, hogy „legalább a kibic szemével is megismerjük a bajokat” (Veér, 1997) s egyúttal jelzi, hogy máshol sem fenéig tejfel az ellátás. USA-beli, illetve angol példákat hoz visszaélésekről, embertelen körülmények között működő intézményekről.

Bitter István, a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) akkori elnöke úgy ítéli meg, hogy a bírálatok nem a pszichiáter szakmának, hanem alapvetően a kormányoknak, a politikusoknak szólnak. A szerző miközben köszönetet mond Eric Rosenthalnak és csoportjának, ezzel zárja sorait:

„ajánlásait azonban javasolom, hogy kritikusan elemezzük, határozzuk meg magunk a hazai pszichiátria fejlesztési igényeit, mert a szerzők jóindulatú ajánlásait úgy is értelmezhetik a döntéshozók, hogy van még néhány ezer becsukható ágy a magyar pszichiátriai ellátás végein”. (Bitter, 1997)

A heves reakciókat talán magyarázza, hogy a Rosenthal-jelentést és a Gönczöl-jelentést egy olyan időpontban publikálták, amikor más, a szféra szempontjából meghatározó események is borzolták a kedélyeket. Alig egy év telt el a Bokros-csomag néven elhíresült intézkedéssorozat részeként végrehajtott ágyszám csökkentések óta, melyek közvetlenül érintették a pszichiátriai ellátást, illetve éppen ebben az időben zajlott az 1972-ben jegyzett egészségügyi törvény leváltására hivatott új egészségügyi törvény parlamenti vitája is.

Érdemes észrevenni, hogy a reakciók zöme a pszichiáter szakmából érkezik, miközben a bírálatok többsége a szociális ellátórendszer részeként működő pszichiátriai otthonokat érinti. Az eseményeket rekonstruáló kutató számára szembeötlő, mennyire „hallgat” a szociális szféra az egyébként nagy nyilvánosságot kapott vizsgálatok tárgyában. Miközben a vezető pszichiátriai szakfolyóiratban a *Psychiatria Hungarica*-ban nagy terjedelemben, meglepően sokan foglalkoztak a nagy létszámú intézmények, sőt, közvetlenül az intézménytelenítés témakörével, addig a szociális szféra vezető folyóiratában, az *ESÉLY*-ben gyakorlatilag nyoma sincs az eseményeknek.

Több dologra is fel kell hívni azonban a figyelmet. A kérdéses vizsgálá-

latokat 1996–97-ben publikálták, mindössze 3–4 évvel azt követően, hogy a pszichiátriai otthonok a szociális szféra kezelésébe kerültek. Korábban ezek az intézmények évtizedekig az egészségügy irányítása alatt álltak. A heves reagálásokhoz az is hozzájárulhatott, hogy úgy kerül a pszichiátriai szakma (is) bírálókat keresztüzzébe, hogy a kifogásolt intézmények nem tartoznak többé felügyeletük alá.

A szociális szféra hallgatása inkább köszönhető az utólag rekonstruálható dokumentáltság és a nyomon követhető szakmai közélet hiányának, mintsem annak, hogy a tartós bentlakást nyújtó intézmények dolgozói és fenntartói szó nélkül hagyták volna az eseményeket. Figyelemre méltó, hogy miközben jelentős szeletet képviselnek a szociális szférában, néhány kivételt leszámítva mennyire nem részei a szakmai közéletnek a tartós bentlakást nyújtó intézmények képviselői. Ha megnézzük pl. a fent említett ESÉLY folyóirat számait, akkor elvéve találunk írásokat, tanulmányokat, publikációkat a pszichiátriai otthonokról. Ennek több oka lehet.

A nagy létszámú, tartós bentlakást nyújtó intézmények azok közé a szociális szolgáltatások közé tartoznak, amelyek már jóval a rendszerváltás előtt is léteztek, s úgy váltak a szociális ellátórendszer részévé, hogy az 1993-as szociális törvény akkori állapotukat érintetlenül hagyva nevesítette őket. (Bugarszki, 2004)

A tartós bentlakást nyújtó intézmények 1993-ra már kialakult és megszilárdult szervezeti kultúrával rendelkeztek. És ez a szervezeti kultúra attól, hogy a szociális törvény egy adminisztratív húzással egy kalap alá vette őket, nem sok hasonlóságot mutat a családsegítő szolgálatok, a hajléktalan-ellátás vagy az éppen 1997-ben indult gyermekjóléti szolgálatok szellemiségével. Márpedig a szociális szakma leginkább ez utóbbi szolgáltatásokhoz kapcsolódóan fogalmazza meg saját identitását, ezekben a körökben keletkezik az ESÉLY-ben publikált tanulmányok többsége, itt zajlik a szakmapolitikai tevékenységek láthatóbb része.

Mindez azonban még mindig nem feltétlenül jelenti azt, hogy a bentlakásos intézmények képviselői reagálás nélkül hagyták volna az őket közvetlenül érintő jelentések megállapításait. Ha nem is írtak folyóiratokba, biztosak lehetünk benne, hogy megyei, minisztériumi vezetői értekezleteken, egyeztetéseken feldolgozták a tanulságokat.

Az akkori Országos Módszertani Központ vezetőjétől, Marketti Judittól kapott, szóbeli információból kiderült: szakmai rendezvényeken, informális megbeszéléseken már feldolgozták az idézett jelentések megállapításait. Marketti Judit¹⁰ a reakciók között említette még azt is, hogy a minisztérium szociális szolgáltatásokért felelős főosztálya Kovács Ibolya vezetésével számos tekintetben tulajdonképpen azonnal reagált főként az ombudsmani jelentés megállapításaira. A jelentés által kért, jogi garanciális szabályozások bevezetésén túl jelentékeny pályázati pénzek váltak elérhetővé a pszichiátriai otthonok számára, azok korszerűsítésére, a kifogásolt körülmények és gyakorlatok felszámolására.

Témánk szempontjából a leginkább látványos következmény a Heves Megyei Önkormányzat Visontai Pszichiátriai Otthonának bezárása. Itt az állampolgári jogok biztosja olyan viszonyokat talált, hogy nem elé-

¹⁰ Marketti Judit, szóbeli közlés

gedett meg a máshol javasolt jogi, szakmai garanciák erősítésével, az intézmény bezárására tett javaslatot. Erre nem sokkal az ombudsmani vizsgálat nyilvánosságra hozatala után sor is került. Jellemzi azonban az intézménytelenítés hazai viszonyait, hogy a visontai intézmény lakói a közösségbe integrált lakóotthonok helyett a hasonló létszámviszonyokkal bíró (mintegy 300 fős), ám kétségtelenül modernebb füzesabonyi intézménybe kerültek.

A jelentések utóélete

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának minden bizonnyal nagyobb közvetlen súlya, befolyása volt a hazai szakmapolitikai események alakítására, mint a Rosenthal jelentést készítő, nemzetközi szervezetnek. A két jelentés utóélete, hangvétele és ajánlásai is különböznek, s ezek közvetlenül befolyásolták azok eredményességét.

A Rosenthal-jelentés egy nagyon karakteres dokumentum, amely drasztikus és azonnali intézménytelenítést ajánl. Ehhez képest a Gönczöl-jelentés mindössze egyetlen konkrét intézmény, a Heves Megyei Önkormányzat Visontai Pszichiátriai Otthonának bezárását javasolja, s az intézménynek létjogosultságát nem megkérdőjelezve azok emberi jogi, betegjogi és szakmai garanciáit szeretné erősíteni.

A Rosenthal-jelentés dinamikája a hegy tetejéről leguruló hógolyóra emlékeztet. A jelentés készítői tanulmányuk publikálásával elindították a „hógolyót” a tetőről, amely ettől kezdve önálló életre kelt, a média természeténél fogva rövid ideig nagyfokú nyilvánosságot kapott és felkavarta, megnyilatkozásra kényszerítette a szakmai szereplők többségét, de ezekre az eseményekre a tanulmány szerzőinek további befolyása már nem volt.

