

Pszichoszociális fogyatékkal élők a társadalomban – a múltbeli megítélés és a jelen történéseinek tükrében

Piczil Márta

piczil.marta@szte.hu

SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet

Szabó Péter

szabo.peter@szte.hu

SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet

Tanulmányunkban arra vállalkozunk, hogy a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos társadalmi válaszok történeti áttekintése során bemutatjuk a legfontosabb nemzetközi és hazai folyamatokat, melyek a betegek megítélésében, az alkalmazott terápiás szemlélet és intézményi ellátások változásában öltönek testet. Kitérünk az intézményrendszerrel érintő legfontosabb változásokra, a közösségi szemlélet és az intézménytelenítés tartalmára. Bemutatjuk a támogatott döntéshozatal és a támogatott lakhatás alakulását, valamint egy hazai jó gyakorlattal és a Nemzeti Mentális Egészségügyi Program bemutatásával szeretnénk megrajzolni a jövő lehetséges fejlesztési irányait.

Kulcsszavak: *pszichiátriai betegek megítélése, pszichiátriatörténet, közösségi pszichiátria, közösségi alapú ellátások, intézménytelenítés, támogatott lakhatás, támogatott döntéshozatal*

*

Bevezetés

Mentális problémák, pszichiátriai betegségek, hosszantartó kezelés, gyógyszeres terápia, bentlakásos intézmények... E kifejezéseket hallva az emberek többségének rossz érzése támad, és mindenki bízik abban, hogy élete során nem találkozunk a lélek betegségeivel. Ez azonban sok esetben csak vágy marad, hiszen az orvosi rendeléseken megjelenő betegek több mint fele pszichés problémákkal küzd, és a szociális intézetekben is felülreprezentáltak a fogyatékos és pszichiátriai betegek: a 2011-es népszámlálás adataiból megtudhatjuk, hogy az értelmi sérült, autista és pszichiátriai beteg emberek a teljes lakosság mindössze 1%-át, az intézetekben élőknek pedig több mint a 25%-át tették ki (Környei, 2020; Tringer, 2011).

A pszichiátriai betegeket és magát az ellátást is misztikum övezte és övezi. Mítoszok, hiedelmek, félelem, negatív megítélés kapcsolódik a területhez. Azzal kapcsolatban pedig kevés az ismeret, hogy milyen betegutat, életutat járnak be a hosszan tartó mentális problémával élők, milyen lehetőségeik vannak, mennyire elfogadó irányukban

a társadalom. Századunk a pszichiátria évszázada. A szív- és érrendszeri betegségek után a pszichés zavarok következtében válnak a leghosszabb időre munkaképtelenné az emberek. Ennek ismeretében elgondolkodtató, hogy a pszichiátria még mindig háttérben lévő terület, az elmozdulás a közösségi életvitel támogatása felé pedig évtizedek óta kevés, miközben nagy szükség lenne nappali ellátóhelyekre, a lakhatás támogatására és olyan megoldásokra, melyek kapcsolatot, visszautat jelenthetnek a társadalom felé.

A pszichiátria fejlődése

Minden korban voltak olyan személyek, akik nem megszokott viselkedésükkel, olykor ijesztő magatartásukkal kivívták a közösség rosszallását. A normától való eltérés esetükben nyilvánvaló volt, ezért a hozzáállás nagyban függött attól, hogy az adott korszak társadalmában hogyan viszonyultak a deviáns személyekhez. Miután a pszichiátria önállósodása és intézményesülése csak a XVIII. századra tehető, előtte földrajzi régióként és kultúráként is változó volt a mentális problémákkal küzdők megítélése, kezelése. Természetesen voltak olyan kórképek, melyek minden társadalomban előfordultak, és ezeket általában betegségként határozták meg: gondoljunk a skizofréniára, a paranoid zavarokra, az epilepsiára vagy a gyengeelméjűségekre. Az önálló pszichiátria megjelenése előtt a pszichiátriai betegekkel való bánásmódnak volt egy vallási, egy rendészeti (politikai) és egy orvosi vonulata (*Tringer, 2011*).

A vallási vonal középpontjában álló elképzelés szerint a lélek és a test egymástól elkülönülten létezik, és mikor a lélek megbetegszik, azt általában az ördög vagy a démonok okozzák, tehát a természetfeletti tényezők jelentik a kiváltó okot. Így pszichés eredetű testi tünetek, magatartási zavarok, alkalmazkodási problémák mögött is az ördög befolyását látták megnyilvánulni, ennek megfelelően imádkozással, ördögűzéssel próbálták a beteg gyógyulását elérni. Az inkvizíció tömegesen küldte máglyára a pszichotikus betegeket, boszorkánynak vagy eretneknek kikiáltva őket. Megemlítendő azonban az a tény is, hogy az egyház által létrehozott kórházakban gyakran ápoltak elmebetegeket, és a tanítások is arra sarkallták a híveket, hogy segítsenek a betegeken, elesetteken, akik között megtalálhatók voltak a mentális problémákkal küzdő személyek. A szerzetesrendek ilyen irányú tevékenysége Európa-szerte elterjedt volt, és a mai értelemben vett lelki segítségnyújtás leginkább ezekben az egyházhoz kapcsolható intézményekben (kolostorokban) valósult meg (*Pikó, 2011; Tringer, 2011*).

A rendészeti vonal gyakran járt együtt az elkülönítéssel, kirekesztéssel, végső esetben pedig a teljes fizikai megsemmisítéssel. A közösség védelmét helyezték előtérbe, ezért tartották indokoltnak ezt a bánásmódot. Általános volt a vélekedés, miszerint az elmebetegség gyógyíthatatlan, az élet végéig tartó állapot, ami a környezetre is káros hatást gyakorolhat. Előfordult, hogy börtönökben különítették el a mentális betegeket. Később, az orvosi szemlélet megjelenése után és mellett is megmaradt az őrző, megőrző funkció, miközben nyilvánvaló, hogy az elkülönítés nem tesz jót a betegséggel való

szembesülésnek, a róla való kommunikációnak. Napjainkban is jellemző a rendészeti probléma jelenléte, hiszen sok érintett (beteg) van börtönökben, a szociális ellátórendszerben, esetleg ellátatlanul a társadalom szélén vagy a társadalmon kívül. Ezeknek a folyamatoknak kedvezhet a deinstitutionalizáció is (Tringer, 2011).

Az orvosi megközelítés meglehetősen régre nyúlik vissza, bár az emberi történelem kezdetén a vallási és az orvosi megközelítés összefonódott, hiszen a kultikus helyeken a mentális betegeket is gyógyították. Már a Bibliában is találhatunk mentális problémák jelenlétére utaló leírásokat. Egyiptom, India, Kína számtalan példáját adta a gyógyításra törekvésnek, és nemcsak a hagyományos, pl. gyógyszeres kezelést szorgalmazták, hanem alkalmaztak zeneterápiát, akupunktúrát, növényi tinktúrákat, esetenként szuggesztív terápiákat is. Görögországban – főként Hippokratész és tanítványai révén – a betegségszemlélet vált általánossá, hangoztatva azt a meggyőződést, hogy az elmebetegségek az agy működésének zavarai miatt alakulnak ki. Rómában is elterjedt az orvosi szemlélet, és az orvosok felemelték szavukat az érintett betegekkel kapcsolatos esetleges durva bánásmód ellen. A középkorban inkább rendészeti problémaként merült fel a pszichiátriai zavar, és a vallási megközelítés is elterjedt volt, ám ha a tüneteket betegség megnyilvánulásaiaként határozták meg, akkor szóba jöhettek az adott korban megszokott gyógymódok: növényi szerek, diéta, fürdők. Ebben a korszakban az arabok képviselték a humánus megoldást, amennyiben a betegségmodellt hangsúlyozták, és a betegek kórházakban történő elhelyezését és kezelését szorgalmazták, a gyógyszerek mellett fürdőkúrákat, zenét javasolva. Bagdadban 705-ben, Kairóban 800-ban már nyílt elmeegógyintézet. A gyógyítás gondolata a XVIII. században vált elterjedtté. A felvilágosodás és a reneszánsz idején a betegek megítélése jelentős változáson ment át: megdőlt az a nézet, hogy ők büntetést érdemelnek, inkább gyógyításra váró beteg embereknek kezdték tekinteni őket. Ez az új szemlélet a velük kapcsolatos eddigi bánásmódot is átírta, és már nem leláncolva tartották őket, hanem kórházban, gyógyító tevékenységgel javítva állapotukon. Tébolydák épültek, ahol egyértelműen a gyógyítás volt a cél. Megfigyelték a betegeket, leírták, rendszerezték a tüneteket. Bár a változás valóban jelentős volt, azonban az erkölcsi minősítés is kezdetét vette, hangsúlyozva, hogy a beteg állapota összefüggésbe hozható azzal, hogy erkölcsi törvényeket sértett. Ezt ismét lehetett szankcionálni, például munkával. Az engedelmesség megtagadása pedig újabb, olykor kínzással felérő „kezelésekkel”, „neveléssel” járhatott (Tringer, 2007; 2011). A XIX. században a mentális betegségek orvosi megközelítése több vonalon mozgott: a század elején a fiziológiai kórképekhez hasonlították ezeket, míg a század második felében a természettudományos orvoslás előtérbe kerülésével úgy gondolták, hogy ezek az agy betegségei (ez a szemlélet a XX. század végén ismét megjelent). A XIX. század végére leírták szinte az összes – napjainkban is ismert – pszichiátriai betegséget. Jelentős gondolat volt, hogy az egyén pszichés állapotát meghatározzák és befolyásolják a társadalmi történések, közösségi hatások is. A XX. század közepétől a mentális problémák diagnosztizálása az orvosi technika, a képzőművészeti eljárások, az informatika segítségével talán könnyebb és pontosabb, azonban a fogyasztói piac bővülése a gyógyszeriparnak