Sokkal összetettebb a Gönczöl-jelentés dinamikája. A jelentés elkészítése és publikálása egy összetett akciósorozat egyik állomása csupán. Itt már a motiváció is legitimáló tényező, hiszen az ombudsman általában megkeresésekre, egy bizonyos területről érkező bejelentésekre reagálva kezd foglalkozni egy adott témával. A tanulmány publikálása után a biztos konkrét ajánlásokat fogalmaz meg a szaktárca vezetői vagy az érintett hatóságok részére, ennek kerete ráadásul a parlament, s minden esetben explicit módon megjelenítik az egyes jelentések utóéletét, hatását az ombudsmani jelentésekben, a parlamentnek készülő beszámolóokban. Nem egyszer egy vizsgálatot pár év múlva hasonló követ, amelyben visszautalnak a korábbi tapasztalatokra, így gyakorlatilag évekig felszínre marad, vagy legalábbis éveken keresztül újra és újra felszínre kerül a téma, ráadásul mindez nagy médianyilvánosság közepette történik.

Az állampolgári jogok biztosja négy évvel az első vizsgálat után 2000-ben publikált beszámolójában¹¹ arra a következtetésre jut, hogy radikális változásokra a közeljövőben nem lehet számítani.

Talán óvatosságból, de még ennek ismeretében sem javasolja a tartós bentlakást nyújtó ellátórendszer felszámolását, folyamatos ellenőrzést

¹¹ Az állampolgári jogok országgyűlési biztosja 2000. évi tevékenységéről szóló összefoglalója <http://www.obh.hu/allam/2000/tart2k.htm#tartalom>

sürget, s a civil kontroll, valamint a média fokozott figyelmének odairányulásától vár változást. Álláspontját talán érzékletesebben tükrözi egy nyilatkozata:

„Ha már szóba hozta az elme-szociális otthonokban tartott vizsgálatot. Ha jól érzékeltem, a sajtótájékoztatójuk után leszakadt a csillár. A szakma kikérte magának az Önök megállapításait.

– Szerintem az egész szakma nem sértődött meg. De az a része butaságot csinált, amelyik kikérte magának a vizsgálatunk megállapításait. Mi ugyanis nem a pszichiátereket vontuk kérdőre. Se szakértelmünk, se jogunk nincs hozzá.”¹²

Politikai döntéshozók állásfoglalásai

A politikai döntéshozók (elsősorban parlamenti képviselők) intézménytelenítéssel, a mentális problémákkal élők élethelyzetével kapcsolatos állásfoglalásait alapvetően a különböző közösségi alapú szociális szolgáltatási formák 1997 és 2001 között zajló nevesítését érintő parlamenti viták jegyzőkönyveiből tárhatjuk föl.

A kérdéses időszak felszólalásait elemezve arra a megállapításra juthatunk, hogy a pszichiátriai betegeket ellátó közösségi alapú szociális szolgáltatásokat tulajdonképpen zökkenőmentesen, a politikai szereplők egyöntetű támogatásával kísérve vezették be.

Az átmeneti ellátásokat nevesítő, 1997-es törvénymódosítás során még nem születtek érdemi politikai kommentárok az ügyben. A módosítást olyannyira lényegtelennek tartották, hogy a tervezetet felvezető miniszter a hozzászólásában¹³ nem tartotta fontosnak külön említeni, s a hozzászóló képviselők sem kommentálták az új szolgáltatási forma bevezetését. Az 1999-es és 2001-es módosítások során azonban, amikor az átmeneti lakhatást nyújtó intézmények kiegészültek a lakóotthonokkal, nappali intézményekkel, illetve a közösségi ellátás szolgáltatásával már mindegyik párt képviselője fontosnak tartotta, hogy üdvözölje a változásokat, vagy ha kritikával illette, hát az inkább szolt a szabályozás részleteiről vagy a létrehozás várható elégtelenségeiről, de semmiképpen nem a bevezetés szükségességéről.

Mind az előterjesztők hozzászólásai, mind az ellenzéki vélemények egyértelműen elhelyezik az új szolgáltatásokat egy nagyobb keretben, s azokról úgy beszélnek, mint amelyek nagyban segíthetik a nagy létszámú, tartós bentlakást nyújtó intézmények kiváltását. Nem egy felszólaló hangsúlyozza a közösségbe orientált, kislétszámú, családközelbeni szolgáltatások jelentőségét. Tartalmi szempontból, úgy tűnik, megkockázathatjuk, hogy egyértelmű az egyetértés és elkötelezettség a közösségi ellátások mellett, már ami a szociális szolgáltatásokat illeti. Azt ugyan nem mondhatjuk, hogy egyértelműen az intézménytelenítés kapcsán is határozott állásfoglalás születik (leszámítva a fogyatékos ellátást), mert a hozzászólásokból az is kivehető, hogy a döntéshozók szerint szükség van a nagy létszámú intézményekre is, ezeket nagy lendülettel szabályozzák,

¹² Karácsonyi beszélgetés Gönczöl Katalinnal <http://www.weblapok.hu/cikkek/gonczol.htm>

¹³ A törvénytervezet preambuluma <http://www.mkogy.hu/irom37/11700/fejezetek/24.pdf>

reformálják, a legprogresszívebb verzióban is egy olyan egymásra épülő ellátórendszerre képzelnek el, amelynek szerves részét képezik ezek az intézmények.¹⁴

A politikusok megnyilvánulásain felül érdemes megvizsgálnunk a jogszabályok előkészítéséért felelős minisztériumi tervezési és végrehajtói apparátus viszonyulását is. Ennek feltárása nem egyszerű, hiszen a jogszabályokban már csak a végeredmény jelenik meg, amelyen ráadásul a parlamenti vita igen gyakran még érdemben változtat. A különböző főosztályok közötti egyeztetések, a szakapparátus belső kommunikációja, a szakmai egyeztetések hosszú évek távlatából nagyon nehezen feltárhatóak, s ha vannak is ilyen dokumentumok, azok nincsenek archiválva és kutatások számára nem hozzáférhetőek.

Így a kutató egyetlen eszköze, hogy felkeresi az adott időszak minisztériumi kulcsszereplőit, s az ő visszaemlékezéseik alapján próbálja feltárni az eseményeket.¹⁵ Arra próbáltam választ kapni, hogy vajon milyen tényezők befolyásolták az új, közösségi alapú szociális szolgáltatások bevezetését a mentális problémával élő emberek ellátása területén.

A válaszokból az derült ki számomra, hogy a kilencvenes évek végén nekilóduló nevesítési hullámban közvetetten szerepet játszottak ugyan a már ismertett, meglehetősen kritikus vizsgálatok eredményei, azonban alapvetően a szociális terület fejlődésének saját lendülete húzta magával a pszichiátriai betegeket megcélzó szolgáltatásokat. Ha megnézzük a szociális törvény felépítésének a logikáját, akkor azt találjuk, hogy azonos típusú szolgáltatásokat nevesítettek a különböző célcsoportok számára. Így találunk például idősek nappali klubját, hajléktalanok nappali melegedőjét, pszichiátriai betegek nappali intézményét, fogyatékosok nappali intézményét vagy éppen szenvedélybetegek nappali intézményét. A már korábban is létezett idősellátás szolgáltatotta sok esetben a mintát, és a dinamikus fejlődő hajléktalan ellátás volt ezeknek az új szolgáltatásoknak a motorja. A lakóotthonok nevesítésénél egyértelműen sokat számított a „fogyatékos szervezetek” nyomásgyakorlása, illetve saját kezdeményezéseik. A Soros Alapítvány saját kitagolási programja, vagy a Göncz Árpádné támogatásával működő Kézenfogva Alapítvány, amely a kilencvenes években jelentékeny holland forrásokat volt képes bevonni lakóotthonok kialakítására.

Mintául szolgáltak a már létező progresszív civil kezdeményezések. Hidvégi Júlia neve hangzott el, akinek a vezetésével a békéscsabai Gadara Házban folyt modellkísérlet, emellett a Soteria Alapítványé, illetve Harangozó Judité, aki az Ébredések Alapítvány keretei között szorgalmazta a közösségi alapú ellátások előtérbe kerülését.

A beszélgetések során rendre felmerült az akkori főosztályvezető, Kovács Ibolya neve is, aki a megkérdezett szakemberek szerint nagy

¹⁴ Az egyes hozzászólásokat lásd:

Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_fadat_aktus?p_ckl=36&p_uls=69&p_felsz=1&p_felszig=21&p_aktus=2

Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_szoveg?P_CKL=36&p_uls=223&p_felsz=1&p_szoveg=&p_stilus=

¹⁵ E feltáró munkában való segítségükért ezúton szeretnék köszönetet mondani Kovács Ibolyának, Bódy Évának, Antal Kálmánnak és Göncz Kingának.

vehemenciával képviselte a terület érdekeit. A főosztály akkori vezetője a vele készített interjú során megerősítette a nemzetközi és hazai felmérések hatását az 1997–2001 közötti intenzív fejlesztésekre, de kiemelte azt is, hogy abban az időszakban egy aktív, a közösségi alapú ellátások iránt elkötelezett tisztviselői gárda dolgozott a minisztériumban.

Időben elrugaszkodva az ezredforduló korszakától ám még mindig a kormányzati szereplők viszonyulását vizsgálva az EU csatlakozás mentén készülő fejlesztési tervek, illetve azok előkészítő dokumentumai szolgálnak számunkra információval az intézménytelenítés megítéléséről.

A csatlakozás utáni első Nemzeti Fejlesztési Tervről (NFT I.)¹⁶ azt állapíthatjuk meg, hogy nem foglalkozik az intézménytelenítés kérdésével. A fogyatékosokkal élők kapcsán pár szó erejéig szó van a célcsoport társadalmi integrációjának erősítéséről, de a konkrét intézkedések elsősorban a foglalkoztatás területére koncentrálnak.

Részletesebb információkat kaphatunk a 2004 júliusában jegyzett, Nemzeti Cselekvési Terv a Társadalmi Összetartozásért (NCST) című dokumentumból, amelyet a 2321/2003. (XII.13.) számú kormányhatározattal létrehozott társadalmi kirekesztés elleni bizottság készített, és amely a 2004–2006 közötti társadalmi összetartozást elősegítő elképzeléseket foglalja össze.

Itt a foglalkoztatás közvetlen elősegítésén túl már olyan célkitűzésről is olvashatunk, mint pl. „a munkaerőpiacra való visszatérést támogató közösségi alapú szolgáltatások biztosítása”¹⁷.

Két évvel később az Új Magyarország Fejlesztési Terv¹⁸ már explicit módon említi a bentlakásos intézmények kiváltását. Nyilván az addigra a fogyatékos embereket ellátó intézményekben és a gyermekvédelemben valóban érzékelhetően elkezdődött kiváltásnak köszönhetően a fejlesztési terv már tulajdonképpen folytatásról beszél. Mindazonáltal megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai betegeket illetően irányadó dokumentumban ez itt jelent meg először ilyen egyértelmű módon.

Fenntartói tervek a pszichiátriai otthonok jövőjéről

A pszichiátriai otthonok fenntartói az esetek többségében megyei önkormányzatok. Ez az a közigazgatási szint, amelyen a tartós bentlakást nyújtó intézményekkel kapcsolatos ellátási kötelezettség megjelenik.

Az önkormányzatok szándékairól, terveiről a szociális törvényben előírt szolgáltatástervezési koncepciók adnak tanúbizonyságot. A fővárosi önkormányzat és további hat, megyei önkormányzat szolgáltatástervezési koncepciójában az intézménytelenítéshez való viszonyulás egy sajátosan magyar megnyilvánulási formáját találtam.

Ahogy haladunk lefelé a közigazgatási lépcsőn, úgy puhulnak fel a fogalmaink. A „kiváltás”-t a megyei önkormányzatok szintjén úgy értel-

¹⁶ Nemzeti Fejlesztési Terv, 2004

¹⁷ Nemzeti Cselekvési Terv a társadalmi összefogásért, 2004

¹⁸ Új Magyarország Fejlesztési Terv, 2007

mezik, hogy maradnak a nagy létszámú intézmények, mert azok adekvát megoldást jelentenek lakhatási programok működtetésére. A kiváltás sokszor paradox módon Magyarországon további intézményesítést jelent (Máriapócs–Budapest, Visonta–Füzesabony), effektíve újabb, nagy létszámú intézmények jönnek létre, s ezt a mozgást azok végrehajtói szintén kiváltásként értelmezik. A nagy létszámú intézmény, mint olyan, tehát önmagában nem egy „kiváltandó”, lecserélendő dolog, s a lakóotthonokra a zsúfoltság csökkentése érdekében, emberibb viszonyok teremtéséhez van szükség, lehetőleg valahol az intézmény közelében.

Verdes Tamás nemrégiben publikált cikkében (Verdes, 2009) éppen erre a jelenségre hívja fel a figyelmet, miszerint a hazai nagy létszámú intézmények fennmaradásának, sőt további fejlesztésének egyik kulcsmozzanata, hogy az intézmények ugyan átveszik a reformok szóhasználatát (kitagolás, lakóotthon, rehabilitáció), ezek a szavak azonban itthon mintegy elválnak eredeti jelentésüktől. Így lehet kitagolás a még a korábban is nagyobb intézmény létrehozása, rehabilitáció pedig az a folyamat, amely legfeljebb az intézmény falai közé rehabilitál.

A pszichiátriai otthonok dolgozói

A Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI) Szociálpolitikai Főosztálya 2003-ban felmérést készített a pszichiátriai otthonokról „A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata” címmel. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A vizsgálat kulcsfontosságú információkat nyújt számunkra az intézményekből kifelé irányuló mozgás jellegéről. A felmérés adataiból kiderül, hogy a pszichiátriai otthonok lakóinak halálozási aránya igen magas, mintegy 10% volt a vizsgált évben, és mindössze a férőhelyek 5 százalékánál figyelhető meg valamilyen egyéb mozgás. Ha a részletezett okok közül csak a családba vagy a saját lakásba való visszakerülést, valamint a lakóotthonba, rehabilitációs intézménybe való költözést tekintjük úgy, mint a kitagolás, vagy a rehabilitációs lépcsőn való pozitív irányú mozgás kifejeződését, akkor azzal kell szembesülnünk, hogy ez a pszichiátriai otthonokban lakók mindössze 1,8 százalékát (131 fő) érinti. (Hronyecz és Mátics, 2003)

Elmondhatjuk tehát, hogy a rehabilitációs, kitagolási célú mozgás gyakorlatilag elenyésző a pszichiátriai otthonokban. Az adatokból az is kiderül, hogy a legvalószínűbb távozási mód az elhalálozás egy pszichiátriai otthonból. E tekintetben nem túlzás a közkeletű szófordulat szakmai körökben, miszerint a nagy létszámú bentlakásos intézményekben való elhelyezés rendszerint a végállomást jelenti az érintettek életében.