is kedvez. Ezek mellett jelentős súlya van a pszichoterápiás módszerek alkalmazásának, azonban az emberek továbbra is szívesen fordulnak magyarázatként a hiedelmekhez, a mágikus elképzelésekhez, misztikus megközelítésekhez (Füredi és Németh, 2015; Tringer, 2007).

A pszichiátria önálló tudománnyá válása

Európában a XIX. században épültek – sok esetben börtönökre emlékeztető – zárt intézetek, ahol kezdetben nem volt humánus a gyógyítás. Bár már ekkor is többen felémelték a szavukat azért, hogy a betegek ne tapasztalhassák meg az embertelen körülményeket, bánásmódot, ami a láncra vagy szíjra verést jelentette. E mozgalom képviselői úgy vélekedtek, hogy ezeket a betegeket tanítani, foglalkoztatni kell, és vissza kell őket vezetni az emberi életbe. Az 1850-es évektől megjelenik az a szemlélet is, hogy a pszichiátriai betegségek örökletesek, az érintetteket leginkább őrizni kell, és a veszélyes betegek elkülönítését is meg kell oldani. A kényszerzubbony, a hálós ágy, a ma már embertelennek és a gyógyulás szempontjából hasznosnak nem minősülő terápiák mindennaposak voltak. Az 1800-as évek második felétől elkezdődött a tudományos pszichiátria alapjainak lerakása, a betegségek osztályozása, az önálló pszichoterápia megteremtésében pedig Sigmund Freudnak voltak elvülhetetlen érdemei.

A kezdetben szerényebb számú terápiás lehetőséget jelentősen bővítette a pszichofarmakonok megjelenése. Az 1952-es év mindenki számára ismert: megjelenik a klórpromazin, majd újabb és újabb készítmények (pl. benzodiazepinek, antidepresszánsok). Szerencsére a gyógyszeres terápiák mellett a pszichoterápiás iskolák és módszerek jelentős bővülését is meg tapasztalhatjuk, több száz terápia közül választhatnak a betegek (Pikó, 2011; Tringer, 2011).

A XX. század végén, XXI. század elején már egészen más képet adhatunk a pszichiátria kapcsán. A betegek állapotában egyre nagyobb javulás áll(hat) be, a betegség már nem feltétlenül jelent hónapokig vagy akár évekig tartó elszigeteltséget, ugyanakkor az osztályokon egyre nagyobb számban jelennek meg a függőségben szenvedők. A pszichiátriai osztályok működése jelentősen megváltozott: az ajtók egyre nyitottabbak, az extrahospitális ellátó szolgálatok szerepe megnőtt. Utaltunk már arra a tényre, hogy az orvosnál megjelenő betegek jelentős részénél pszichés problémák állnak a tünetek hátterében. Ez is mutatja, hogy a pszichiátria szerepe fontos marad a jövőben, azonban az is kardinális kérdés, hogy a betegek ellátásában milyen irányú elmozdulások lesznek. Tringer már korábban utalt arra, hogy a pszichiáterek új feladatkörben is megmutathatók (pl. liaison pszichiátria), és mellettük a diplomás ápolók, szociális munkások szerepe egyre jelentősebbé válik. Mindezen túl pedig a mentális egészség érdekében, a pszichiátriai betegségek megelőzéséért is sokat tehetnek (Tringer, 2011).

A rendszer kritikája

A XX. század közepétől megjelentek kritikai hangok a pszichiátria működésével kapcsolatban. A társadalomtudósok rámutattak az ellátórendszer visszasságaira, jelezve, hogy át kellene gondolni az intézmények átalakítását, a jogszabályi hátteret, és sarkalatos pont az érintettek esetében az emberi jogok védelme. Lényeges megállapítás volt, hogy maga a pszichiátriai ellátórendszer is hozzájárul bizonyos hospitalizációs ártalmak kialakulásához (katatóniás tünetek), illetve betegségek krónikussá válásához. Az ekkor elinduló intézményi forradalomnak politikai megmozdulások is lendületet adtak, hiszen az 1968-as diáklázadások egyik fontos gondolata volt, hogy a pszichiátriai intézmények az elnyomás rendszerét erősítik.

Goffman szociológiai szempontból elemezte a mentális zavarok esetében a hosszantartó kezelések hatásait. Véleménye szerint a hospitalizáció jelentősen átformálja az egyén addigi életét, hatást gyakorol társas kapcsolataira, saját identitására. Totális intézményként tekintett a pszichiátriai osztályokra, ahol a betegek dependenssé válnak, és az intézményi függés megnehezíti a társadalomba való újbóli visszatérést (Pikó, 2011). Ezeknek a folyamatoknak is köszönhető, hogy elindult az elmeegógyintézetek számának csökkentése, az ágyszámok drasztikus redukciója és a forradalmi változást hozó közösségi mentális egészségért küzdő mozgalom. Az ellátás súlyát áthelyezték az ambuláns és a „könnyű intézményekre”, helyi igényekhez alkalmazkodó intézmények létrejöttét támogatták (deinstitutionalizáció), valamint elindult a demedikalizálódás és a pszichiáter szerepének megváltozása. A XX. század második felének közepén már az is láthatóvá vált, hogy a „könnyű intézmények” sem jelentettek tökéletes megoldást, mivel a súlyos és a belátási képességet nélkülöző betegek kiesnek az ellátásból vagy – a forgóajtórendszerre hagyatkozva – továbbra is megmaradnak a pszichiátriai osztályok kötelékében. További problémát jelentett, hogy a lakóközösségek, családok kevésbé voltak nyitottak, befogadóak, így a betegek más ellátási formákban – például hajléktalan-intézményekben – voltak kénytelenek ellátásra „találni” (transzinstitutionalizálás). Sok esetben a büntetés-végrehajtási intézmények jelentették az igazi „zártosztályt”.

A legújabb intézményi reformok sajátosságai, hogy továbbra is közösségi alapúak, a prevencióra, a korai felismerésre, a relapszusok kivédésére helyezik a hangsúlyt, a szükségletek helyi szintű felmérésére építik a szolgáltatásokat, kialakítják a kezelések folyamatos menedzselésének rendszerét (managed care), a minőségbiztosítás érdekében önmagukba építik a hatékonyságmérés eszközeit. „A közösségi szolgálatok fejlesztése a hagyományos ellátórendszer ellenállásába ütközik” (Tringer, 2011. 509. o.). A pszichiátriai betegségek ellátásának fejlődése, valamint a gyógyszeres terápiák egyre szélesebb köre mellett is egyértelművé vált a XX. században, hogy a gyógyítással együtt a betegek gondozása és a betegségből adódó pszichoszociális problémák kezelése is elengedhetetlenül fontos az életminőség javítása és a felépülés támogatása okán. Mindezek következtében is szükségessé vált az elszigeteltségből a közösségek felé nyitni, így

az egyéni terápiák mellett a csoportos és a nagyobb közösséget érintő beavatkozások is gyakoribbá váltak (Endre, 2020).