Ehhez képest figyelemreméltó információ, hogy az intézményben lakók kevesebb, mint az ötöde kérte saját elhelyezését. A bentlakók 50 százalékánál a hozzátartozó gondnok, 25 százalékánál a hivatásos gondnok volt a kezdeményező, s a lakók mintegy 8 százaléka bíró, orvos vagy szociális intézmény vezetőjének kezdeményezésére került az intézménybe. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A fenti, alacsony mozgásról szóló adatokhoz képest figyelemreméltó, hogy a megkérdezett ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a lakók

33,91 százalékáról gondolják úgy az ott dolgozó szakemberek, hogy önellátásra képesek, 33,68 százalékról pedig azt, hogy önellátásra részben képesek. Mindössze 542 főről (8,17%) tartották úgy az intézmények dolgozói, hogy folyamatos ápolást igényelnek, ágyban fekvők. A megkérdezett szakemberek szerint a gondozottak mintegy 32 százalékát máshol kellene ellátni, s ezen belül a legmagasabb arányban (20,9%) a lakóotthonokat jelölték meg a szakemberek. (Hronyecz és Mátics, 2003)

Ehhez képest némileg meglepő, hogy a megkérdezett dolgozók kevesebb mint 10 százaléka vélekedett úgy, hogy az ápolást-gondozást nyújtó magyarországi intézmények nem nyújtanak megfelelő színvonalú szolgáltatást. (Hronyecz és Mátics, 2003)

A közösségi alapú szolgáltatások munkatársai

2003-ban a Sidney-i Egyetem Szociális Munka Tanszékének és az ELTE Szociálpolitika Szociális Munka tanszékének együttműködésében összehasonlító kutatás készült az elme-egészségügyi ellátásban alkalmazott szociális munka módszerekről. (Bugarszki és Weber, 2007) A vizsgálat végkövetkeztetéseit 2007-ben publikálták az *International Social Work* folyóiratban, azonban számunkra sokkal érdekesebb a kutatás egy 2003-as résztanulmánya.¹⁹

A Sidney-i Egyetem munkatársa, Zita Weber interjút készített tizenkét szakemberrel, akik az elmeegészségügy területén dolgoznak, s egyebek közt azok ellátórendszerrel kapcsolatos jövőképét próbálták feltérképezni. A megkérdezett szakemberek többsége közösségi alapú szolgáltatásokban dolgozott, vagy az azokban dolgozó szakemberek képzésében vett részt, de két minisztériumi tisztviselőt, illetve egy betegszervezeti aktivistát is találunk a megkérdezettek között.

Amikor az ellátórendszer jövőjéről kérdezték a szakembereket, meglehetősen egyetértés mutatkozott a közösségi alapú szolgáltatások dolgozói között egy olyan, multidiszciplináris központ felállítására, amely napi 24 órán keresztül működik és széles körű szolgáltatásokkal áll a térségben élő érintettek rendelkezésére. A már nevesített és meglévő szolgáltatások mellett a megkérdezett szakemberek mobil krízis csapatok felállítását tartják a legfontosabb feladatnak, illetve egy olyan hosszú távú gondozást biztosító rehabilitációs team meglétét, amely lehetővé teszi a krónikus pszichiátriai betegek közösségben tartását is.

A konkrét szolgáltatásokról szóló víziók mellett hangsúlyosan jelent meg az interjúkban az olyan programok szükségessége, amelyek hozzájárulnak a mentális problémákkal küzdők körüli stigmák csökkentéséhez, lehetővé téve ezzel közösségi létüket.

A megkérdezett szakemberek közül azok, akik a szociális szférában dolgoztak, hangot adtak abbéli félelmeiknek, miszerint a szociális törvényben nevesített szolgáltatások létrehozásával kapcsolatos határidők folyamatos újabb időpontokra való kitolása komolyan veszélyezteti az

¹⁹ Az említett kutatás résztanulmánya, kézirat.

ellátórendszer egyébként is igen lassan induló reformját. (Bugarszki és Wéber, 2007)

Jól látható tehát a két szociális szolgáltatásban dolgozó szakembergárda közötti különbség. A tartós bentlakást nyújtó intézmények dolgozói a pszichiátriai otthonokat adekvát ellátási formának tartják, nincs szó ezek kiváltásának szükségességéről, további férőhelyek létrehozásától várják a pszichiátriai otthonok várólistáinak elapadását. A közösségi alapú ellátórendszer munkatársai ehhez képest saját szolgáltatásaikat erősíténiék meg, illetve a társadalom befogadó készségén dolgoznának aktívan annak érdekében, hogy még a krónikus betegek is képessé váljanak a közösségben való életre.

A hazai felhasználói szervezetek

A hazai felhasználói mozgalom tagadhatatlanul legerősebb kezdeményezése a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF).²⁰ Az 1999-ben alakult szervezet egyedülálló szövetségként működik. Tagjai egyaránt lehetnek felhasználói, hozzátartozói, szakmai szervezetek, szakemberek, magánszemélyek, ám döntéshozó testületében, a 7 fős elnökségben minden esetben többségben vannak a pszichiátriai ellátórendszer jelenlegi vagy volt felhasználói.

Gombos Gábor, dr. Pető Katalin és dr. Kismódi Eszter nevével jegyzi a szervezet „Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban” című tanulmányt, amely 2001-ben látott napvilágot. (Gombos és mtsai, 2001)

Mint a címéből is kiderül, az ombudsmani jelentéshez és a Rosenthal-jelentéshez hasonlóan a PÉF is elsősorban emberi jogi szempontból közelíti meg a kérdést. A felmérés teljes körű volt, Magyarország összes pszichiátriai betegek otthonát felkeresték egy előre összeállított, ún. monitor lap segítségével.

A tanulmányt végigolvasva egyértelműen megállapíthatjuk, hogy a Rosenthal-jelentés után a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum fogalmaz a leginkább kendőzetlenül a pszichiátriai otthonokban tapasztalt állapotokat illetően.

Az 56 oldalas dokumentum felhívja a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai otthonokban különösen könnyen sérülhet az emberi méltóság. Ennek nem feltétlenül a túlkapások, szabálysértések vagy kiugró etikai vétések az okai. A PÉF a fentebb már idézett nemzetközi tanulmányokhoz hasonlóan hangsúlyozza, hogy az intézményi lét önmagában is emberi jogi problémákat vet fel. (Gombos és mtsai, 2001)

Ha ehhez még hozzávesszük a PÉF vizsgálata által is feltárt földrajzi elszigeteltséget, a közlekedés hiányosságait, az alkalmatlan épületeket, a zsúfoltságot, a személyzet túlterheltségét, a lakókkal szemben meglévő, negatív előítéleteket, a paternalisztikus segítőkézséget, a lakók kiszolgáltatottságát, a büntető intézkedéseket, a jogérvényesítés lehetőségének hiányosságait, akkor egy abszurd világ képe tárul fel előttünk. Ahol a

²⁰ <http://www.pef.hu>

WC-papírt vagy az intim szoba kulcsát a nővérektől kell elkérni, ahol bevett büntetés a pizsamában tartás, vagy a kimenő és bejövő levelek felbontása, a szekrényvizit, a szexualitás tiltása, ott az emberi méltóság tiszteletének betartásáról nem beszélhetünk.

A PÉF egyértelműen üdvözli tanulmányában a közösségi alapú szolgáltatások megjelenését, azonban jelentős forrásátcsoportosításokat sürget, hogy ezek a szolgáltatások ne pusztán kirakat jelleggel maradjanak meg. (Gombos és mtsai, 2001)

A PÉF részvételével zajlott 2001-ben egy Tárki felmérés, amelynek során a skizofréniában szenvedő emberek véleményét kérdezték meg helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról. A felmérés eredményeit Harangozó Judit, Gombos Gábor és Szabó Lajos publikálta a *Psychiatra Hungarica* hasábjain. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

A vizsgálat során 200 skizofréniában szenvedő emberrel vettek fel egy kérdőívet. A felvételt a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum aktivistái végezték, a kutatásban részt vevő érintetteket ún. hólabda módszerrel, az aktivisták ismeretségi köréből kutatták fel. A mintavétel módja és a kis lekérdezett létszám miatt a kutatás megállapításai nem tekinthetők reprezentatívnak, mégis máig ez az egyetlen olyan felmérés az országban, amelynek során magukat az érintetteket kérdezték a számukra létrehozott szolgáltatásokról.

Kiderül, hogy habár a betegek 95 százaléka részesült korábban kórházi kezelésben, erre mindössze 14 százalékuk tartana igényt a továbbiakban. Hasonlóan alacsony a kórházi szakambulancia népszerűsége, alig feleannyian vennék azt igénybe, ha választhatnának, mint ahányan igénybe veszik. Érezhetően magasabb (50%) a pszichiátriai gondozó népszerűsége, de így is harmadával kevesebb ember használná ezt a szolgáltatást szívesen, mint ahányan végül is igénybe veszik. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

Fontos információ, hogy a közösségi alapú ellátások ahhoz képest érnek el magas értékeket, hogy azokat a nyilatkozó érintettek döntő többsége soha nem tapasztalta meg. Védett munkahelyet, védett lakhatást, házi gondozást, nappali ellátást rendre többen vennének igénybe, mint ahányan elérnek ilyeneket.

Ehhez képest pszichiátriai otthoni ellátást ismét csak kevesebben vennének igénybe ahhoz képest, mint ahányan valóban ilyen helyen laknak. Azok közül, akik a felvétel pillanatában nem pszichiátriai otthonban élnek, a vizsgálat tanúságai szerint mindössze 1 százalékuk venné azt igénybe. (Harangozó, Gombos, Szabó, 2001)

Az intézménytelenítés a medikális ellátások oldaláról

A nemzetközi dokumentumok ismertetésekor már említettem az intézménytelenítés fogalmának bizonytalanságát vagy legalábbis többértelműségét. A nemzetközi gyakorlatban az intézménytelenítés leginkább a nagy létszámú, földrajzilag elszigetelt, a közösségtől elkülönülten működő intézményeket érinti. Ebből a szempontból mindegy, hogy szociális vagy egészségügyi szolgáltatásról van szó, mindkét területen megtalálhatóak a nagy intézmények reprezentánsai. A magyar szociális

ellátásban jellemzően a pszichiátriai betegek otthonai és az ún. rehabilitációs otthonok zöme ilyen, míg az egészségügyben az elkülönült elme-kórházak. A magyar gyakorlatban egészen 2007-es bezárásáig az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet számított ilyen elkülönült elme-egyház-intézetnek, a nyugat-európai gyakorlattól eltérően, a hazai pszichiátria zöme általános kórházak integrált részeként működik.²¹

Az előzőekben leginkább a szociális törvényben nevesített, pszichiátriai betegeket ellátó szolgáltatások szempontjából ismertettem az intézménytelenítés megítélését. A közösségi alapú szolgáltatások szükségességének gondolata, még ha nem is feltétlenül ezen a néven, az egészségügy oldaláról is jelen volt ugyanebben az időszakban.

A vizsgált időszak meghatározó szakmapolitikai dokumentumainak tanúsága szerint a pszichiátriai ellátás medikális oldala nem vonja kétségbe, sőt, sürgeti a közösségi alapú ellátások létrehozását és elterjesztését. Láthatóan más megnevezéseket használva és más szervezeti struktúrában elhelyezve, de gyakorlatilag ugyanazokat a szolgáltatásokat sorolják fel az 1996 és 2006 közötti koncepciók, mint amelyeket a szociális szférában is megfigyelhettünk.²²

Elsősorban dr. Harangozó Judit megnyilatkozásaiban (Harangozó, 1997), explicit módon is megjelenik az intézménytelenítés gondolata, azonban a Szakmai Kollégium állásfoglalásaiba már azzal a határozott megjegyzéssel kerülnek ezek a gondolatok, hogy az új ellátórendszer csak a meglévő nagy létszámú intézmények, és a jelenlegi kórházi ágysztruktúra kiegészítéseként lehet elképzelni. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1997)

A vizsgált dokumentumokból az derült ki, hogy – habár komoly jogi és szakmai garanciákat követelnek – a pszichiátriai otthonok továbbra is adekvát megoldások a kezelésre nem megfelelően reagáló, vagy koruk, helyzetük miatt visszafordíthatatlan állapotban lévő betegek részére.

Az ágyakhoz való ragaszkodás annak tükrében is szembeötlő, hogy

²¹ Az más kérdés, hogy a kórházon belül sokszor a legrosszabb elhelyezkedésű, legkevésbé felszerelt osztályok azok, amelyek az egészségügyi szakmai hierarchiában meglehetősen kedvezőtlen pozícióban vannak.

²² A témában feldolgozott dokumentumok:

Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1996;

Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről – kiegészítés. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000

Pszichiátriai Szakmai Kollégium Stratégiai Bizottságának javaslata. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000

Tringer, L.: A közösségi pszichiátria: egy szakma válasza korunk kihívásaira. *Psychiatria Hungarica*. – 2001. 16. évf. 3. sz., p. 329–330.

Porkoláb L., Fráter R., Füredi J.: A magyar pszichiátriai ellátás helyzete. In: Füredi J., Németh A. és Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve* – Harmadik kiadás (Medicina, Budapest, 2003)

Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV.16.) OGY határozat Harmatta J., Kurimay T., Túry Ferenc: *A pszichiátria fejlesztésének középtávú terve (2005–2010)*. Szakértői koncepció. 2005

A Lelki Egészség Országos Program. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Magyar Pszichiátriai Társaság, 2006

miközben a pszichiátriai szakmai dokumentumok sokáig hivatkoznak a WHO 15 ágyas ajánlására, a nemzetközi gyakorlattól eltérően ezt a kalkulációt itthon a pszichiátriai otthonok férőhelyeinek figyelmen kívül hagyásával végzik. Pedig ha megfelelő a számítás, kiderül, hogy az össz-ágyszám még a legradikálisabb ágyszám-csökkentés mellett sem esik az ajánlott érték alá.

A közösségi alapú ellátórendszer letéteményesének a pszichiáter szakma a pszichiátriai gondozóhálózatot tekinti. (Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1998) Igaz, hangsúlyosan megjelenik a szoros együttműködés igénye a társszakmákkal (paramedikális szakmákkal) és azok szolgáltatásaival, ugyanakkor az elképzelésekben egyértelmű az orvosi irányítás. Amennyiben a medikális oldal elképzelései nyernek teret a jövőben, a gondozók vezetésével, koordinálásával épülnek ki az ellátórendszer alapját képező, közösségi pszichiátriai centrumok.

Egy másik, az előzőt nem kizáró, markáns vonala az elképzeléseknek a gondozók alapellátásokhoz hasonló privatizációja, illetve általában a privát praxisok hangsúlyosabb beemelése az ellátásba. (Stark, 2000)

A fenti tervek ellenére a gondozókkal kapcsolatban inkább rendre azt találjuk, hogy azok erősödése helyett a fokozatos finansziális ellehetetlenülésének lehetünk tanúi. A gondozók szakmán belüli pozíciója is kedvezőtlen, egyértelműen nagyobb presztízs rendelhető a kórházi osztályon dolgozókhöz, ami erős ellentmondásban áll a jövő letéteményese szereppel.

Az eltelt 10 évben megfogalmazott tervek ellenére évekig nincs érdemi elmozdulás a gondozók fejlesztése terén, ami azért tragikus, mert a vizsgált időszakban a fekvőbeteg ellátás elveszítette ágyainak mintegy 25 százalékát anélkül, hogy a közösségi ellátórendszert érdemben fejlesztették volna.

Mindezzel párhuzamosan, legalábbis ami a jogszabályi nevesítést illeti, a szociális szférában egyértelmű mozgás, fejlesztés figyelhető meg a pszichiátriai betegek ellátása terén. Ez érezhető feszültséget szül a két szféra szereplői között. A területen időközben a valamelyest megerősödött szociális szféra képviselői egyértelműen kifejezésre juttatták, hogy az új szellemiségű szolgáltatások működtetését nem tudják elképzelni az alapvetően hagyományosan medikális szemléletű pszichiátriai gondozók vezetésével, s az egészségügyben megszokott hierarchikus berendezkedés helyett a társszakmák horizontális elrendezésű együttműködését képzelik el. (Ferge, Bugarszki, 2007)

Diszkusszió

A jelenlegi tanulmány arra a kérdésre próbált választ adni, hogy van-e ma intézménytelenítés Magyarországon az elme-egészségügyi ellátás területén.