Úgy tűnik, hogy a pszichiátria alapproblémáival még a XXI. században is meg kell küzdeni: „*A mentális zavarok az egészségügyi szférán belül szomatikus nyelvezetbe öltöznek. A lelki problémák iránt érzéketlen medicina a beteggel szelektív kommunikációt folytatva (szomatikus kivizsgálás és kezelések) a mentális problémát szomatikus betegséggé fogalmazza át. Az alapellátásban megjelenő betegek több mint 50%-át kitevő mentális betegek többségével a szomatikus medicina valamely specialitása foglalkozik, ahol az ellátás költségei sokkal magasabbak, mint a problémának megfelelő pszichiátriai ellátásban. Az egészségügyi szolgáltatók költségeinek általános korlátozása a pszichiátria hagyományos intézményeinek radikális leépítését eredményezi. Az alternatív szolgáltatók kiépítése azonban a legtöbb országban csak ígéret marad. Az intézményi háttér nélkül maradt krónikus pszichiátriai betegek jelentős része a szociális szféra (hajléktalanság stb.), vagy a büntető intézmények területére sodródik. A társadalmi költségek mindkét esetben sokkal magasabbak, mint az eredeti pszichiátriai ellátás költségei*” (Tringer, 2007. 17. o.).

Magyar vonatkozások

Az előbbieken felvázolt megközelítések Magyarországot is jellemezték. A pszichiátriai betegekhez való viszonyulás ellentmondásos volt, és nálunk is fontos volt a közösség védelme, a beteg személy elkülönítése.

I. Istvántól kezdve több uralkodó rendelkezett az elmebetegekkel kapcsolatos bánásmódról. Werbőczy Hármaskönyve a gyámság alá helyezést is szabályozta zavarodott személyek és gyengeelméjűek esetében. Mária Terézia 1755-ben úgy rendelkezett, hogy a zavartan viselkedő személyeket őrültek házába kell szállítani, ennek hiányában börtönben kell elhelyezni őket (bűnözők közé). Az 1791-es országgyűlésen országos tébolyda létrehozásáról döntöttek, de a megvalósításra jóval később kerül sor. 1857-ben Kolozsvárott létesült az első elmeosztály, 1863-ban pedig Nagyszebenben nyílt meg az első nagy állami elmeógyógyintézet. Emblematisz intézménynek számít Lipótmező, ahol 1868-tól kezelték betegeket, és 500 főt tudtak befogadni. Ebbe a sorba illeszthető az 1883-ban létesített Angyalföldi Elmeógyógyintézet (a mai Nyíró Gyula Kórház) és az 1896-ban Nagyállóban, a megyeháza épületében működni kezdő elmeógyógyintézet. A társadalmi megítélés kezdetektől nem volt kedvező, és az is fontos információ, hogy csak az ellátó személyzet létszámával kapcsolatban vannak rendelkezések, a képzettség és a fizetés kérdése nem került előtérbe (Pisztora, 2009). Az azonban előremutató, hogy a XIX. század végén rehabilitációs törekvések is megjelentek.

Az intézményesülésnek is köszönhető, hogy a XX. század elejéig az elmeógyógyászat Magyarországon önálló területté vált: saját rendszertannal, terminológiával, és az orvoskarokon önálló tanszékek jöttek létre. A pszichiátriai intézményekben főként ápolásra és megőrzésre rendezkedtek be, de néhány helyen (Gyula, Nagyszeben) a betegek

aktívan részt vettek az intézmények ellátásában, fenntartásában. A kezelés főként nyugtatók, altatók adását, fürdőkúrák alkalmazását jelentette, és nálunk sem voltak ismeretlenek a drasztikus terápiák, azzal a céllal, hogy a betegeket kimozdítsák téveszméik, érzékcsalódásaik világából. A magyar intézmények is alkalmazták azt a – Belgiumból indult – módszert, melynek lényege volt, hogy az idült pszichiátriai betegeket falusi családokhoz adják, ahol ápolják, gondozzák őket. Az ápolók díjazásban részesültek tevékenységükért, és rendszeresen ellenőrizték az ápolás színvonalát. A XX. század elején több kórház létesített elmeosztályt, és a pszichiátria egyre inkább integrálódott az orvostudományba. Az intézményekben is fontosabbá váltak az ápolási szabályok, a higiénés előírások, előtérbe kerültek a személyzettel kapcsolatos elvárások, lényeges lett a betegekkel való bánásmód. Megfigyelhető a pszichiátria és a neurológia összefonódása, ideg-elme osztályok képében (a két terület különválása csak az 1980-as években vette kezdetét). Megjegyzendő azonban, hogy a pszichiáterek kissé háttérbe szorultak a neurológusokkal szemben. A kórházásítás kedvezett annak is, hogy a pszichiátria egyre tudományosabbá vált, bővültek a terápiás lehetőségek, amit lehet terápiás forradalomnak nevezni, de az ellátás intézménycentrikussága nem kedvezett a helyi közösségekben rejlő erő és segítség felhasználásának és kiterjesztésének (Tringer, 2011).

Máig nem értett lépés volt 2007-ben az OPNI bezárása, amit az egészségügy reformjának keretében vittek véghez. Ez lényeges, 22%-os aktív ágyszám- és finanszírozás csökkenést jelentett, és nem járt együtt a járóbeteg-ellátás, a gondozói hálózat kiterjesztésével. A későbbi intézményi átalakítási folyamatokba bekapcsolódott a szociális szektor, találkozhatunk a nappali kórházak megjelenésével. Megfigyelhető azonban, hogy erre az időre nemcsak a pszichiátriai betegekkel, hanem az ellátókkal kapcsolatban is erősödött a stigmatizáció.

A politikai ideológiák hazánkban jelentős hatást gyakoroltak az ellátás alakulására. *Környei* (2020) publicisztikájában leírja, hogy a kommunista-szocialista időszakban az elmebetegségekre a kapitalista társadalom maradványtüneteként tekintettek. Ennek okán szükségesnek érezték, hogy eltüntessék a „problémát”, az ország távoli, határvidéki kastélyaiba, laktanyáiba, gyárépületeibe költöztették a fővárosi intézményeket. Így kívánták elérni, hogy a társadalom a lehető legkevesebbet lásson az elmeszociális otthonokból, fogyatékos otthonokból. *Tringer* (2011) azonban megemlíti, hogy hazánkban az „ideggondozók” a közösségi alapú ellátások szerepét töltötték be az ötvenes évektől kezdődően. Az 1980-as években megfogalmazódtak azok a gondolatok, melyek a szociálpszichiátria fontosságát hirdették. Szalai Júlia megállapítja, hogy a szociálpszichiátriai felfogásban a gyógyítás célja nem lehet más, mint „*hogy az embereket megtanítsák konfliktusaik, jobb – kevesebb kiszolgáltatottsággal járó, mert tudatosan alakított – kezelésmódjára*” (Szalai, 1987. 7. o.). Sajnálatos módon, épp ezeknek a folyamatoknak a megtorpanását jelentették hazánkban a már említett lépések: a probléma és a betegséggel érintett személyek „láthatatlanná” tétele, a kórházi ágyak számának csökkentése, a családi ápolási telepek megszüntetése, nagylétszámú pszichiátriai otthonok létrehozása.

Ez a törekvés is hozzájárult, hogy a pszichiátriai ellátás egyrészt az egészségügyben, másrészt pedig a szociális ellátás részeként működött tovább.