Az Európai Bizottság által megrendelt, a Kent-i Egyetem által készített tanulmány alapján négy kritérium figyelembe vételével azonosítottam az intézménytelenítést mint szakmapolitikai koncepciót. A kritériumok a következők voltak:

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeorvosintézetek, pszichiátriai intézmények kiváltását jelenti.
2. Az intézménytelenítés nem az állam kivonulása az ellátásból, a kifizetés csak a folyamat egyik felét jelöli, annak szerves része a kiváltásra alkalmas közösségi alapú ellátások elterjedése.
3. Az intézménytelenítés a térbeli, földrajzi elmozduláson felül alapvető szemléletváltást is jelent az ellátórendszerben.
4. Az intézménytelenítés tudatos szakmapolitikai koncepció, legitim háttérrel és az érintett szereplők támogatásával.

A fenti kritériumokat figyelembe véve a feltett kérdésre a dolgozat megállapításai alapján azt a választ adhatjuk, hogy a mentális problémák ellátása területén nincs tudatos intézménytelenítés.

A nagy létszámú pszichiátriai otthonokkal kapcsolatos nemzetközi ajánlások, dekrétumok egyértelműek. Mind az ENSZ, az Egészségügyi Világszervezet, mind pedig az Európai Unió irányadó dokumentumai a nagy létszámú pszichiátriai intézmények felszámolását, a közösségi alapú megoldások előtérbe helyezését szorgalmazzák. Az uniós dokumentumokban a közép-kelet európai tagállamokat közvetlenül is megszólítják, ezzel is hangsúlyozva, hogy a térség pszichiátriai ellátórendszere rendkívül korszerűtlennek számít és komoly emberi jogi problémákat vet fel.

További nyomást jelent a hazai szakmapolitika alakítására, hogy számos hazai és nemzetközi szervezet egyrészt élesen bírálta a nagy létszámú intézmények rendszerét, másrészt határozott javaslatokat tettek azok kiváltására. A tanulmányban idézett vizsgálatok kivétel nélkül komoly problémákat tártak fel az intézményekben. A feltárt hiányosságok, visszasságok jó része ráadásul alapjaiban kérdőjelezi meg a jelenleg létező intézmények létjogosultságát. Ilyenek a földrajzi elszigeteltségre, a nem megfelelő ingatlanokra, az intézményi lét okozta hospitalizációra vonatkozó megállapítások.

A leghatározottabban az amerikai Mental Disability Rights International szervezet által készített, Eric Rosenthal nevével fémjelzett tanulmány áll ki az intézménytelenítés mellett, tulajdonképpen a pszichiátriai betegek ilyen intézményekbe való utalásának azonnali felfüggesztését javasolva.

A vizsgálat nagy érzelmi viharokat kavart, intézkedésekben is tetten érhető hatása azonban sokkal inkább az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának ezzel szinte egy időben készült jelentésének volt. Az Ombudsman tanulmányának megállapításai azonban már sokkal inkább az intézmények emberi jogi és szakmai garanciái köré csoportosultak, a rendszer átfogó reformja, egyértelmű intézménytelenítés helyett mindössze egyetlen kifogásolt intézmény bezárására tett javaslatot.

Megítélésem szerint már az ombudsmani jelentés ajánlásaiban a nemzetközi ajánlásokhoz képest érezhető különbségek azt a fokozatos felpuhulást jellemzik, ami végigkíséri az intézménytelenítéshez való hazai viszonyulást gyakorlatilag a vizsgált időszak egészén keresztül.

Mindezzel együtt nem mondhatjuk, hogy a nemzetközi ajánlások, a jelentésekben megfogalmazott bírálatok ne lettek volna hatással a hazai

szakmapolitika alakítására, vagy hogy az intézménytelenítés gondolata ne jelent volna meg önmagától is az 1996 és 2006 közötti időszakban.

Már a kilencvenes évek közepétől számos emberi jogi és szakmai garanciákat tartalmazó rendelkezés lépett életbe a pszichiátriai otthonokkal kapcsolatban. Az intézmények engedélyeztetéséről, a kényszerítő intézkedésekről, a gondnoki rendszerről, a szakorvosi jelenlétről vagy éppen a betegjogi képviselők, illetve a mentálhigiénés csoportok rendszeréről születtek döntések. S habár ezek az intézkedések kétségkívül rendkívül fontosak, észre kell vennünk, hogy közvetve az intézmények fennmaradását segítették.

Az emberi jogi, szakmai garanciák mellett a szabályozásban 1997-től megjelentek a pszichiátriai betegeket megcélzó közösségi alapú szolgáltatások is. Az új ellátási formák nevesítésének közvetlen köze is van a nagy intézményeket kifogásoló jelentésekhez és a hazai progresszív gondolatok előtérbe helyeződéséhez, de ezeknek a szolgáltatásoknak a megjelenése köthető a szociális szféra általános előretöréséhez is. Miközben a hagyományosan egészségügyi pszichiátriai szolgáltatások terén érdemi fejlesztés nem történt a vizsgált 10 esztendőben, a teljesen más szellemiségű szociális szolgáltatásokat sorra kezdték nevesíteni a területen. Ennek a lépésnek a tudatossága kétségtelen, és tetten lehet érní benne a szellemiség, a szolgáltatások attitűdje megváltoztatásának igényét. Számomra az is szembeötlő, hogy ez a törekvés töretlen a vizsgált 10 esztendő 3 politikai kurzusán keresztül, s nem számított az sem, hogy a szabályozás motorjának tekinthető minisztérium a legkülönbözőbb felállásban működött ez idő alatt.

A foganatosított intézkedések, a jogszabályi változások azonban megítélésem szerint annak ellenére sem tekinthetők az intézménytelenítés melletti határozott szakmapolitikai döntés bizonyítékának, hogy a parlamenti pártok egyértelműen letették voksukat a közösségi alapú ellátási formák előtérbe kerülése mellett. Ugyanis a következetesen nevesített szolgáltatások egész egyszerűen nem jönnek létre, vagy csak elenyésző arányban jönnek létre a valóságban, s mihelyt egy szolgáltatás a döntéshozói szándék ellenére „nekilendül”, a rendszer azonnal szabályozni kezdi és útját állja a további terjeszkedésnek. (Ld. például a közösségi ellátások kikerülését a normatív finanszírozási rendszerből.)

E tekintetben az intézménytelenítés frontján ugyanaz történik, mint a szociális ellátórendszer egészében. Nem gondolom, hogy tudatosan, de mégis egy olyan, kettős könyvelésű rendszer jött létre az évek alatt, amely később kapóra jöhetett a döntéshozóknak. Egészen bátran lehet Magyarországon újabb és újabb szolgáltatásokat nevesíteni, hitet tenni korszerű alapelvek, koncepciók mellett, aláírni nemzetközi dokumentumokat, hiszen az államigazgatásban létrejött feladatmegosztás alapján, az azok végrehajtásával megbízott önkormányzati szinteken ezeket valóban nem realizálják, s ez ráadásul semmilyen érdemi szankcióval nem jár.

Ennek a sajátos mechanizmusnak köszönhetően hatalmas szakadék keletkezett a jogszabályban nevesített és papíron létező ellátórendszer és a valóságban tetten érhető ellátórendszer között. Magyarország sikerrel abszolválta a 2004-es EU csatlakozást úgy, hogy egészségügyi, szociális ellátórendszerét a jogi szabályozáson keresztül kellett bemutatnia, s e

tekintetben papíron 2004-re már a pszichiátriai ellátás területén is egy cizellált közösségi alapú ellátórendszer létezett.