Jelentős változást a rendszerváltozás utáni évek sem hoztak. A Gönczöl Katalin nevével fémjelzett ombudsmani jelentés 1996-ban, a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetek és a pszichiátriai otthonok tekintetében megállapította, hogy *„az otthonokban gondozott személyek jó része az intézményen kívül – egészségi állapotától függetlenül – életképtelen. Magyarországon ugyanis számukra nem létezik szociális háló, nincsenek átmeneti otthonok, védett munkahelyek, védett szállások, éjszakai és nappali szanatóriumok. A szociális törvény az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények között csupán a fogyatékosok gondozóházát nevesíti”* (Gönczöl, 1996. 81 o.). Ajánlásában megfogalmazta, hogy a költségvetés tervezésénél, a normatíva megállapítása kapcsán vegyék figyelembe a megfelelő szakmai ellátás magasabb költségeit. Valamint kezdeményezte a felelős minisztériumoknál a jogok érvényre juttatása, a foglalkoztatási rehabilitáció, a szakmai követelményrendszer számonkérhetősége, a civil kontroll elősegítése tekintetében tett intézkedéseket. A jelentés szigorát jól jelzi, hogy az egyik vizsgált intézmény megszüntetését is kezdeményezte. Alig egy évvel az ombudsmani jelentés után nemzetközi szervezet is „minősítette” a hazai pszichiátriai ellátórendszert. A Mental Disability Rights International kijelentette, hogy az embertelen gyakorlatot azonnal be kell fejezni, jogilag is biztosítani kell a legkevésbé korlátozó környezetet, le kell állítani az új felvételeket, akiknek pedig már nincs szükségük a cselekvőképességük korlátozására, vissza kell állítani azt, azonnali erőfeszítéseket kell tenni a közösségi ellátások megvalósítására, valamint a továbbképzési rendszer kidolgozására (Rosental és mtsai., 1997). Nagymértékű áttörés ezek után sem történt. Bányai Borbála és Légmán Anna empirikus vizsgálatuk nyomán kijelentik, hogy az általuk vizsgált Pszichiátriai Betegek Otthona és *„az intézetben belül működő védett munkahely tökéletesen jeleníti meg a Magyarországon domináns szemléletmódnak a változatlanságát, állandóságát, 1952 óta nagyobb reformok és átalakítások nélkül működik, mint a pszichiátriai ellátórendszer egyik szerves része”* (Bányai és Légmán, 2009. 70. o.). Vagyis a pszichiátriai betegek ellátásának jelentős része a kórházak pszichiátriai osztályain, a pszichiátriai gondozókban történik, és a pszichiáterek által gyógyíthatatlannak ítélt betegek számára az állam szociális otthonokat működtet. Magyarország emberi jogi helyzetének egyetemes, időszakos felülvizsgálata, a Nemzeti Emberi Jogi Intézmény 2016-os jelentése is úgy fogalmaz, hogy *„az intellektuális fogyatékosokkal és/vagy pszichiátriai betegséggel élő személyek esetében általánosan bevett az intézményi elhelyezés, nincs az intézmény leépítésére és a közösségi ellátások fejlesztésére irányuló törekvés. Az intézménynek nem célja a közösségi életbe való visszavezetés. A látogatással érintett intézményben nincs lehetőség a gyermekvállalásra, a fogamzásgátlásról való gondoskodás szinte belépési feltétel az intézménybe”*.¹

Egy, a rendszerben dolgozó orvos pedig így foglalja össze véleményét:

1 Magyarország Emberi Jogi Helyzetének Egyetemes Időszakos Felülvizsgálata. Nemzeti Emberi Jogi Intézmény Jelentése, 2. Periódus (2016) 4. o. Alapvető Jogok Biztosa (2023.02.18.)

„A pszichiátria ellátórendszere az egészségügyi területeken kívül saját küzdelmeit, kevésbé használja a közösségi tér erőforrásait, egy külön, zárt, védett világot alkot az ellátottak számára. Prevenációs programok sem ismeretesek. Az intézményrendszer átalakítása csak komplex módon történhet a társadalmi attitűd változtatásával, az 'örülteképek' átalakításával, az 'érintettek' szemléletmódosításával, és nem elhanyagolható az intézményekben dolgozók attitűdváltása, szemléletének átalakítása sem” (Somoskövi, 2020. 64. o.).

Közösségi alapú ellátások

A szociálpszichiátriai szemlélet és gyakorlat a XIX. század végére alakult ki, abból kiindulva, hogy a család és a társadalom szerepe jelentős a betegségek kialakulásában, és természetesen a gyógyulás szempontjából is fontos a szociális és a társadalmi közeg. A XX. században nemzetközi és magyar viszonylatban is voltak olyan kezdeményezések, melyek keretében az adaptáció és a rehabilitáció volt a cél, gondoljunk a terápiás kolóniák, közösségek létrehozására (Somoskövi, 2020). A közösségi pszichiátria a gondozás és rehabilitáció kapcsán igyekszik minél többet tenni az izoláció, a kirekesztés, kirekesztettség ellen, az intézményes ellátás okozta hátrányok csökkentésében. A szolgáltatásokat a lakóhelyhez közel, közösségben biztosítják, közösségi erőforrásokra, természetes segítőkre támaszkodva.

Az ellátások a következők lehetnek:

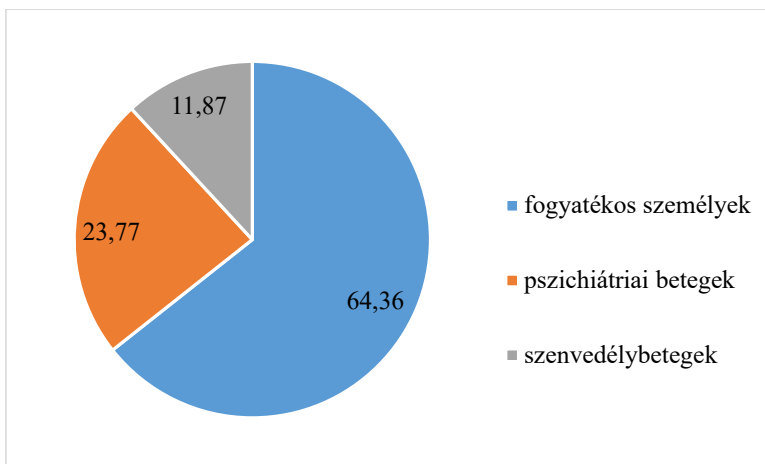
Ambuláns szolgáltatások: mobil krízisintervenció, esetmenedzsment

A mobil krízisintervenció olyan szolgáltatást jelöl, amely a lakókörnyezetben, utcán kialakult, akut helyzetben, a helyszínen megpróbálja kezelni a krízist. A kivonuló csapat tagja általában pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, ápolószemélyzet. Az esetmenedzsment kapcsán számos modell kialakulásáról beszélhetünk, ezek közös vonása a személyes, megtartó kapcsolat, miközben végigkísérik az érintettet a problémája legtöbb fázisán (Bugarszki, 2003). A modellek közül kiemelhető az Asszertív Közösségi Modell (Assertive Community Treatment Modell, ACT), mely azon a felismerésen alapul, hogy a pszichotikus krízisekhez, relapszusokhoz (visszaesések) a hétköznapiak során átélt kudarcok, feszültségek hozzájárulnak. A stresszcsökkentés az életminőség javításán túl a kórházi kezelések időtartamát, gyakoriságát is csökkenti. A hétköznapiakban felmerülő nehézségek kapcsán megállapítható, hogy az ezekkel való megküzdés nem medikális feladat, hanem szociális munka, problémamegoldás, készségfejlesztés (Endre, 2020). Az esetmenedzszeri modellek szükségességét támasztja alá, hogy a deinstitucionalizációs (intézménykiváltás, intézménytelenítés) folyamatok kapcsán szükségessé vált az otthonukban élő érintettek magasabb hatékonyságú ellátása.

Ezen modelleknek hazai megjelenéséről is beszélhetünk, sőt bizonyos értelemben a jogszabályi keretek között rögzített közösségi ellátás is erre épül. Azonban azt is szükséges megállapítani, hogy vannak szerzők, akik komoly kritikát fogalmaznak meg az ACT hatékonyságával kapcsolatban, illetve annak tudományosan mért eredményeivel kapcsolatban (*Gomory, B. Erdős és Kelemen, 2006*).

Lakóformák a közösségi ellátáson belül: átmeneti intézmények, védett lakások, támogatott lakhatás

Az átmeneti intézmények azok számára nyújtanak időben határos ellátást, akik nem szorulnak kórházi kezelésre, ellátásra, azonban saját lakóhelyükön nem tartózkodhatnak, illetve az önálló életvitelük kialakításához segítségre van szükségük. A pszichiátriai ellátásban a pszichiátriai betegek átmeneti otthona képviseli ezt az ellátási formát. 2023-ban összesen hét intézmény nyújt ilyen szolgáltatást, 101 államilag finanszírozott férőhelyen. Az intézmények közül 3 biztosít országos szintű ellátást, míg a többiek Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom (2 db), Hajdú-Bihar vármegyékből érkezőket fogadnak. Az otthonoszerű ellátások között hazánkban is egyre jelentősebb szerepet kap a pszichiátriai betegek lakóotthona, amely értelmezhető átmeneti intézményként és védett lakásként is. Bugarszki megállapítja, hogy „A lakóotthonok pszichiátriai betegek bentlakásos intézményeihez tartozva, általában fizikálisan közvetlen az intézmény szomszédságában vagy közelében létesültek, ezáltal a bentlakást nyújtó intézménnyel az ellátottaknak a kapcsolata mondhatni mindennapos, így nem indokolt a »valós« önállósodás” (*Endre, 2020. 22. o.*). A támogatott lakhatás hazai megjelenésével létrejöhetnek azok a kislétszámú, a lakókörnyezetbe integrált intézmények, amelyek pl. pszichiátriai betegek részére biztosítanak ellátást az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében, az életkoruknak, egészségi állapotuknak és önellátási képességüknek megfelelően. A szolgáltatás tartalma kiterjed a lakhatásra, az önálló életvitel fenntartására, a közszolgáltatások elérésére, a társadalmi életben való részvétel biztosítására, valamint a komplex szükségletfelmérés alapján meghatározott egyéb tevékenységekre (pl.: felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, pedagógiai segítségnyújtás, gyógypedagógiai segítségnyújtás, szállítás, háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás). Az előző felsorolás minden eleme megtalálható a szociális alapellátásban, tehát a szociális alapszolgáltatások együttműködő, összehangolt igénybevitelének lehetőségét és az adott személy lakhatását kell biztosítani (*Nyitrai, 2020*). Támogatott lakhatás keretében 2021-ben az engedélyezett férőhelyek száma 3218 volt, ebből pszichiátriai betegek részére 765 férőhelyet tartottak fent, míg a tényleges ellátotti szám a következőképpen alakult: összesen 3019 fő, ebből pszichiátriai beteg: 743 fő (*KSH, 2021*). A Támogatott Lakhatás keretében biztosított férőhelyek száma folyamatosan növekszik, eközben pedig állandóan nő a fogyatékos személyek számára biztosított helyek részesedése a pszichiátriai és szenvedélybetegek ellenében (1. ábra).



1. ábra: Támogatott Lakhatásban engedélyezett férőhelyek részaránya ellátotti csoportok szerint, 2021-ben² (KSH, 2021)

Nappali programok (állandó, napi rendszeresség, találkozóhely, segítségnyújtás helyszíne, programok)

A hazai ellátórendszerben nevesített nappali ellátás³ lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak – ide nem értve az időseket – napközbeni étkeztetését. A nappali ellátás feladata, hogy elősegítse a társadalmi integrációt is, ezért az igénybevevőkhöz közel, lakókörnyezetükbe integráltan célszerű létrehozni őket. A területi lefedettséget erősen megkérdőjelezi, hogy a dél-dunántúli és a közép-magyarországi térségben szinte alig találunk szolgáltatót.

Munkábaállítási programok: támogatott munkábaállítási program, védett munkahely, fejlesztő foglalkoztatás

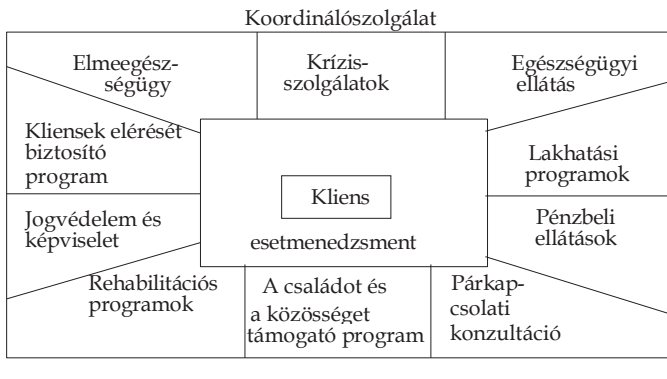
Hosszan tartó mentális problémával élők esetében szükséges a munkaerőpiaci aktivitás támogatása, már a pályakezdet elején is, azonban legtöbbször a betegség megjelenése utáni visszatérés segítségével kell számolni. A támogatott munkábaállítási programok esetében a munkaerőpiaci elhelyezkedést támogatják munkaközvetítéssel, képzéssel. A védett munkahelyek esetében egészen másról van szó, itt ugyanis a pszichiátriai intézmény vagy az éppen erre a célra létrehozott központok biztosítanak olyan

² Saját szerkesztés

³ 1993. évi III. tv. A Szociális igazgatásról és szociális ellátásról 65/F.§. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

munkavégzést, melyben nem a termelékenység a fő cél, hanem a munkaképesség helyreállítása. A fejlesztőfoglalkoztatás valamely szociális ellátáshoz kapcsolódóan nyújt segítséget az alapvető munkakészségek helyreállításában, hozzájárul a hasznosságérzés megtapasztalásához, az anyagi helyzet javításához, távlatilag pedig megteremti annak a lehetőségét, hogy az ellátott visszatérhessen az elsődleges vagy másodlagos munkaerőpiacra.

A fentiek tükrében megállapítható, hogy a közösségi ellátás keretében fent vázolt elemek mindegyikének elérhetőnek kell lennie egy adott térség lakosai számára, illetve az elérést szakemberek koordinálják (2. ábra).



2. ábra: Közösségi támogató rendszer modellje (Carling alapján)
(Bugarszki, 2003)

Bugarszki megjegyzi, hogy az egészségügyi ellátásról, a pénzügyi ellátásokról és a pszichiátriai ellátás medikális részéről elmondható, hogy problémákkal ugyan, de létezik. Azonban a lakhatási programok, a munkaerőpiaci rehabilitációs lehetőségek vagy a mobil krízisszolgálatok esetlegesen vannak jelen a hazai rendszerben. Külön figyelemre méltó jelként azonosítja, hogy nem beszélhetünk egy átfogó koordinációs szerv jelenlétéről (Bugarszki, 2003).

Támogatott döntéshozatal

A pszichiátriai betegséggel – pszichoszociális fogyatékkal – élő egyéneket is érinti a fenti fogalom. Életük során több-kevesebb esetben kerülhetnek olyan állapotba, hogy környezetükben, családtagjaikban, kezelőorvosaikban felmerül a kérdés: el tudják-e látni azokat az alapvető humánfunkciókat, amelyek a mindennapok során szokásosak? Döntéseik mennyire megalapozottak, vagyis összességében mennyire támogatják a fogyatékkal élő személyek önrendelkezését? A Fogyatékos és Társadalom című

folyóirat 2019-ben egy tematikus számot szentelt a kérdéskörnek, hazai, neves szakemberek tárták fel a rendszer sajátosságait, tettek javaslatokat az ellátottak érdekében történő módosításokra. *Fiala-Butora* (2019) a gondnoksági rendszerrel kapcsolatban négy fő problémát nevesített:

1. A gondnokság alá helyezések túl gyakoriak, köztük a teljesen korlátozó gondnokság még mindig az összes gondnokság alá helyezés több mint felét teszi ki.
2. A gondnokok túlterheltek, nem képesek ennyi gondnokolt képviselőt érdemben ellátni, és nem ritkák a visszaélések sem.
3. A támogatott döntéshozatal nem kap kellő súlyt a törvényben, és ezért nem is tudja beváltani a hozzá fűzött reményeket
4. A gondnoksági rendszer gyakorlatilag diszfunkcionálissá vált, és nem tölti be azt a társadalmi funkciót, ami egy modern államban a fogyatékos személyek társadalmi integrációja terén elvárható lenne, nem támogatja kellőképpen a fogyatékos személyek önrendelkezésének kialakítását (*Fiala-Butora*, 2019).

A szerző kimondja, hogy a szabályozás dogmatikai szempontból is megkérdőjelezhető, ugyanis figyelmen kívül hagyja a legújabb pszichológiai és gyógypedagógiai eredményeket, nem alkalmazza, nem várja el azokat a képességvizsgálati módszereket, amelyek a belátási képesség pontosabb értékelését teszik lehetővé, lényegében nem is definiálja a belátási képességet. A gondnokság „kiváltására” alkalmas jogintézmény a támogatott döntéshozatal, melyet szándéka szerint az intellektuális és a pszichoszociális fogyatékosokkal érintettek társadalmi jelenlétének fokozására hoztak létre, az új Polgári Törvénykönyv 2014-es bevezetésével. A magyar jogrendszerben a nagykorú személyek cselekvőképességét nem érintő, jogkorlátozás-mentes jogintézményt alakítottak ki. Ennek értelmében „a gyámhatóság az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú számára, annak kérelmére – cselekvőképessége korlátozásának elkerülése érdekében – támogató kirendeléséről határoz.”⁴ A támogatott döntéshozatal részletszabályozását külön jogszabály adja⁵, a törvény értelmében a támogatott maga jelölheti meg az(oka)t a személy(ek)e)t, aki(ke)t támogatójának kíván, ugyanakkor, ha a megjelölt személy(ek) egyike sem felel meg a törvényi feltételeknek, és a támogatott egyetért, hivatásos támogató kirendelését is lehetővé teszi a szabályozás. Támogatót határozatlan időre, általános jelleggel vagy meghatározott ügycsoportokra lehet kirendelni, és a kirendelést a gyámhatóság ötévente köteles felülvizsgálni. Az érintett ellátotti csoport számára, önrendelkezési jogok gyakorlásának adott ezáltal teret a jogalkotó. *Gulya Fruzsina* és *Hoffman István* (2019) támogatott döntéshozatalról írt tanulmányukban, hivatalos statisztikai forrásokra hivatkozva kijelentik, hogy nem váltotta be – az összes – a bevezetéséhez