A témával kapcsolatban közzé tett politikai megnyilvánulásokból kitűnik, hogy ellenzéki szerepben ezt kiválóan átlátják a döntéshozók is, azonban kormányra kerülve érdemi változtatást nem hajtanak végre. S miközben a leginkább realista politikai megnyilvánulások üdvözlik az ellátórendszer szellemiségének változását (ez különösen a lakóotthonok nevesítésekor volt szembeötlő), sietve megjegyzik, hogy ez a források hiánya miatt csak egy fokozatos, lassú átmenetként képzelhető el.

Az ellátórendszer valódi mozgását megfigyelve azonban ennek az átmenetnek csak nagyon korlátozott mértékben lehetünk tanúi. 10 esztendő alatt a nagy intézmények lakóinak mindössze 1,8 százaléka lakik a kis számú, intézmények udvarán felhúzott lakóotthonban, s miközben az ellátórendszer a kórházi ágyak 30 százalékát elveszítette, a hangsúlyok továbbra is sokkal inkább az intézményes megoldásokon vannak. A fejlesztésre szánt forrásokat, címzett támogatásokat tulajdonképpen kivétel nélkül a nagy létszámú intézmények fejlesztésére használták fel, aminek ugyan része a lakóotthonok létrehozása, ám ezek a pszichiátriai területén inkább az otthonok zsúfoltságának oldását szolgálják, amolyan „ugyan korszerűbb, ám még mindig a nagy intézményhez tartozó”, új mini-pavilonként, mintsem az intézmények alternatívái lennének.

Tovább árnyalja a képet, hogy amikor valóban intézménybezárásra került sor, akkor azok helyén gyakorlatilag még nagyobb intézmények jöttek létre. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa által kifogásolt, 150 fős Visontai Pszichiátriai Otthon lakói az újonnan épült 300 fős Füzesabonyi Pszichiátriai Otthonba kerültek, míg a Fővárosi Önkormányzat Máriapócsra lévő 100 fős intézményét igaz Budapestre, de egy 140 fős új otthonba sikerült kitagolni.

Ezt a sajátos kettősséget érezhetjük a szakmapolitikai szereplők intézménytelenítéshez való viszonyulásán is. Az intézménytelenítés mellett egyértelműen csak a felhasználói oldal képviselői állnak ki, az érintettek maguk nem szívesen vennék az intézményeket igénybe, bár az intézmények azonnali bezárását anélkül, hogy a közösségi alapú ellátások előtte létrejönnének – érthető okokból – maguk sem preferálják.

A nagy létszámú intézmények dolgozói pontosan átlátják intézményeik helyzetét, tulajdonképpen a maguk bőrén érzik azok számkivettségét, elszigeteltségét, a megfelelő eszközök és erőforrások hiányát. Az ő szempontjukból érthető okokból nem kívánják saját munkahelyeik felszámolását, de örömmel látnának több rehabilitációs (pl. foglalkoztatási) lehetőséget, s a maguk eszközeivel általában mindent el is követnek, hogy fejlesszék, korszerűsítsék intézményeiket. A pszichiátriai otthonokat mindazonáltal adekvát ellátási formának tartják, a lakóotthonokat előszeretettel építik fel az intézmény udvarán, valójában saját intézményüket bővítve, mintsem a lakók közösségi integrációját megoldva ezzel.

A közösségi alapú szolgáltatások működtetői leginkább civil szervezetek. Az ő jövőképükben ezeknek a szolgáltatásoknak az elterjedése, lakóotthonok, félutas házak, foglalkoztatási programok nappali intézmények szerepelnek, illetve új szolgáltatásként mobil krízisszolgálatokat és komplex közösségi rehabilitációs centrumokat látnának szívesen.

Az eltelt tíz esztendőben leginkább ebbe az irányba terjeszkedtek ezek

a szervezetek a települési önkormányzatokkal alakítva ki szoros partnerséget. A pszichiátriai ellátás területén azonban a jelek szerint nem sikerült ugyanezt megvalósítani a megyei önkormányzatok szintjén. Nincs olyan civil szervezet (leszámítva néhány megyei alapítású kht.-t, non-profit kft.-t), mely tevékenyen részt vett volna kitagolási programban.

A fenntartók rendszerint úgy tekintenek tartós bentlakást nyújtó intézményeikre, mint amelyeket örökségül kaptak az elmúlt rendszerből, ugyanakkor közel 20 év sem volt elegendő ennek az örökségnek a felszámolására, sőt, számos otthon a rendszerváltást követően épült, igaz, ezek már nagyobb településeken, kevésbé elzárt körülmények között jöttek létre. A legtöbb szolgáltatástervezési koncepcióban egyszerre olvashatunk a közösségi alapú megoldások előtérbe helyezéséről és a meglévő intézmények felújításáról.

Az elme-egészségügyi ellátórendszer medikális oldala szinte minden dokumentumában a járóbeteg-ellátás fejlesztését szorgalmazza, amelynek központi eleme a pszichiátriai gondozó. A több mint 140 gondozó valóban országos lefedettséget biztosító hálózatot alkot, az elképzelések szerint ezek köré épülhetnek az új közösségi alapú ellátási formák a gondozók vezetésével.

A fejlesztéseket ugyanakkor csak úgy tartják elképzelhetőnek a pszichiáter szakemberek, ha az nem jár a kórházi és pszichiátriai otthonos férőhelyek további csökkenésével, megítélésük szerint mindkét szolgáltatásra szükség van, sőt, a hosszú távú elhelyezést biztosító pszichiátriai otthonokban jelentős kapacitásbővítésre lenne szükség.

Ezekhez a célokhoz képest a vizsgált tíz évben a kórházi férőhelyek fokozatos csökkenésének lehettünk tanúi, viszont ezzel párhuzamosan nem fejlődött a pszichiátriai gondozás rendszere, a szolgáltatások korábbi területi aktivitásukat elveszítve jobbra visszaszorultak rendelőik falai közé, és ott is évről évre az anyagi ellehetetlenülés veszélye fenyegeti őket.

Nincs olyan szereplő tehát, aki ne szorgalmazná a közösségi alapú ellátások elterjedését és előtérbe kerülését, ám a legtöbb hazai szereplő ezt úgy képzeleli, hogy mindeközben az intézményi férőhelyeknek változatlanul kell maradniuk. Az intézménytelenítés és a kitagolás fogalmi olyan mértékben felhigultak a hazai viszonyok között, hogy miközben a jelszavak és koncepciók szintjén széles körű az elköteleződés akár a kitagolás iránt is, valójában azonban akár újabb nagy létszámú intézmények is létrejöhetnek, annak eredményeképpen.

A jelen tanulmány keretei között igyekeztem feltérképezni az egyes szereplők viszonyulását és azokat a csatornákat, amelyeken ezek a szakmapolitikai elképzelések kifejeződnek. Nem meglepő talán, hogy a szakmapolitikai erőfeszítések célkeresztjében a jogalkotás és annak befolyásolása áll²³. A jogszabályoknak egyrészt azért van meghatározó szerepük, mert azok létrejötténél előre adottak a döntéshozás csatornáit, másrészt

²³ Ez csak a magyar viszonyok között ilyen egyértelmű. A pszichiátria területén nagyon hasonló múlttal rendelkező Csehországban évekig működött a hazainál sokkal szélesebb körű közösségi alapú ellátórendszer úgy, hogy azt gyakorlatilag semmilyen jogszabály nem szabályozta. A felmerülő szükségletek alapján minisztériumi pályázatok rendszerében kerültek odaítélésre akár jelentékeny források.

pedig, amint létrejön a szabályozás, attól kezdve arra való tekintettel alakítják a helyi szereplők saját szakmapolitikájukat.

Praktikusan mindez azt jelenti, hogy az ellátórendszerre leginkább a jogszabályokon keresztül lehet hatni, ha valaki változást akar elérni, akkor a jogszabályok változását kell elérnie. Ennek megfelelően a szereplők szakmapolitikai akcióinak nagy része közvetve vagy közvetlenül a jogszabályok alakítására irányul, s ezekkel a szándékaikkal a jogszabályok előkészítésében főszerepet játszó minisztériumi apparátust célozzák meg.