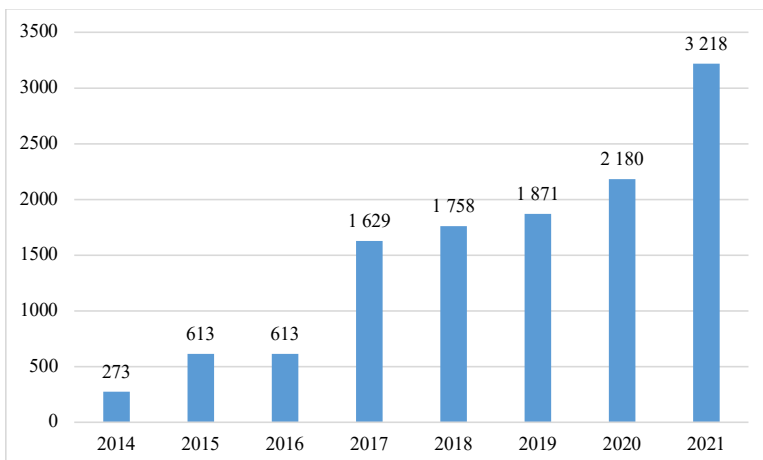
4 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről 2:38. § (1) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300005.tv>

5 2013. évi CLV tv. a támogatott döntéshozatalról <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300155.tv>

fűzött reményt, ugyanis nem vált széleskörűen alkalmazottá, érdemben nem csökkentette az elrendelt gondnokságok számát.

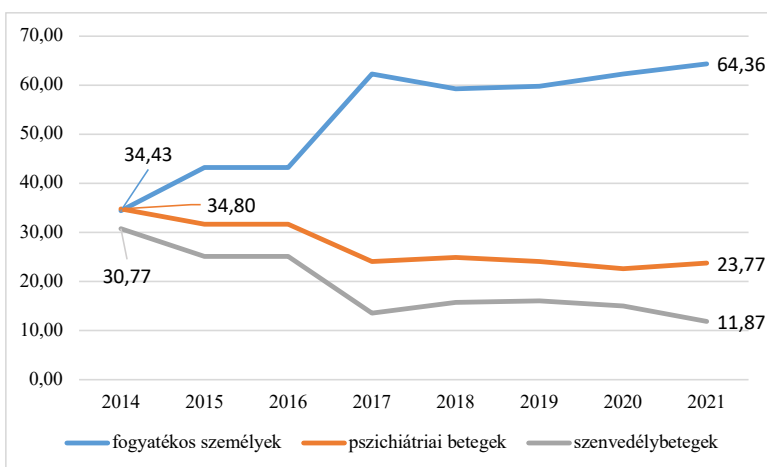
Támogatott lakhatás

A magyar szociális ellátórendszer válasza a totális intézményekkel kapcsolatban, nem csak a Gönczöl-jelentésben és a nemzetközi értékelésekben megfogalmazott kritikákra, egyértelműen a kitagolás – megcsúszott – megkezdése volt. Míg az európai szinten már az '50-es évektől kezdődően megjelennek a legkorábbi intézménytelenítési programok (Svédország), a főáramba inkább a '70-es, '80-as években kerül be a nagylétszámú intézmények „lebontása”, a társadalmilag integrált, az ellátottak jogait fokozottan szem előtt tartó megoldások alkalmazása. Hazánkban már a '90-es évektől kezdődően lehet olvasni, megismerni az intézménytelenítés fogalmát, ám ekkor még csak mint lehetséges válaszként, semmint gyakorlatként találkozhatott vele a szakmai közönség (Ruzsics, 2015). A fogalmat először a 2011-ben megalkotott „A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról 2011–2041” szülő Stratégia definiálja, melyet kormányhatározattal fogadtak el. Ez indította hazai útjára az intézménytelenítést, illetve ezzel összefüggésben hangolta át az ellátás biztosításának formáit egy modernebb irányba (Horváth, 2021). A támogatott lakhatás beépítése a Szociális törvény személyes gondoskodást nyújtó szociális szakellátások intézménytípusai közé már a folyamatos működtetéshez szükséges szabályozási háttérrel is biztosította. Nyitrai Imre (2020) elemzésében rámutat, hogy a korábbi rendszer alapellátás/szakellátás szerinti felosztása kevésbé rugalmas, nem tud jól illeszkedni az egyéni igényekhez, azok időbeli változásához, illetve ez a keretrendszer nagyon nehezen képes befogadni a támogatott lakhatás koncepcióját, melyben a szakellátáshoz kapcsolódó otthont nyújtó ellátást szerveznek, azonban az ellátottak számára felkínált szolgáltatási elemek egy része a szociális alapellátás szolgáltatói által nyújtott segítségformák. *„Másként fogalmazva: a szociális alapszolgáltatások együttműködő, összeszervezett igénybevitelének lehetőségét és az adott személy lakhatását kell biztosítani a Támogatott Lakhatás megszervezését, biztosítását vállaló fenntartónak, intézménynek, olyan módon, hogy azok egyénre szabott kombinációját kell kialakítani, amely döntően új megközelítést kíván meg valamennyi érintettől: fenntartóktól, intézmény- és szolgáltatásvezetőktől, dolgozóktól, de még az engedélyező és ellenőrző hatóságok munkatársaitól is”* (Nyitrai, 2020. 47. o.). A férőhelyek növekedésének ütemét mutatja a 3. ábra. Meg kell jegyezni, hogy a működési engedélyek alapján számolt intézményi férőhelyadatok (Horváth, 2021) ettől eltérő – kevesebb – férőhelyet jelenítenek meg.



3. ábra: Támogatott lakhatás, engedélyezett férőhelyek száma 2014 és 2021 között (db)⁶

A helyzet árnyalásához tekintsük meg az ellátotti csoportonkénti férőhelyek részarányát. Láthatóvá válik, hogy a kezdeti, közel 1/3-1/3-1/3 arányt átrendezték az évek, 2021-ben már a férőhelyek több mint 60%-án fogyatékkal élő ellátottakat gondoztak, eközben a szenvedélybetegek számára fenntartott férőhelyek száma alig emelkedett, így részarányuk fokozatosan csökkent, 2021-ben alig haladta meg a 10%-ot (4. ábra).



4. ábra: Támogatott Lakhatásban engedélyezett férőhelyek részaránya ellátotti csoportok szerint, 2014 és 2021 között⁷

6 Saját szerkesztés. KSH 25.1.1.28. adattábla alapján (2023.02.21.)

7 Saját szerkesztés. KSH 25.1.1.28. adattábla alapján. (2023.02.21.)

A mennyiségi adatokon túl fontosabb az intézményrendszer átlényegülésének, szemléletváltásának bemutatása, ha úgy tetszik, a pszichiátriában végbemenő paradigmaváltás gyakorlati életbe történő átültetésének sikerességét kell megvizsgálni.

„Az intézettelenítés (deinstitutionalisation) jelentése többretegű. Jelenti (jelentheti) azt a (1) szociális, egészségügyi stb. szakpolitikai folyamatot, melynek célja a nagylétszámú tartós vagy átmenti bentlakásos intézményi ellátásról való áttérés a helyi közösségbe ágyazott minél kisebb létszámú lakhatási, illetve a bárki számára nyitott alapszolgáltatásokra. Jelentheti továbbá (2) az ellátórendszer olyan irányú reformját, amely az egyéni szükségleteket, az egyén (autonóm) döntését helyezi a rendszer fókuszába, és olyan szabályozási, finanszírozási megoldásokra tér át, amely képes rugalmasan alkalmazkodni mindehhez, az érintettek (lehető legmagasabb fokú) önálló életvitelének támogatása érdekében” (Sziklai, 2021. 203. o.). Az átfogó, elméleti keretek mellett azonban az ellátás tartalmi elemeinek elsődleges forrása a jogszabály⁸, mely így fogalmaz:

„75. § (1) A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek – ide nem értve a demens személyeket – és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja

- a) a lakhatási szolgáltatást,
- b) az önálló életvitel fenntartása, segítése érdekében a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett **esetvitelt**,
- c) a **közszolgáltatások** és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások **igénybevételében** való segítségnyújtást,
- d) az ellátott komplex szükségletfelmérése alapján, erre vonatkozó igény esetén
 - da) a felügyeletet,
 - db) az étkeztetést,
 - dc) a gondozást,
 - dd) a készségfejlesztést,
 - de) a tanácsadást,
 - df) a pedagógiai segítségnyújtást,
 - dg) a gyógypedagógiai segítségnyújtást,
 - dh) a szállítást,
 - di) a háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást.”⁹

8 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

9 1993. évi III. tv. A Szociális igazgatásról és szociális ellátásról Hatályos: 2017.01.01-től <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

A közösségi alapú ellátások szinte minden eddig feltárt ismerve megjelenik a meghatározásban, kezdve attól, hogy felmérésen alapul, igazodik az ellátott aktuális állapotához, integráltan valósul meg, szociális szolgáltatások mellett lakhatást is biztosít, összességében pedig az egyén társadalmi életben való részvételét célozza meg. Amennyiben ezek az intézmények úgy jönnek létre, hogy a korábbi, elavultnak vélt rendszert váltják fel, örömről fejezhetjük ki, mert valós modernizáció történik. Azt az „előnyt” is ki kell használni, hogy a nemzetközi intézménytelenítési folyamatok hamarabb kezdődtek, mint a hazaiak, ezért rendelkezésünkre állnak a több évtizedes tapasztalataik, illetve jelentős EU-s források felhasználásával a hazai forrásokat meghaladó mértékben lehet beruházásokat végezni. Összességében tehát a hazai átalakítási folyamatok mindkét intézménytelenítési értelmezéshez kapcsolódnak, eredményességükről azonban az idő rövidsége miatt még nem tudunk bizonyosságokat állítani. A legelső hazai programok értékeléséből az alábbi javaslatokat fogalmazták meg a szakemberek:

- a) az intézményi férőhelykiváltási programok felgyorsítása,
- b) a szociális és az egészségügyi pszichiátriai szolgáltatások párhuzamos fejlesztése szükséges,
- c) szakértői csoport létrehozása az ágazati minisztériumban,
- d) szomszédsági, közösségi kapcsolatok erősítése,
- e) elkészítő programok, képzések, tréningek kidolgozása a szakemberek számára,
- f) a támogatott lakhatás és a szociális alapszolgáltatások finanszírozását illeszteni szükséges (*Balogh-Urbanovszki és mtsai., 2014*).

Hazai jó gyakorlat

A gyakorlatban megvalósult eredményes modellekkel már hazánkban is találkozhatunk. Vannak olyan, többéves múltra visszatekintő kezdeményezések, amelyek szellemiségükben, céljaikban, az általuk alkalmazott módszerekben, az együttműködőkörét tekintve újat, valami mást képviselnek, szakítanak az akut kórháziágy-központú kezeléssel. Az alábbiakban bemutatott kezdeményezést azért gondoltuk kiemelni, mert irányt jelölhet ki a jelenleg is zajló átalakítás során, nagyobb hangsúlyt adva a szektorális kapcsolatoknak, a felépülési szemléletnek és a közösségi ellátás gyakorlatának.

Veszprémi modell

A modellben megjelenik a megyei pszichiátriai gondozó és a szociális alapellátás kapcsolata. A tevékenység 2006-ban indult, a kezdeteket az erőforráshiány és a hátrányos helyzet jellemezte, miközben a szakemberekben, illetékesekben erősen élt a felismerés, hogy a szociális intervenciók végrehajtására szakképzett és a változó jogszabályi környezetet jól ismerő szociális szakemberekre van szükség. A fejlesztések megvalósítására

alapítványt hoztak létre, mely nem pusztán anyagi oldalról jelentett támogatást. Az ellátás a Csolnoky Ferenc Kórház Járóbeteg-szakellátásának részeként, a fekvőbeteg-szakellátástól elkülönülten, a rendelőintézetben működik. Lényegében megvalósították a pszichiátriai gondozó és a szociális alapellátások (pszichiátriai betegek közösségi ellátása; pszichiátriai betegek nappali ellátása) fúzióját, hogy a felmerülő szociális problémák kapcsán azonnali, hatékony és az ellátott környezetéhez legközelebbi szinten történjen az intervenció. A közösségi ellátás tekintetében több területi egységet is sikerült bevonniuk, míg a nappali ellátást kizárólag Veszprémben biztosítják. A kialakítás számos lépcsője közül ki kell emelni, hogy előzetes felmérésekre építették a modellt, munkatársaikat szakirányú képzésekkel fejlesztették, önkormányzati és egészségügyi szervezetekkel működtek együtt, és folyamatos szupervíziót tudtak biztosítani munkatársaik részére. Tartalmi szempontból jelent megújulást, hogy a hagyományosnak tekintett orvos-beteg találkozások mellett a pszichoszociális intervenciók egyre bővülő kínálata jelent meg. A változást jól szemlélteti a nappali ellátás heti órarendje, melyben – a teljesség igénye nélkül – kutyaterápia, művészetterápia, relaxáció, metakognitív csoport, gyógytorna, táncház, irodalmi foglalkozás szerepelnek.

„A veszprémi modell lényege négy pontban foglalható össze:

1. A bio-pszicho-szociális szemlélet megvalósítása az egészségügyi és szociális ellátás összekapcsolásával.
2. A csapatok speciális ismeretének, kreativitásának rendszerbe integrálása.
3. A változó működési feltételekhez való rugalmas alkalmazkodás.
4. A betegek szükségleteihez igazított ellátás, amely optimalizálva használja az egészségügyi és a szociális (közösségi) erőforrásokat” (Balczár és Englert, 2020. 33. o.).

Eredményeik ismeretében elmondható, hogy növelték korábbi hatékonyságukat, mind a felépülés, mind pedig a humánerőforrás felhasználása terén.

A jövő tervei

Magyarország Kormánya 2018. december 18-án határozatban fogadott el öt Nemzeti Programot a lakosság egészségi állapotának és egészségügyi ellátásának fejlesztése érdekében. Ezek a programok: a Nemzeti Gyermekkegészségügyi Program, Nemzeti Keringés Program, a Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, a Nemzeti Mozgásszervi Program, a Nemzeti Rákellenes Program. A pszichiátriai ellátás hazai helyzetét kissé sötétén láttatja az a tény, hogy a Nemzeti Mentális Egészségügyi Program tartalmát csak hosszas jogi procedúra után lehetett megismerni. A programban számtalan fejlesztési irányt, elvet és gyakorlati célt fogalmaztak meg, melyek illeszkednek a fentiekben felsorolt nemzetközi trendekhez és fejlesztési irányokhoz. Egyebek mellett – a prevenció címszó alatt – az alábbi fejlesztési javaslatok jelennek meg: lakóhelyközeli

ellátások fejlesztése, a közösségi ellátás és az alacsonyküszöbű ellátások fejlesztése, támogató lakossági kommunikáció, munkahelyi egészségvédelem, az EFI hálózatának fejlesztése. A másodlagos prevenció körében a kormányzat nagyobb figyelmet kíván fordítani a kockázati csoportba tartozók megtalálására, a tünetek korai felismerésére és az érintettek megfelelő intézménybe (történő) irányítására. A Nemzeti Mentális Egészségügyi Program szűrőtesztek elérhetővé tételével és a prevenció szakemberek képzésével javasolja elérni ezt a célt. A harmadlagos prevenció kapcsán is megjelennek azok az elvárások, amelyek nemzetközi szinten is jellemzik a fejlesztéseket. Az egészségügyi ellátást jelölik ki mint elsődleges hatáskörrel rendelkezőt, azonban a szociális és az oktatási szférával való együttműködést várja el a Program. Konkrét javaslatként fogalmazza meg az alacsony intenzitású pszichoterápia elérését az alapellátásban, a Gyermekek és Ifjúsági Mentálhigiénés Regionális Koordinációs Központok (GYIMERKOK) országos kiépítését, egy Módszertani Központ létrehozását a Nyíró Gyula OPAI-ban (esetszintű, mentális zavarokhoz kapcsolódó egészségügyi adatok gyűjtése, feldolgozása). Mindezek mellett szükséges még a széleskörű szakemberképzés, a pszichiátriai ellátórendszer fejlesztése, az optimális betegutak kialakítása.¹⁰ A program az alábbiakat állapítja meg a Pszichiátriai Gondozókkal kapcsolatban:

„A pszichiátriai gondozók intézményi hálózatát területi ellátási kötelezettséggel működő multidiszciplináris intézeti egységek alkotják, amelyek a pszichiátriai betegségek teljes spektrumán nyújtanak magas szintű lakosságközeli ambuláns szakellátást. A szervezetenként többnyire kapcsolódó szakrendelések feladata az ún. „kispeszichiátriai” – korábban neurotikus formakörként nevezett – zavarok ellátása, míg a pszichiátriai gondozás a súlyos mentális betegek hosszútávú, speciális ellátását jelenti. (...) A pszichiátriai gondozás mint ellátási forma alapelvei megfeleltethetők a nemzetközi szakirodalomból ismert közösségi alapú pszichiátriai ellátás (community mental health services) elveivel.”¹¹ A közösségi alapú ellátások fejlesztésének és a nemzetközi eredmények hazai adaptálásának szándéka látható, a konkrét megvalósításra azonban még vélhetően várni kell, mindamellett már néhány területen láthatók az intézkedések is (pl.: OPAI feladatai, NTR nappali terápiás részlegek stb.).

2019-ben a pszichiátria helyet kapott az öt leginkább fejlesztendő orvosi terület között. Az intézményrendszer átalakítása mellett a tervek között szerepel a házi orvosi praxisok bevonása a pszichiátriai alapszintű ellátásba, és javasolják a házi orvosi ellátásban pszichológusok jelenlétét is annak érdekében, hogy a pszichés zavarok kiszűrése minél korábban megtörténjen (*Boromisza, 2019*).

10 *Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, 2022. Nemzeti Mentális Egészségügyi Program*

11 *Nemzeti Mentális Egészségügyi Program, 2022. 19. o.*

Összegzés

A mentális zavarokkal kapcsolatban a kezdetektől ellentmondásos volt a megítélés. Írásunkban áttekintettük a viszonyulás vallási, rendészeti és orvosi vetületét, és rámutatunk, hogy a legújabb kori történések sem nélkülözik a negatív megnyilvánulásokat, bizonytalanságokat. A magyar lakosság mentális állapotának ismeretében a pszichiátria, pszichiáterek szerepének egyre fontosabbá kellene válnia, miközben a szakma még mindig vívja a saját küzdelmeit. Nem várhat sokáig a társadalom tagjainak érzékenyítése sem. A pszichoszociális fogyatékosokkal élők számára fontos lenne az elmozdulás a „forgóajtótól” a közösségi alapú ellátások felé. A magyarországi jó gyakorlatok is mutatják, hogy lehet és érdemes nyitni új irányokat megcélözva, annak érdekében, hogy az érintettek visszatáljanak a társadalomba.

Irodalom

- Balog-Urbanovszky Zsuzsanna, Csizmadiáné Szabó Márta, Grósz Attila Pál, Fodor Valéria, Herold Krisztián, Mihalidecz Csaba, Petri Gábor, Simon Lajos, Szabó Lajos, Szentkatolnay Miklós és Szőke Zsolt (2014): *Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékosokkal élők számára a támogatott lakhatásban – Intézményi férőhely kiváltás*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft., Budapest. <https://fszk.hu/kiadvany/uj-életvezetési-modell-a-pszichoszociális-fogyatékosokkal-élők-számára-a-támogatott-lakhatásban/> (2023.03.05.)
- Balczár Lajos és Englert Tímea (2020): A veszprémi modell, avagy pszichiátriai gondozás más-ként. *Lege Artis Medicinae*, **30**, 1–2. sz. 33–39.
- Bányai Borbála és Légmán Anna (2009): Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély*, **20**, 2. sz. 68–84.
- Boromisza Piroska (2019): Milyen fejlesztésekre lenne szüksége a pszichiátriának? (Interjú dr. Németh Attilával, a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet főigazgató főorvosával). *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME)*, **XVIII**. *Pszichiátria különszám*, 2–3.
- Bugarszki Zsolt (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély*, **14**, 1. sz. 67–86.
- Endre Szilvia (2020): *Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben – egy hatékonyságvizsgálat tükrében*. PhD-értekezés.
- Fiala-Butora János (2019): Gondnoksági reform a gyakorlatban – a 2013-ban elfogadott Polgári törvénykönyv hatása a gondnoksági rendszer működésére. *Fogyatékoság és Társadalom*, **5**, 2. sz. 9–21.
- Füredi János és Németh Attila (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Gönczöl Katalin: *A betegek emberi és állampolgári jogainak érvényesülése a pszichiátriai fekvőbeteg-intézetekben és pszichiátriai otthonokban. Az állampolgári jogok biztosának OBH*

- 255/1996 számú jelentése. <https://www.ajbh.hu/documents/10180/54612/199602255.rtf/ba8d3890-b6d1-4887-ba88-f0d4a00a1f65?version=1.0&t=1362213114021> (2023.06.15.)
- Gomory Tomi, B. Erdős Márta és Kelemen Gábor (2006): Kényszer vagy együttműködés. Vita-
tolt kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában. *Esély*, 17. 5. sz. 10–19.
- Gulya Fruzsina és Hoffman István (2019): A támogatott döntéshozatal sorsa Magyarországon.
Fogyatékoság és Társadalom, 5. 2. sz. 22–36.
- Horváth Dániel (2021): Támogatott lakhatás a számok tükrében. In: Serafin József (szerk.):
*Támogatott élet – Fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg személyek társadalmi beilleszke-
dése, lakhatása*. Baptista Egyházi Szociális Módszertani Központ, Budapest.
- Környei Kristóf (2020): *A kitagolás kormányzati stratégiája sem fogja felszámolni a fogyatékos és
pszichiátriai beteg emberek kirekesztését*. [https://merce.hu/2020/04/17/a-kitagolas-kormany-
zati-strategiaja-sem-fogja-felszamolni-a-fogyatekos-es-pszichiatriai-beteg-emberek-kire-
keszteset/](https://merce.hu/2020/04/17/a-kitagolas-kormany-
zati-strategiaja-sem-fogja-felszamolni-a-fogyatekos-es-pszichiatriai-beteg-emberek-kire-
keszteset/)
- (KSH, 2021) *Központi Statisztikai Hivatal: Összefoglaló Táblák, Szociális Védelem, Támogatott
Lakhatás 2014–2021*. https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0028.html (2023.02.21.)
- Nyitrai Imre (2020): Egy kulcs az önálló életvitelhez –A támogatott lakhatás helye és szerepe a
magyarországi szociális szolgáltatások rendszerében. *Fogyatékoság és Társadalom*, 6. 1. sz.
47–58.
- Pikó Bettina (2011): A mentális zavarok szociológiája. In: Pikó Bettina (szerk.): *A deviáns maga-
tartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATEPress, Szeged.
- Pisztora Ferenc (2009): Fontosabb pszichiátriai irányzatok Magyarországon a 19. század másod-
dik és a 20. század első felében. In: Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (szerk.):
A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, Budapest.
- Rosental Eric, Bakos Anita, Bauer Elizabeth, Burnim Ira, Dinerstein Robert, Lapertosa Max és
Okin Robert (1997): Az emberi jogok és az elme-egészségügy helyzete Magyarországon.
Psychiatria Hungarica, 12. 1 sz. 51–67.
- Ruzsics Ilona (2015): *A kitagolás folyamatai Európában és Magyarországon. Mentor(h)áló 2.0
program* <http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/kitagolas/index.html> (2023.06.15.)
- Somoskövi Csilla (2020): *Pszichiátriai dolgozók attitűd vizsgálata Q-módszerrel*. PhD-értekezés.
http://real-phd.mtak.hu/999/2/1594122788-somoskovi_ertekezés_pdf (2023.06.15.)
- Szalai Júlia (1987): A szociálpszichiátria dilemmái. Néhány gondolat a szociálpszichiátria tár-
sadalmi helyéről és funkciójáról. In: Zsámboki Mária és Borgosné Lendvai Mária (szerk.):
Családsegítők kézikönyve. TIT ny., Budapest. 150–165.
- Sziklai István (2021): A kiváltás és a Támogatott Lakhatás kapcsolata: megközelítések és kriti-
kák. In: Serafin József (szerk.): *Támogatott élet – Fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybeteg
személyek társadalmi beilleszkedése, lakhatása*. Baptista Egyházi Szociális Módszertani Köz-
pont, Budapest.
- Tringer László (2007): *A pszichiátria társadalmi beágyazottsága*. A Szegedi Tudományegyetem
Pszichiátriai Klinikáján az „Elme Mater” sorozatban elhangzott előadás (2007.03.07.)
- Tringer László (2011): *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.