Közvetlenül igyekeznek befolyásolni a jogszabályokat az egyes törvény- vagy rendeletervezetekről készített javaslatok, módosítási javaslatok, vagy akár tiltakozások, minisztériumi egyeztetések. Közvetlenül igyekeznek befolyásolni a jogszabályokat a megrendelt tanulmányok, koncepciók, de akár ezek kéretlen verziói is, amelyekben a szereplők saját meglátásaikat és megoldásaikat teszik közzé.

Ezt lehet például tetten érni az ismertetett jelentések ajánlásaiban, amelyek minden esetben a döntéshozókat célozzák meg és jogszabálymódosításokat szorgalmazznak.

Ebben a mezőben láthatóan előnyben vannak azok a szereplők, amelyek pozícióját szintén jogszabály biztosítja. Ilyen a Pszichiátriai Szakmai Kollégium, amelynek állásfoglalásai a szakma hivatalos dokumentumai, vagy az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa, akinek jelentései éppen azért voltak nagy hatással az ellátórendszerre, mert az ombudsman jogszabály adta lehetőségeivel hosszú utóéletet tudott biztosítani vizsgálatainak.

A fentiek okán a szakmapolitika alakításában valójában a minisztériumi apparátusok tekinthetők kulcsszereplőknek. Témánk szempontjából különös jelentősége van a szociális szolgáltatásokért felelős főosztálynak. Tehát nem a miniszternek, nem az éppen kormányon lévő politikai pártoknak, hanem a főosztályoknak.

A minisztérium kiemelt szerepe miatt az ellátórendszer viszonyai messze nem olyan többdimenziós mezőben alakulnak, mint ahogy azt ennyi szereplő mellett feltételezhetnénk. Ha így lenne, akkor számos szakmapolitikai dokumentumot olvashattunk volna, ahol önkormányzatokat megcélözva próbálják alakítani az ellátórendszert a szereplők, ide ír levelet a Pszichiátriai Kollégium, ennek címzi ajánlásait a Rosenthal-jelentés. Talán az ország méretéből fakadóan is, de nem ez történt. Habár a több mint 3000 önkormányzatunkkal sok szempontból egy szélsőségesen decentralizált országban élünk, a szociális ellátórendszerben azonban a meghatározó szakmapolitikai döntések a minisztériumban születnek.

Ez egyúttal azt is jelenti számomra, hogy a meglévő vagy éppen hiányzó szakmapolitikai döntések sem az erőviszonyok pillanatnyi helyzetéből fakadnak, legfeljebb azt tükrözik, hogy az egyes szereplőknek mennyiben sikerült befolyásolniuk a valódi döntéseket hozó minisztériumi apparátust.

Irodalom

- A Lelki Egészség Országos Program 2006. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa 2000. évi tevékenységéről szóló összefoglalója <http://www.obh.hu/allam/2000/tart2k.htm#tartalom>.
- Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1996.
- Állásfoglalás a pszichiátriai gondozók tevékenységéről. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 1998.
- Állásfoglalás a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről – kiegészítés. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2000.
- Bachrach, L. L. 1978: A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 29:573–578.
- Bitter István 1997: Vélemény Eric Rosenthal és munkatársai „Az emberi jogok és az elme-egészségügy helyzete Magyarországon” című tanulmányának Összefoglalás című fejezetéről. *Psychiatria Hungarica*;12(1):71–2.
- Bugarszki, Zs. 2004: A szociális szolgáltatások ujjászületése Magyarországon, *Esély*, 4.
- Bugarszki, Zs. – Weber, Z. 2007: Some reflections on social workers’ perspectives on mental health services in two cities – Sydney, Australia and Budapest, Hungary. *International Social Work*, Vol. 50, No. 2, 145–155.
- “Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions”, tender no. VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014
- Easton, D. 1990: *The Analysis of Political Structure*. Routledge.
- Edelman, M. 1971: *Politics as Symbolic Action*. Academic Press. New York.
- Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 46/2003. (IV.16.) OGY határozat.
- ENSZ 1991: Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről.
- EU Zöld Könyv Brüsszel, Az Európai Közösség Bizottsága, 2005. október 14. COM(2005) 484.
- Ferge Zsuzsa és Bugarszki Zsolt szakértői anyaga a Lelki Egészség Operatív Programja kapcsán. A szakértői anyag a Szociális és Munkaügyi Minisztérium felkérésére készült 2007-ben.
- Gombos, G.; Kismódi, E.; Pető, K. 2001: Az ellátottak emberi jogai a pszichiátriai betegek otthonaiban. *Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum*.
- Gombos, G.; Harangozó, J.; Szabó, L. 2002: Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról, *Pszichiatria Hungarica*. 2.
- Gönczöl Katalin 1997: A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban. *Psychiatria Hungarica* 1997, 12(1):45–50.
- Harangozó Judit 1997: Röpirat a magyar pszichiátriáról. *Psychiatria Hungarica*, 12(1):75–84.
- Harmatta J., Kurimay T., Túry Ferenc 2005: A pszichiátria fejlesztésének középtávú terve (2005–2010). Szakértői koncepció.
- Hidvégi, J. 2007: Javaslat a szociális szolgáltatások átalakításának fő irányaira, Szociális és Munkaügyi Minisztérium.
- Holland at all 1981: Institutional Structure and Resident Outcomes, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 22 (December):433–444
- Hronyecz Ildió – Mátics Katalin: A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata I–II. *Kapocs folyóirat*, 2003 december, 2004 február
- MDAC 2003: Cage beds, inhuman and degrading treatment of punishment in four EU accession countries Mental Disability Advocacy Center
- Mental Disability Rights International 1996. *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország*. Ford. Bakos Anita. Washington: p. ii.

Bugarszki: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén

- Mental Health Declaration for Europe, Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/6 14 January 2005
- Nemzeti Cselekvési Terv a társadalmi összefogásért, 2004
- Nemzeti Fejlesztési Terv, 2004
- Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_fadat_aktus?p_ekl=36&p_uln=69&p_felsz=1&p_felszig=21&p_aktus=2
- Parlamenti jegyzőkönyv http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_naplo.naplo_szoveg?P_CKL=36&p_uln=223&p_felsz=1&p_szoveg=&p_stilus=
- Parsons, W. 1999: Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis. Edward Elgar Publishing, Inc. Massachusetts.
- Porkoláb L., Fráter R., Füredi J. 2003: A magyar pszichiátriai ellátás helyzete. In: Füredi J., Németh A. és Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve – Harmadik kiadás (Medicina, Budapest)
- Programnyilatkozat a közösségi pszichiátria fejlesztéséért. Pszichiátriai Szakmai Kollégium. 1997. szeptember 30.;
- Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003–2004), http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium Stratégiai Bizottságának javaslata 2000. Pszichiátriai Szakmai Kollégium.
- Reflektorfényben a honi pszichiátria 1997. Szerkesztőségi bevezető. Psychiatria Hungarica, 12(1):45–50.
- Stark, A. Szakértői anyag a pszichiátriai gondozók tevékenységéről 2000. Járóbeteg-ellátási szakbizottság. Pszichiátriai Szakmai Kollégium.
- Turcsik L. 2002: Lakóotthonok Magyarországon, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest
- Tringer, L. 2001: A közösségi pszichiátria: egy szakma válasza korunk kihívásaira. Psychiatria Hungarica. 16. évf. 3. sz., p. 329–330.
- Új Magyarország Fejlesztési Terv, 2007
- Veér András 1997: Hozzászólás a „Rosenthal-dossziéhoz”. Psychiatria Hungarica, 12(1):69–71.
- Verdes, T. 2009: „A ház az intézmény tulajdona”. A totális intézmények lebontásáról humanizálásáról és modernizálásáról. Esély, 4.
- WHO 2003: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization.
- WHO 2004: Promoting mental health, concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization.