

**ÚJ ÉLETVEZETÉSI MODELL A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK
SZÁMÁRA A TÁMOGATOTT LAKHATÁSBAN**

INTÉZMÉNYI FÉRŐHELY KIVÁLTÁS

Készült a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.
megbízásából a TÁMOP 5.4.5-11/01-2012-0001 azonosítószámú
„A fizikai és info-kommunikációs akadálymentesítés szakmai tudásának kialakítása” című
kiemelt projekt mentorszolgáltatás komponensének keretében

Budapest, 2014. október 15.

A tanulmányt készítették:

- Balog-Urbanovszky Zsuzsanna** ELTE TÁTK szociálpolitika szakán tanult, az FSZK „Rehabilitáció-Érték-Változás” (RÉV) projektjében az Országos Munkaerő-piaci Szolgáltató és Szakmai Támogató Hálózat felállításában vállalt szerepet. Jelenleg az FSZK Mentorhálózati Koordinációs Iroda mentor koordinátora.
- Csizmadiáné Szabó Mária** Szociálpedagógus, családpedagógus, okleveles szociális munkás, a „Horgony” Alapítvány szolgáltatásvezetője. Célja, hogy felelősséggel hozzájáruljon a pszichoszociális fogyatékosokkal élők rehabilitációjához, támogassa teljes felépülésüket.
- dr. Grósz Attila Pál** Pszichiáter szakorvos. A Siófoki Pszichiátriai Gondozó és Szakrendelő, valamint a Közösségi Szolgáltatások Dél- Balaton vezetője. 2010 óta dolgozik közösségi pszichiátria és 2012 óta szenvedélybetegek közösségi ellátásában.
- Fodor Valéria** Tanácsadó szakpszichológus, közgazda, intézményi férőhely kiváltási szervezet-átalakítási kulcsmentor, a kiváltást segítő mentorszolgáltatáshoz készült módszertani kézikönyv készítője. 2005 óta számos szociális szolgáltatást fejlesztő projekt fejlesztés-módszertani tanácsadója.
- Herold Krisztián** Szakvizsgázott szociálpolitikus, intézményi férőhely kiváltási szakmentor. Több pszichiátriai szociális szolgáltatás területi megszervezésében vállalt szerepet. Szakterülete az interprofesszionális együttműködések alapuló közös esetvitel facilitálása.
- Mihaldinecz Csaba** Szociális munkás, közösségi pszichiátriai gondozó. Munkájának középpontjában a pszichiátriai terepmunka, pszichiátriai betegséggel élők interakciójának sajátosságai, továbbá mozgás és sportterápiás aktivitások állnak. Ashoka tag.
- Petri Gábor** Érdekvédő, a European Disability Forum kuratóriumi tagja, a Trinity College Dublin vendég-kutató asszisztense, 2011 óta a Mental Health Europe nevű európai pszichiátriai érdekvédelmi szervezet munkatársa, illetve külső szakértője. 15 éve dolgozik fogyatékos és pszichiátriai területen érdekvédelmi programokban, szolgáltatástervezésben és jogszabály-fejlesztésben.
- dr. Simon Lajos** Pszichiáter, pszichoterapeuta és a pszichiátriai orvosi rehabilitáció szakorvosa. A közösségi pszichiátriai ellátás, a nappali ellátás és a foglalkoztatási rehabilitáció területén működő Moravcsik Alapítvány Kuratórium elnöke. A Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Integrált Közösségi Pszichiátriai Csoport vezetője, egyetemi docens.
- Prof. dr. Szabó Lajos** Klinikai szakpszichológus, c. egyetemi tanár (ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék), NCSSZI Közösségi koordinátor és gondozó képzés „Esetmenedzsment” tárgy oktatója, több esetmunka tankönyv szerzője.
- Szentkatolnay Miklós** Szociálpolitikus, a TÁMOP 5.4.5-11/01-2012-0001 sz. kiemelt projekt vezetője az FSZK-ban, intézményi férőhely kiváltási szakértő.
- Szóke Zsolt** Tapasztalati szakértő, a Lélek-Hang Egyesület elnöke, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum alelnöke, az Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület tagja.

TARTALOMJEGYZÉK

1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ.....	4
2. BEVEZETŐ.....	7
2.1. A TANULMÁNY CÉLJA	7
2.2. AZ ÚJ SZOLGÁLTATÁSI MODELL ALAPELVEI, ÉRTÉKEI	7
2.3. A PSZICHIÁTRIAI ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ JOGSZABÁLYOK FEJLŐDÉSE, NEMZETKÖZI EGYEZMÉNYEK LÉTREJÖTTE, CIVIL SZERVEZETEK TÖREKVÉSEI.....	8
3. A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK SZÁMÁRA SZÓLÓ KÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK ÉS JOGSZABÁLYI FELTÉTELEK.....	11
4. PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK TÁMOGATOTT LAKHATÁSBAN ÉRINTETT CÉLCSOPORTJA.....	12
5. EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓI HÁLÓZAT ÉS EGÉSZSÉGÜGYI FELADATOK.....	14
6. SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÁSOK A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK SZÁMÁRA.....	17
7. A TÁMOGATOTT LAKHATÁS ÉS A KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS TERÉN SZOLGÁLTATÁST NYÚJTÓ SZAKEMBEREK TEVÉKENYSÉGEINEK EGYBEVETÉSE.....	20
8. KULCSSZEMÉLYEK: AZ ESETFELELŐS ÉS A KÍSÉRŐ TÁMOGATÓ.....	23
9. SZAKEMBEREK FELKÉSZÍTÉSE A TÁMOGATOTT LAKHATÁS KERETÉBEN TÖRTÉNŐ SZOLGÁLTATÁSNYÚJTÁSRA.....	28
10. A PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK KOMPLEX SZÜKSÉGLETFELMÉRÉSE ÉS EGYÉNI SZOLGÁLTATÁSI TERV KÉSZÍTÉSE.....	32
11. INTÉZMÉNYBEN LAKÓ, PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK TÁMOGATOTT LAKHATÁSRA TÖRTÉNŐ FELKÉSZÍTÉSE.....	36
12. TÁMOGATÓ KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA	39
13. CSELEKVŐKÉPESSÉG ÉS GONDNOKSÁGI RENDSZER.....	42
14. SZEMÉLYES OMBUDSMAN - EGY ÚJ MODELL.....	45
15. FOGLALKOZTATÁS, MUNKAVÁLLALÁS ELŐSEGÍTÉSE	48
16. FEJLESZTÉS: MOZGÁS-, TEST-, SPORT- ÉS SZÍNHÁZTERÁPIÁS AKTIVITÁSOK, A KÖRNYEZET GONDOZÁSA.....	55
17. MELLÉKLET.....	57
17.1. PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGGEL ÉLŐK SZENVEDÉLYBETEGSÉGGEL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁI.....	57
17.2. VESZÉLYEZTETŐ ÁLLAPOT ÉS KEZELÉSE A TÁMOGATOTT LAKHATÁSBAN	58
17.3. FELÉPÜLÉS ALAPÚ MEGKÖZELÍTÉS	61
17.4. AZ ÉLETVITELI TÁMOGATÁS MÓDSZERTANI ALAPJAI - AZ ÉLETVITELI TÁMOGATÁS ERŐFORRÁSOKON ALAPULÓ MODELLJE 65	
17.5. KAPCSOLATOK FELTÉRKÉPEZÉSE.....	77
17.6. PSZICHOSZOCIÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK FELKÉSZÍTÉSE A KORAI TÜNETEK FELISMERÉSÉRE ÉS A SEGÍTSÉGKÉRÉSRE	80
17.7. TERÁPIÁS MÓDSZEREK	83

1. Vezetői összefoglaló

Magyarországon az intézmény férőhely kiváltási folyamat a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1257/2011 (VII.21.) számú kormányhatározattal vette kezdetét. A megkezdett kiváltási folyamatban két olyan intézmény vesz részt, amely pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek ellátásával foglalkozik. A velük való közös munka során derült fény arra, hogy korlátozott módszertani bázis áll rendelkezésre az intézményben élők és dolgozók megfelelő felkészüléséhez, továbbá hiányosak azok a feltételek is, amelyek a támogatott lakhatási modell hatékony működtetéséhez szükségesek.

A nagy intézményből a támogatott lakhatásba való átalakulás rendkívül érzékeny folyamat, eredményes megvalósulása kiemelten fontos érdek, ezért a változtatási folyamat szakmai támogatása az akadályok elhárítása és a lehetőségek kiaknázása érdekében szakpolitikai felelősség is.

Tanulmányunk célja olyan változtatások kezdeményezése döntéshozói, végrehajtói, valamint intézményi és szakmai szinten egyaránt, amelyek elősegítik a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek önálló életvitelének megvalósulását a támogatott lakhatás körülményei között.

Ajánlásainkban érvényesül a nemzetközi szinten elterjedt „felépülést” hirdető megközelítés is, amely a pszichiátriai diagnózissal élőkéről szóló gondolkodást jelentősen átalakította, és amelyben jelentős szerepet játszottak a hagyományos orvostudományon kívüli tudományágak és az érintettek mozgalmi is.

A tanulmányban szereplő főbb javaslatok:

- Az intézményi reform felgyorsítása indokolt, a meghatározott 30 éves időtáv helyett 10-15 év alatt javasoljuk az intézményi férőhely kiváltás megvalósítását.
- Az intézményi férőhely kiváltási program és a támogatott lakhatás komplex szolgáltatási hálózat nélkül nem kivitelezhető, ezért a szociális és az egészségügyi pszichiátriai szolgáltatások párhuzamos fejlesztése szükséges. Ezen belül a bizonyítottan eredményes és költséghatékony otthon közeli ellátórendszer elemeinek biztosítása elengedhetetlen. A közösségi pszichiátriai ellátás és a nappali ellátás biztosítása az intézményi férőhely kiváltással összefüggően stratégiai feladat. Sürgető a pszichiátriai gondozók fejlesztése, a finanszírozási, az emberi erőforrás problémák megoldása, szervezeti, szakmai innováció facilitálása. Az eredményesség érdekében szükség lehet a gondozók kórházi rendszerről történő leválasztására is. A támogatott lakhatás és a közösségi, valamint a nappali ellátások együttes területi és kapacitásbeli erősítésével multiplikátorhatás érhető el, amelynek kedvező hatását az egészségügyi szolgáltatói kör is hasznosíthatja.

A szükséges további szakmai fejlesztések érdekében az egészségügyi és a szociális szektor közötti jobb koordináció lehetőségeit áttekintő szakértői csoport létrehozását javasoljuk az Emberi Erőforrások Minisztériumában, az érintett pszichiátriai ellátottak és szakértőinek részvételével.

- A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek támogatott lakhatását a közösségi ellátások és nappali ellátások szakmai bázisára és tapasztalatára célszerű építeni, mivel a közösségi alapellátás munkamódszertana jól illeszkedik a támogatott lakhatás koncepciójához.

A támogatott lakhatás keretében működő szolgáltatások hangsúlya a hosszú távú életviteli támogatáson nyugvó autonóm életvitelt segítő program megvalósításán van. Fontos feladat a helyi – közösségi befogadás elősegítése, a szomszédsági – közösségi kapcsolatok építése (networking), a személyes kapcsolati háló újraépítése és a társas támogatás erősítése. Az intézmény kiváltási programban ez egy olyan új feladat, amelynek módszertani alapjait ki kell dolgozni, mert hazai viszonyok között a segítő munka ezen része elhanyagolt terület.

- A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek támogatott lakhatásának biztosításában kulcsszerepet játszó esetfelelősök és kísérő támogatók szakmai felkészítése céljából ki kell dolgozni e tevékenységi területekre irányuló szakmai felkészítő program képzési anyagát. Javasoljuk ezeknek a képzettségeknek jogszabályban rögzített megjelenését, mint képesítési – alkalmazási követelményt. A felkészítő programok, képzések, továbbképzések kidolgozására egy stabil munkacsoport létrehozása indokolt, háttérben egy, az intézményi férőhely kiváltást koordináló irodával, amely - többek között - gondoskodik a képzési programok kidolgozásáról, biztosítja a képzőket, szervezi a képzéseket, regionális szakmai konzultációkat indít, stb.
- A kiváltásra kerülő intézmények szakembereinek felkészülését több programelemmel szükséges bővíteni. Ilyenek lehetnek:
 - Egy „utazó team” felállítása, melynek tagjai helyben, eseti jelleggel, részben strukturált, részben interaktív programmal segítik a kiváltásra kerülő intézmények menedzsmentjét és szakembereit a kiváltásra való felkészülésben és annak megvalósításában.
 - A kiváltást megvalósító intézmények szakmai felkészülésük, és a kiváltás sikeres végrehajtása, a számos új típusú feladat ellátása érdekében lépjenek partneri/mentori kapcsolatba jól működő közösségi és nappali ellátást nyújtó szolgáltatókkal, továbbá pszichoszociális fogyatékossgal élők foglalkoztatásában gyakorlattal, módszertani felkészültséggel bíró szervezetekkel. Szakmai bevonásukra pályázati forrást is lehessen felhasználni.
 - Magyarországon nem áll rendelkezésre egy országosan terjeszthető, írott módszertan a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek foglalkozási rehabilitációs szolgáltatásaira vonatkozóan. Ezt mihamarabb pótolni szükséges, építve a már létező gyakorlati tapasztalatokra.
- A kiváltás során, ill. azt követően – figyelembe véve a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek autonómiájának, önrendelkezésének növelésére irányuló fejlesztő folyamatot – kezdeményezni szükséges a jelenleg kizáró/teljesen korlátozó gondnokság alatt álló személyek felülvizsgálatát a részlegesen korlátozó gondnokság és a támogatott döntéshozatal irányába. A bíróságok vizsgálják felül a gondnokság alatt lévők cselekvőképességét.
- Jogszabályi keretek átalakítása is indokolt lehet az alábbi elemek tekintetében:
 - A támogatott lakhatás és a szociális alapszolgáltatások finanszírozását illeszteni szükséges, tisztázva azt a kérdést is, hogy a támogatott lakhatási szolgáltatás mellett szükségessé váló egyéb szolgáltatások – pl. nappali ellátás, közösségi pszichiátriai szolgáltatás – igénybevétele esetén hogyan oszlik meg a költségvetési támogatás az egyes szolgáltatások és szolgáltatók között.
 - A szolgáltatások megállapításához a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek célcsoportjára a komplex szükségletfelmérő eszköz specifikus átalakítása szükséges.
 - A támogatott lakhatásnál elkészítendő egyéni szolgáltatási terv csak az intézményvezető és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy (ha van, akkor a gondnoka is) közötti megállapodás legyen. A többi szociális szolgáltatóval kapcsolatos – egyéni szolgáltatási tervre épülő – megállapodás külön kerüljön formalizálásra.
 - Jogszabályi reformok folytatása indokolt a gondnoksági rendszer további progresszív átalakítására.
- Pilot programok indításával segíteni szükséges az új, innovatív modellek adaptálását, kipróbálását és kedvező tapasztalat esetén a gyakorlatban való elterjesztésüket.
- A pszichiátriai ellátottak társadalmi emancipációjának elősegítése, szervezeteik erősítése, az előítéletek elleni harc folytatása folyamatosan támogatandó feladat.

Fenti intézkedések végrehajtása esetén megteremtődik a lehetőség az intézményi férőhely kiváltási folyamat segítségével a közösségi ellátásokra alapozott szolgáltatási rendszer kiépítésére. A közösségi alapú szolgáltatások fejlesztése és megerősítése eredményezi majd, hogy a kiváltással érintett térségekben megfelelő mennyiségű és minőségű szolgáltatás álljon rendelkezésre a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek számára. A meglévő rendszerek fejlesztése mellett új, innovatív kezdeményezések is elindulhatnak, amelyek szélesítik a szolgáltatási palettát és ezzel nem csak támogatott lakhatásban élők, hanem az otthon élők számára is lehetőséget adnak az önálló és autonóm életvezetésre. Nagy eredmény lehet a lakhatási szolgáltatást nyújtó intézményekben dolgozó munkatársak új szerepkörének meghatározása, a szükséges képzési tartalmak kidolgozása és az elengedhetetlen attitűdváltozás támogatása. A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek számára pedig valódi esély teremtődik az önálló életvitel kialakítására, valamint a társadalmi, szakmai előítéletek lebontására, a felépülés alapú megközelítés során pedig az emberi jogi megközelítés érvényesülésére.

2. Bevezető

2.1. A tanulmány célja

Magyarországon az intézmény férőhely kiváltási folyamat a 2011-ben elfogadott 1257/2011 (VII.21.) a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló kormányhatározattal indult. E megállapítás úgy igaz, hogy a kiváltásnak van korábbi előtörténete is, mivel a civil, egyházi és állami kezdeményezések már a '90-es évek végétől jelen vannak, de komplex stratégia a teljes intézményrendszer felszámolására és átalakítására csak fenti kormányhatározatban öltött testet. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényhez kapcsolódó 1/2000-es SzCsM rendelet 2013. augusztus 1. óta biztosít lehetőséget a támogatott lakhatásra, mint szociális ellátási formára.

Jelen tanulmányt is a kiváltás inspirálta, mivel e folyamat az intézményben élő fogyatékos személyek mellett a pszichiátriai diagnózissal élő emberekre¹ is kiterjed. A hazai fogyatékosügy törvény 2013. január 1-től fogyatékosági kategóriaként ismeri el a pszichoszociális fogyatékosággal élő embereket. Mindez összhangban van 2007. évi XCII. törvény által kihirdetett a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény (Egyezmény) 19. cikkével, amely az Önálló életvitel és a közösségbe való befogadásról rendelkezik.

A megkezdett kiváltási folyamatban két olyan intézmény² vesz részt, amely pszichoszociális fogyatékosággal élő emberek ellátásával foglalkozik. A velük való közös munka során derült fény arra, hogy korlátozott szakmai, módszertani bázis áll rendelkezésre az intézményben élők és dolgozók felkészítésével kapcsolatban, valamint nincsenek meg a támogatott lakhatás hatékony előkészítéséhez szükséges feltételek. Az átalakulás során a változás kísérése és kezelése rendkívül fontos és érzékeny terület, ezért az átmeneti folyamat (nagy intézményből a támogatott lakhatásba való átmenet) menedzselésére szolgáló szakmai modell létrehozása kiemelt feladat.

Tanulmányunk célja olyan változások kezdeményezése döntéshozói, végrehajtói, valamint szervezeti és a szakmai szinten egyaránt, amely elősegíti az önálló életvitel megvalósulását a támogatott lakhatás körülményei között.

2.2. Az új szolgáltatási modell alapelvei, értékei

Az intézményi férőhely kiváltási program eszmei alapját az Egyezmény adja, amelynek 19. cikke rendelkezik a közösségbe való befogadásról és az önálló életvitel biztosításáról. Az új szolgáltatási modell alapjaként álljon itt az Egyezmény vonatkozó része:

„Önálló életvitel és a közösségbe való befogadás

Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékosággal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez és másokkal egyenlő szabad döntéshez való jogát; minden szükséges és hatékony intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékosággal élő személyek teljes mértékben élvezhessék e jogaikat és a teljes közösségi befogadást és részvételt, beleértve a következők biztosítását:

a) a fogyatékosággal élő személyeknek másokkal azonos alapon **lehetőségük van lakóhelyüknek** és annak **megválasztására**, hogy hol és kivel élnek együtt, és nem kötelezhetőek bizonyos megszabott körülmények között élni;

¹ Jelen szöveg egyazon célcsoport elnevezésére különböző terminusokat szinonimaként használ: pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegséggel élő, pszichiátriai beteg, pszichiátriai szolgáltatás-használó, pszichiátriai diagnózissal élő stb. A „pszichoszociális fogyatékoság terminus kialakulásáról lásd: Gombos Gábor (2012): Mi a pszichoszociális fogyatékoság? <http://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/>

² Aranysziget Otthon Szentesi Otthona és Somogy Megyei Szeretet Szociális Otthon Berzence

b) a fogyatékossgal élő személyek számára **hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz**, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges;

c) a mindenki számára nyújtott **közösségi szolgáltatások és létesítmények azonos alapon hozzáférhetőek** a fogyatékossgal élő személyek számára is, és igényeikhez igazítottak.”

Az új szolgáltatási modell alapelvei az Egyezményből vezethetők le, ezek mentén kell kialakítani a megfelelő szolgáltatásokat. Az önálló életvitel támogatásához szükséges új szolgáltatások létrehozásához az alábbi alapértékek folyamatos alkalmazását javasoljuk:

- átláthatóság,
- felelősségvállalás,
- empowerment (felhatalmazás és képessé tétel),
- fenntarthatóság,
- partnerség,
- személyközpontúság.

2.3. A pszichiátriai ellátásra vonatkozó jogszabályok fejlődése, nemzetközi egyezmények létrejötte, civil szervezetek törekvései

A pszichiátriai diagnózissal élőkrol szóló gondolkodásnak, illetve az őket érintő intézkedések, a szolgáltatások és jogszabályok tervezésének egyre fokozottabban részei mind a hagyományos orvostudományon kívüli tudományágak, mind az érintettek mozgalmi. Ez nem új jelenség, hiszen a pszichiátriai betegséggel élők számára elérhető szolgáltatások minden korban az adott kor politikai-világnézeti, illetve kulturális sajátosságainak megfelelően működtek: a 18-19. században szegények dologházaiban, a 20. században egyre inkább szakosodott egészségügyi intézetekben; korunk demokráciáiban pedig civil csoportok és a nyilvánosság felügyeletével, az általános jogrend keretein belül működnek egészségügyi szolgáltatások. Az évtizedekkel ezelőtt gyakorta használt terápiás megközelítéseket (pl. inzulinsokk, lobotómia), vagy a még közelmúltban is alkalmazott ápolási/őrzési módszereket (rácsos/hálós ágyak) mára nem csupán a tudomány fejlődése, de emberi jogi és humanista megfontolásokból, civil szervezeti nyomás és nemzetközi jogi egyezmények tiltásai sem teszik lehetővé. Ezekben a reformokban jelentős részük volt érdekvédelmi mozgalmaknak, amelyek fokozatosan elérték mind a nemzetközi emberi jogi egyezmények, mind a nemzeti jogszabályok átalakítását. Az érintettek szervezetei nemcsak Magyarországon erősödtek meg az elmúlt évtizedekben, de nemzetközi és európai szinten is, ahol európai jogi egyezmények és intézkedések sora született a „pszichiátria volt használóinak és túlélőinek” részvételével³.

A vonatkozó jogszabályok reformjait mind nemzetközi szervezetek (WHO, ENSZ, Európai Unió), mind nemzeti kormányok és szakmai testületek figyelemmel követik és gyakran promotálják is. Például az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (Fundamental Rights Agency) több részletes, a magyarországi helyzetre is kitérő jelentésben számolt be pszichiátriai ellátottakkal kapcsolatos jogi problémákról, elsősorban a közösségi élethez való jog⁴, a cselekvőképesség⁵ és politikai részvétel/szavazati jog⁶, valamint a kényszergyógykezeléstől való szabadság⁷ tekintetében. Az 1990-es évektől egyre erősebb hatású emberi jogi egyezmények betetőzése az ENSZ Fogyatékos emberek jogairól szóló

³ Rose, D. és Lucas, J. (2007): The user and survivor movement in Europe. In. Knapp et al.: Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care. Open University Press, London.

⁴ Choice and control. The right to independent living. Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nice EU Member States. (2012) Fundamental Rights Agency, Vienna.

⁵ Legal capacity of persons with intellectual disabilities and people with mental health problems (2013). Fundamental Rights Agency, Vienna.

⁶ The right to political participation of persons with mental health problems and persons with intellectual disabilities (2010) Fundamental Rights Agency, Vienna. (a jelentés teljes egészében elérhető magyarul is)

⁷ Involuntary treatment and involuntary placement of people with mental health problems. (2012) Fundamental Rights Agency, Vienna

egyezménye volt, amelyet az ENSZ Közgyűlés 2007-ben fogadott el, és amelyet azóta csaknem az összes EU tagállam ratifikált. Történelmi tény, hogy maga az Európai Unió is ratifikálta az egyezményt, amely az első olyan nemzetközi egyezmény, amit az EU elfogadott.

Az Egyezményt megelőző tárgyalásokon a pszichiátriai diagnózissal élők szervezetei aktívan részt vettek mind az egyes részek megírásában, mind a tárgyalási folyamatban. Elsőként a hasonló rangú és erejű jogszabályok történetében maguk az érintettek (fogyatékos emberek és pszichiátriai ellátottak együtt) voltak azok, amelyek „letárgyalták” az Egyezményt az ENSZ tagállamainak képviselőivel. Így az Egyezmény szövege és az annak alapján születő ENSZ Bizottsági értelmezések és tagállami jelentések a jelenlegi legátfogóbb képet adják arról, mi az, amit a pszichiátriai területet érintően az érintettek szervezetei elvárnak mind a kormányoktól, mind az egyes szakmaterületektől (orvos szakma, segítői szakma, bíróságok stb.).

A pszichiátriai ellátottak mozgalma, érdekvédelmi célkitűzései többek között a következő témák körül csoportosulnak⁸.

Kényszergyógykezelés

A kényszerkezelések és kényszerelhelyezések (kórházban vagy intézetben) elsősorban az egyéni autonómia szempontjából és a kínzástól, embertelen, megalázó vagy kegyetlen elbánástól való mentesség, mint egyetemes emberi jog szempontjából kapnak bírálatot. A személy autonómiája azonban nem csupán emberi jogi szempontból fontos, hanem a gyógyítás során is, ahogyan egy volt pszichiátriai ellátott vallotta: „A helyzet az, hogy nem tud senki meggyógyítani engem az én együttműködésem nélkül. Nincs olyan dolog a világon, hogy kényszergyógyulás.”⁹

A kényszerkezelések és a pszichiátriai ellátásban tapasztaltak tulajdonképpen a nemzetközi és magyar pszichiátriai érdekvédelmi mozgalmak fő motorjaként és okaként azonosíthatók. Az érintettek szervezetei rendszeres látogatásokat igyekeznek tenni kórházakban és intézetekben, ill. a „megbízható” és „nem javasolt” pszichiátriai ellátókról szóló listákat közzé is teszik¹⁰. A WHO is közzétette nemrég saját, érintettek bevonásával készült intézményi monitoring segédletét, a *Quality Rights Tool Kit*-et. Az Európa Tanács¹¹ és az ENSZ¹² szakbizottságai a pszichiátriai elhelyezések és szolgáltatások rendszeres monitorozásával és nyilvános jelentések kiadásával járó munkát végeznek.

Gyógyszerezés

A gyógyszerelés megítélése gyökeresen más orvosi és felhasználói szempontból. A gyógyszerek vélt és valós hatása, ill. azok mellékhatásai, esetleges veszélyei immár nem csupán a szigorúan vett orvos szakma és farmakológia hatáskörébe tartoznak. Közegészségügyi és emberi jogi, sőt, erőteljes közgazdasági hatásuk is van: mind a háztartások, mind az államok gyógyszerkasszája jelentősen megnőtt az elmúlt évtizedekben, és ezen belül folyamatos híradások hívják fel a figyelmet a pszichiátriai gyógyszerek meredeken emelkedő használatára¹³.

A pszichiátriai civil és szakmai szervezetek nem elsősorban a gyógyszerek közvetlen hatásait, hanem a betegek gyógyszerekről szerzett információinak minőségét vitatják, így például azt, hogy bizonyos tünetek a betegség rész tünetei vagy a gyógyszer hatásai-e, és hogy e hatásokkal mennyiben köteles együtt élni a felhasználó. Érdekvédelmi szervezetek különösen hangsúlyozzák, hogy több antidepresszívum, neuroleptikum hosszú távú használata bizonyítottan maradandó tünetekkel járhat

⁸ Az egyik legfontosabb téma, a jogi cselekvőképesség és önrendelkezés kérdése a szövegben később, önálló fejezetben kerül kifejtésre.

⁹ Carol J Patterson vallomása („Personal Stories”): http://www.mindfreedom.org/personal-stories/personal-stories/atct_topic_view?b_start:int=20&-C=

¹⁰ Például a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum honlapján: www.pef.hu

¹¹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment and Punishment (CPT) <http://www.cpt.coe.int/en/>

¹² Committee Against Torture (CAT) <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cat/pages/catindex.aspx>

¹³ Az Egyesült Királyságban 1999-ben 20.1 millió alkalommal írtak fel antidepresszánsokat – ez a szám 2009-re majdnem megduplázódott 39.1 millióra. További információ: <http://www.theguardian.com/society/2010/jun/11/antidepressant-prescriptions-rise-nhs-recession>

(mozgászavarok, túlsúlyosság, keringési betegségek, neurológiai problémák), amelyekről a betegeket kötelező tájékoztatni.

A kellő tájékozottság szempontjából létfonosságú, hogy a nyugtatók, szorongáscsökkentők, anti-pszichotikumok stb. klinikai kísérleteinek eredményeit és engedélyezésüket a nyilvánosság előtt végezzék. A témában végzett oknyomozó vizsgálatok például azt találták, hogy a pszichiátriai gyógyszerek hatékonyságáról szóló kutatások közzétételét befolyásolhatja, hogy a klinikai kísérletek gyógyszeripari vagy állami támogatással folytak-e¹⁴. Nem véletlen, hogy az Európai Parlament folyamatosan napirenden tartja, hogy az európai közös piacon vásárlói jogokra hivatkozva biztosítsa a klinikai kísérletek teljes átláthatóságát.

Végül az is vitatott, hogy *miként* használják a gyógyszereket az egészségügyben. Jelentős kutatások¹⁵, emberi jogi szervezetek jelentései¹⁶ és felhasználók vallomásai is azt jelzik: a gyógyszerelés jobban segíti a pszichiátriai problémákkal élők gyógyulását, amennyiben az együtt jár más terápiákkal, pl. egyéni vagy csoportos terápiákkal, alternatív terápiákkal és megközelítésekkel.

Diagnózisok

A pszichiátriai diagnózisok egy része, pl. a szkizofrénia diagnózisának kritériumai megállapodáson alapulnak, amelyek időnként módosulnak, ugyanakkor a szakmai véleményalkotás egyre óvatosabb a pszichiátriai betegség diagnózisának felállításában, mert a diagnózisok potenciális implikációja az érintettek életére messzemenően nagyobb, mint a legtöbb más betegcsoport esetében. A pszichiátriai diagnosztika gyakorlatát szintén sok bírálat éri, és nem csupán betegszervezetek, de társadalomtudományok kutatói és pszichológusok, pszichiáterek részéről is.

Az egyik leggyakoribb bírálat az, hogy a pszichiátriai diagnózisok nem objektívek (pl. vérkép vagy más röntgenfelvétel által), hanem nagyban befolyásoltak például a diagnosztika személye, kulturális és szociológiai tényezők és a használt diagnosztikai skála által. Bizonyos viselkedést (például vallásos kántálást szellemekhez, elvonulást, éhezést) másképp tolerál egy nyugati urbanizált és szekuláris társadalom, mint egy afrikai vagy ázsiai vidéki közösség – így ezek más-más megítélés alá is esnek a diagnosztikák által. Gyakran idézett gondolat: „*Ha Istenhez beszélsz, imádkozol. Ha Isten beszél hozzád, szkizofréniád van. Ha a halottak szólnak hozzád: spiritualista vagy. Ha te beszélgetsz szellemekkel: szkizofréniád van.*”¹⁷ A pszichiátriai zavarok időben és térben változnak: például ma már nem tartjuk kezelendőnek a homoszexualitást, ami az 1970-es évekig pszichiátriai diagnózis-kategória volt; bizonyos pszichiátriai zavarok rendkívül gyakoriak bizonyos régiókban, míg másokban alig vannak esetek¹⁸. A másik komoly bírálat magát a diagnosztikához használt eszközöket, elsősorban a DSM-et (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) éri.

¹⁴ A gyógyszerek hatékonyságáról szóló kutatások annotált jegyzéke például itt:

<http://robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Outcomes%20in%20the%20era%20of%20atypical%20antipsychotics.html>

¹⁵ Ld. például ún. TADS vizsgálatban az amerikai szövetségi National Institute for Mental Health kutatási eredményeit. <http://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-trials-for-researchers/practical/tads/questions-and-answers-about-the-nimh-treatment-for-adolescents-with-depression-study-tads.shtml>

¹⁶ Lásd a már említett CAT és CPT bizottságok jelentéseit.

¹⁷ Thomas Szasz

¹⁸ Ethan Watters oknyomozó munkája nagy vihart kavart megjelenésükkor. Watters azt vizsgálta milyen mechanizmusok révén „érkeznek meg” bizonyos pszichiátriai betegségek a világ egyes régióiba: az első – a nyugati eseteknél jóval későbbi – anorexiás eset Hongkongban; a PTSD (poszttraumatikus stressz szindróma) Sri Lankán; vagy például a depresszió rohamos elterjedése (az antidepresszánsok fogyasztásával együtt) a 2000-es évek Japánjában. Ethan Watters (2010): *Crazy Like Us. The Globalization of the Western Mind*. Robinson, London.

3. A pszichoszociális fogyatékossgal élők számára szóló közösségi szolgáltatások és jogszabályi feltételek

A pszichiátriai ellátásban részesülők felépülése, fejlődése érdekében szükséges közösségi szolgáltatások és jogszabályi feltételek jelenleg csak szigetesen, ill. nem megfelelő módon vannak jelen Magyarországon. A jelenlegi szolgáltatások alulfinanszírozottak, így mind személyi, mind tárgyi feltételeikben kevésbé alkalmasak arra, hogy a szolgáltatásokat igénylők tömegeit ellássák. Támogatott lakhatási szolgáltatások – kevés kivétellel – nem léteznek Magyarországon és a jelentős számú potenciális igénylő jelenléte ellenére sem épült ki a közösségi pszichiátriai ellátások erős hálózata. Lakhatási és közösségi szolgáltatások hiányában így a nagy létszámú bentlakásos intézetekre és a meglévő klinikai ellátásokra támaszkodik jelenleg az ellátás.

Az érintettek felépüléséhez önrendelkezésük és jogi egyenlőségük is szükséges, ám ma még mindig tízezrek vannak gondnokság alatt Magyarországon. Az új Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény gyengített a gondnoksági rendszer elnyomó voltán, ám a gondnoksági rendszer valódi lebontása még várat magára.

A jelenlegi helyzetben nemcsak a fent említett anyagi-erőforrásbeli hiányosságok és az érintettek jogi cselekvőképessége lényeges, hanem az is, hogy Magyarország ratifikálta az ENSZ fogyatékos emberek jogairól szóló egyezményét, amely lefedi a pszichiátriai ellátásban részesülők jogait is. Az Egyezmény nyomán Magyarország jogilag köteles végrehajtani bizonyos intézményi és jogszabályi reformokat: ezek elsősorban a közösségi élet feltételeinek megteremtését jelentik (nagy bentlakásos intézmények bezárása, közösségi ellátások megerősítése), de ezen túl jelentősek a jogi cselekvőképesség és a kényszergyógykezelés szabályozását érintő szükséges reformok is.

További változtatási célok:

- Intézményi reformok felgyorsítása, közösségi ellátások megerősítése,
- A tágabb szakmapolitikában a biomedikális modell helyett minél inkább a pszichiátriai ellátottak „felépülés modelljének” promotálása,
- Jogszabályi reformok folytatása: a gondnoksági rendszer jelenlegi, 2014 óta működő rendszerének további progresszív átalakítása,
- Pilot programok révén új, innovatív modellek kipróbálása és alkalmazásba vétele Magyarországon,
- A pszichiátriai ellátottak társadalmi emancipációjának elősegítése, szervezeteik erősítése, az előítéletek elleni harc.

Javaslat:

- A jelenleg futó intézményi férőhely kiváltási programot folytatni kell, és EU-s források bevonásával biztosítani szükséges, hogy a meglévő bentlakásos intézmények helyét erős közösségi ellátórendszer vegye át. Javasoljuk a jelenleg érvényes Stratégia („A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló, 2011-2041. évre kidolgozott stratégia”) felülvizsgálatát, elsősorban annak érdekében, hogy a tervezet 30 éves távja helyett **rövidebb idő alatt, 10-15 éven belül történjék meg az intézmények átalakítása.**
- **Erősíteni szükséges a szociális és az egészségügyi igazgatás közötti kommunikációt.** Javasoljuk a két szektor közötti jobb koordináció lehetőségeit áttekintő szakértői csoport létrehozását az Emberi Erőforrások Minisztériumában, az érintett pszichiátriai ellátottak és az egészségügyi és szociális szektor szakértőinek részvételével. **A szakértői csoport dolgozzon ki ajánlásokat arra vonatkozóan, hogy az érintett pszichiátriai betegek könnyebben vehessék igénybe mindkét szektor szolgáltatásait, és hogy azok egymással is együttműködjenek.**

- **Erősíteni kell azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek képesek az egyént a közösségben támogatni.** Nappali intézmények, közösségi pszichiátria, mobil gondozói teamek, szociális munka (ideértve az utcai szociális munkát is), menedékházak mind-mind erősítendő szolgáltatástípusok: számukra megfelelő finanszírozást kell juttatni. Fontos az **alternatív, újszerű, bizonyítottan bevált jó gyakorlatok hazai alkalmazása is.** Alternatív mozgás- és táncterápia, sport, mint terápia, sorstársi segítői hálózatok, mint megtartó közeg – szintén hatékony támogatási formák a közösségben élők számára. **Ezek megvalósulását mind EU-s, mind hazai forrásból** (pl. az FSZK által kiírt éves 'FOF' pályázatok megnyitásával) **biztosítani szükséges.** Az EU-s programok tervezésénél az FSZK-nak úttörő szerepet kell vinnie jövőbeli EU-s kiemelt projektek, pályázati kiírások tervezésében, kezdeményezésében.
- Javasoljuk a **Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályozásának felülvizsgálatát**, mert csak az önrendelkező egyén képes valódi fejlődésre. Elérhető nemzetközi modellek hazai adaptációjával kell segíteni az érintettek valódi támogatását (támogatott döntéshozatal a helyettes döntéshozatal/gondnokság helyett).
- A **pszichiátriai betegek magyarországi szervezeteit erősíteni szükséges.** Ehhez az egyik eszköz lehet a fogyatékos emberek szervezeteihez hasonló költségvetési támogatások juttatása számukra, amely mind érdekvédelmi, mint közösségszervező munkájukhoz anyagi segítséget adhat.

Felhasznált irodalom:

Bugarszki Zsolt (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. Esély, 2013/5.

Judy Chamberlin (1988): On Our Own. MIND, London, United Kingdom.

Gurbai Sándor (2012): „A Bizottság aggodalmát fejezi ki...” ENSZ ajánlások a magyar kormány számára a fogyatékosokkal élő személyek jogait illetően. Esély 2012/6.

ENSZ Egyezmény a fogyatékos személyek jogairól

4. Pszichoszociális fogyatékosokkal élő támogatott lakhatásban érintett célcsoportja

A támogatott lakhatás igénybevételére jogosultak – súlyosan fogyatékos személy, fogyatékos személy, pszichiátriai beteg személy, szenvedélybeteg személy, ~~hajléktalan személy~~ – közül jelen szakmai anyag a pszichiátriai betegséggel élő személyeket, mint célcsoportot mutatja be.

A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) kódrendszer az F kód alatt jelöli a Mentális és viselkedészavarokat. A BNO 10 diagnosztikus főcsoportjából 6 csoportban szerepelnek olyan pszichiátriai betegségek, amelyek vezethetnek a támogatott lakhatás szolgáltatás igénybevételéhez. Ezek a pszichiátriai betegségek általában krónikus lefolyásúak, a betegek életük folyamán többször eshetnek vissza a betegség aktív fázisába. A kliensek betegségének orvosi kezelése, a károsodott szociális kompetenciák és készségek fejlesztése, szükségleteik felismerése és azok kielégítésének támogatása lehetőséget ad a visszaesések megelőzésére és a betegségből való felépülésre. A közösségi pszichiátriai ellátás „jó gyakorlatai” során az egészségügyi és szociális szolgáltatók funkcionális integrációban, szoros interprofesszionális együttműködésben dolgoznak, így a kórházi kezelést követően a kliensek felépülési folyamata az eredeti lakókörnyezetükben valósulhat meg. A támogatott lakhatás ezt a lakókörnyezetet és az önálló életvitel lehetőségét biztosítja az érintett célcsoport kliensei számára.

Az érintett célcsoportot a szkizofrénia és a **szkizofréniaival élő páciensek** – akik a **célcsoport többségét adják** – jellegzetes tüneteinek, a betegség lefolyásának és következményeinek megismerésével mutatjuk be. A WHO adatai szerint a szkizofrénia a fejlett országokban, a piacgazdaságokban a betegségek közül az ötödik a sorban, ami rokkantságot és korai halálozást okoz. A szkizofrénia a pszichiátria egyik legjellegzetesebb betegsége, ami változatos klinikuma, mélységei, lefolyása és multikauzalitása miatt komoly kihívást jelent a gyógyító team számára. Elég stabilan azt mutatják a statisztikai adatok, hogy a népesség kb. 1-1,3%-a szenved szkizofréniaiban és

a nemek közötti előfordulásban nincs lényeges különbség. A betegség kezdete férfiaknál általában 20-25 éves kor, míg a nőknél 25-35 éves kor. Azonban a szkizofréniának nincs olyan tünete, amely egyértelműen bizonyítaná a betegség fennállását. Egyenként tekintve bármely szkizofréniára jellemző tünet más kórképekben is előfordul, ha tünetek együttes megjelenését tekintjük, akkor közelebb kerülünk a betegség diagnózisához, de a szkizofrénia diagnózisa a hosszú távú lefolyás alapján állítható fel. A nemzetközileg elfogadott diagnosztikai rendszerek – BNO-10, DSM-IV, DSM-V – szkizofrénia diagnózisának kritériumai megállapodáson alapulnak, amelyek időnként módosulnak. 1980 óta, amikor a DSM-III-t bevezették, a betegség ismérvei folyamatosan szűkülnek, a szakmai véleményalkotás egyre óvatosabb a szkizofrénia betegség diagnózisának felállításában. Ennek egyik oka a kórkép stigmatizáló, diszkriminációhoz vezető jellegéből adódik. A BNO-10 egyik kritériuma, hogy a szkizofréniára jellegzetes tüneteknek 1 hónapon keresztül fenn kell állniuk ahhoz, hogy a szkizofrénia betegség diagnózisát kimondjuk, illetve a DSM-IV ezt csak 6 hónapi megfigyelést követően engedi meg, amennyiben legalább 1 hónapon keresztül mutatkoztak a tünetek folyamatosan.

Röviden bemutatjuk, hogy milyen tünetek jelentkeznek. A klinikai gyakorlatban jól használható a pozitív és negatív tünetek felosztása és ezeknek a tüneteknek a megjelenése jól mérhető a Positive and Negative Syndrome Scale, magyarul PANSS skála segítségével.

Pozitív tünetek közé soroljuk:

- A téveszméket, tévhiedelmeket, amelyek igazáról a páciens teljesen meg van győződve és semmilyen ezzel ellentétes bizonyíték, magyarázat ezt megváltoztatni nem tudja.
- A hallucinációkat, téves érzékelések megjelenését, amelyek a külső valós ingerek hiánya mellett jelentkeznek és a páciens teljesen valóságosnak éli meg. A különböző érzékszerveinknek megfelelően érzékelt hallucinációk érzelmi, kognitív és viselkedési reakciókat váltanak ki.
- A bizarr viselkedést, amely megnyilvánulhat furcsa öltözködésben, elhanyagolt megjelenésben, a társas viselkedésnormák átlépésében, szokatlan arckifejezésekben, grimaszolásban, sztereotip hintázó mozgásokban. A kataton tünetek a motoros viselkedés extrém formái, pl. merev, szögletes, túlméretezett mozgások, természetellenes testtartások, az izmok, végtagok viasszerű flexibilitása.

Negatív tünetek közé soroljuk:

- Az érzelmek ellaposodását, csökkent érzelem kifejezést és megélést.
- A szegényesebb, vagy hiányzó arckifejezéseket, a beszűkült, vagy hiányzó kifejező gesztusokat, az egyhangú hanghordozást, a monoton, hangszínek nélküli beszédet.
- A gyenge kapcsolattartó képességet, a passzivitást, szociális visszahúzódat.
- A sztereotip gondolkodást, amely állandóan visszatérő témák körül forog, nehezítve vagy lehetetlenné téve az új témákra váltást.
- A motiváció, az érdeklődés és a személyes aktivitás csökkenését.

A szkizofrénia lefolyása típusos esetben epizódokban zajlik. Ezekben az epizódokban (subokban) a tünetek aktívak és ezt az akut folyamatot követi a tünetek elhalványulása (remisszió), vagy a teljesen tünetmentes állapot, de a személyiség eredeti állapota nem áll teljesen helyre. Általában hosszabb-rövidebb idő elteltével (hónapok, több év) újabb aktív fázis jelentkezhet, amelyet újabb remisszió követ. Idővel egyre ritkábbak és kevésbé intenzívek az „akut fázisok” és a negatív tünetek kerülnek előtérbe. Egyre erősebb a szociális beilleszkedés zavara, elhalványul az emocionális élet, csökken a motiváció és erősödik a környezet részéről a pácienssel kapcsolatos előítélet, stigma és diszkrimináció.

A krónikussá vált szkizofréniával élő páciensek jelentős része pszichiátriai otthonokba kerül, a társadalom perifériájára sodródik, amennyiben nincs megfelelő családi háttérük, érzelmi támogatásuk és hatékony egészségügyi-szociális gondozásuk, támogatásuk. A szkizofrén betegek közül 15-20% öngyilkossággal fejezi be életét. Az esetek ugyancsak 15-20%-ában viszonylag jó a prognózis és nem

következik be személyiségkárosodás, vagy csak minimális mértékben. A páciensek 20-30%-a képes önálló életvitelre komolyabb segítség nélkül és vannak, akik megőrzik kreativitásukat és akár kiemelkedő értékeket hoznak létre, amelyek kiemelkedő művészeti alkotásokként jelennek meg.

Az utóbbi évtizedekben egyre erősebben megkérdőjeleződött az a korábbi általános felfogás, hogy a jó prognózis a tartósan enyhe, vagy hiányzó pszichotikus tüneteket jelenti. **A közösségi alapú pszichiátriai és szociális ellátás számára az vált eléréndő céllá, hogy a kliensek képesek legyenek megtalálni helyüket a társadalomban.** Előtérbe került a szociális funkció fogalma, ami az egyén társadalomban való működését írja le. Egyéni szinten ez a szociális készségeket jelenti, és ezek fejlesztése csökkenti a negatív tüneteket és a kognitív deficitet. Társadalmi szinten a kliensek szerepfunkciói működésének javítása, fenntartása a központi feladat. A sikeres barát, szülő, munkatárs szerepműködésekhez erősíteni kell a függetlenséget, a családi és baráti hálózatokat, a kielégítő foglalkozást, munkát és az anyagi biztonságot.

A fenti feladatok megvalósulását a támogatott lakhatás, a támogatott munkahely és a közösségi alapú pszichiátriai és szociális ellátás feltételeinek kialakítása és működésének biztosítása során érhetjük el.

5. Egészségügyi szolgáltatói hálózat és egészségügyi feladatok

Egészségügyi szolgáltatások

A támogatott lakhatásba kerülő emberek számára a következő egészségügyi szolgáltatások érhetők el. Háziorvosi alapellátásban az általános egészségügyi ellátást kaphatják meg, továbbá fogorvosi, gyermekorvosi, védőnői alapellátás áll rendelkezésükre. Általános egészségi állapottal kapcsolatos szakellátást szakrendelőben, kórházban kapnak.

Krónikus pszichiátriai betegségük miatt a betegségfolyástól függően a pszichiátriai ellátás különböző szintjeinek szolgáltatásait vehetik igénybe. A betegség aktív tüneteinek megjelenése esetén osztályos kezelésre van szükség, a kezdeti időszakban önkéntes alapon, veszélyeztető állapot kialakulása esetén sürgősséggel. A további rehabilitációs ellátási formákat önkéntesen vehetik igénybe: pszichiátriai rehabilitációs osztály, nappali kórház, pszichiátriai gondozás.

Megállapítható, hogy jelenleg régióként eltérő a helyzet, az ellátási láncban gyakoriak a hiányok. A megyei szintű pszichiátriai osztályok súlyos emberi erőforrás gondokkal küzdenek, az ügyeleti ellátás is nehezen biztosítható. A korszerű aktív ellátás feltételei nem adottak. A rehabilitációs osztály, nappali kórház több helyen hiányzik. A felhasználó lakókörnyezetében tartós szolgáltatást biztosító pszichiátriai gondozók helyzete még rosszabb. A humánerőforrás hiány miatt „egyszemélyes gondozók” vannak, ahol az esetek többségében nyugdíjas korú pszichiáter dolgozik. Az utánpótlás nem megoldott (egyre ritkábban választott diszciplína a rezidensek körében a pszichiátria, a kiképzetteket pedig a súlyos humánerőforrás gondokkal küzdő osztályok megtartják). Szervezeti szempontból a gondozók kórházhoz integrált működtetése sem optimális, mivel egy kórház életében a pszichiátriai gondozó a prioritási szinteket tekintve a legutolsó, emiatt a pályázati lehetőségek ellenére sem valósulnak meg a fejlesztések.

Társuló betegségek, kettős diagnózis

Fontos kiemelni, hogy a krónikus pszichiátriai betegségek gyakran társulnak más szervi betegségekkel. Tapasztalataink szerint a leggyakoribb társult betegségek a metabolikus szindróma, onkológiai betegségek, valamint a fogászati problémák. A pszichiátriai gondozás során kiemelt feladat a testi betegségekre vonatkozó rehabilitáció, szűrés, további szakellátásba irányítás.

A pszichiátriai betegségek és a szenvedélybetegségek szintén gyakran társulnak egymással. Tapasztalataink szerint a legkönnyebben hozzáférhető addiktív szereket alkalmazzák, ilyen szempontból különösen kiemelendő az alkoholfüggőség kialakulásának a veszélye. A kezeletlen szenvedélybetegség általános egészségromlást, rosszabb pszichiátriai kórkimenetelt, gyakoribb

állapotrosszabbodást, rövidebb életkilátást és komplex pszicho-szociális deficitet eredményez¹⁹. (Lásd még a 17.1. mellékletet a kettős diagnózisról). Fontos a pszichiátriai, szenvedélybetegséggel kapcsolatos indokolatlan benzodiazepin (altató, nyugtató) adás szűrése is. A kettős diagnózisú páciensek ellátásának módszertana, ellátórendszere hiányos és nem mindenhol elérhető. Az Anonim Alkoholisták csoportjai fogadják az érintetteket, de az addiktológiai rehabilitáció módszertana teljes gyógyszermentességet ír elő, az érintett célcsoportban az antipszichotikum elhagyása visszaeséshez vezethet. A kiváltást megelőző intézményi lét valamilyen külső kontrollt jelentett a kettős diagnózisú embereknek ártalomcsökkentő szintig. A szenvedélybetegség sajátja a kontrollvesztő szerfogyasztás és a szerhatás alatt bekövetkező tudatmódosulás, magatartásváltozás. Sorstársi lakóközösségekben egy függőség aktív tüneteit mutató társ a nem szerhasználók számára is fokozott stresszt jelenthet. Az ellátórendszernek készen kell állnia a kettős diagnózisú emberek kezelésére.

Sürgősségi kezelés, veszélyeztető állapot és a megelőzés

A jelen jogszabályi előírás szerint²⁰ „veszélyeztető állapot” esetén háziorvos, illetve pszichiáter szakorvos rendelheti el a rászorult személy pszichiátriai osztályos kezelésének azonnali, „sürgősséggel” való megkezdését. A veszélyeztető állapot kezelése tehát akut pszichiátriai osztályos feladat.

A nagy pszichiátriai betegséggel élő személyek állapota a betegség természete miatt dinamikusan változik, és dinamikusan változó szükségleteik vannak. Az ellátórendszernek képesnek kell lenni arra, hogy a szükségletre mindig a problémaszintnek megfelelő választ adjon.

A válasz minőségét tekintve *megoldás, vagy tehermentesítés* lehet. *Megoldás* a pontos „szükségleti diagnózis” után lehetséges. A *tehermentesítés* rövidtávon működik, hosszútávon a megoldást elodázhathatja (pl. korai figyelmeztető tünet pszichologizálása, vagy ellenkezőleg egy lelki probléma gyógyszerelése).

Megelőzés

A legfontosabb rehabilitációs feladat a *megelőzés*, vagyis a korai figyelmeztető tünetek, valamint a krízistünetek felismerése, kezelése. **A támogatott lakhatást szolgáltató a többi otthon közeli ellátást biztosító ellátórendszerrel, a pszichiátriai gondozóval, közösségi ellátással, nappali ellátással vagy nappali kórházzal együtt, szoros együttműködésben képes a megelőzést megvalósítani.**

A megelőzés kulcseleme az egyéni és közösségi szinten végzett **pszichoedukáció**, a lakó oktatása betegségével, állapotával kapcsolatos ismeretekről. A pszichoedukáció során a lakó információt szerez a változást, gyógyulást elősegítő tényezőkről és a rizikófaktorokról egyaránt. Felhívják a figyelmét a stressz, a környezeti szélsőséges érzelmek visszaesést előidéző hatására. Megtörténik a kliens számára nélkülözhetetlen segítők (védőfaktorok) bevonása, az előzményében felismerhető korai figyelmeztető tünetek felmérése, listázása, az ezekre vonatkozó intézkedési terv elkészítése.

A korai figyelmeztető tünetek és a krízistünetek edukációja (pl. krízisterv szuicid veszély esetén) több szinten történik: pszichiáterrel az egyéni ülések, családkonzultációk során; a közösségi gondozóval; a terápiás közösségi fórumokon például a nagycsoportban; a nappali ellátás keretein belül, a készségfejlesztő csoport betegséggel kapcsolatos blokkjában kaphat szerepet (pl. Hejőbábai Pszichiátriai Otthon programja a veszélyeztető állapot kezelésére²¹).

(Lásd még 17.6. számú mellékletet a pszichoszociális fogyatékosokkal élők felkészítéséről a korai tünetek felismerésére és a segítségkérésre.)

¹⁹ Meyer, Nasrallah (2003) Belső szervi betegségek és szkizofrénia, Budapest: Lélekben otthon

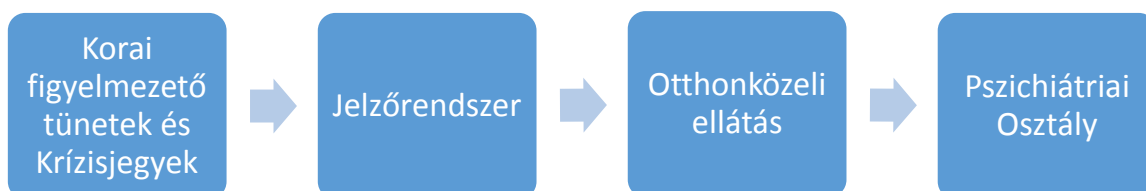
²⁰ 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről X. fejezet, 188-201.§, különös tekintettel 199. § a Sürgősségi gyógykezelésről.

²¹ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Önkormányzat Pszichiátriai Otthona Hejőbába, Kiadvány az intézmény fennállásának 50. évfordulója alkalmából (2002), 43. oldal, szerkesztette: Jónyer Lajosné intézményvezető

„Jelzést” adhat krízis, korai figyelmeztető tünet, veszélyeztető állapot esetén:

- maga a pszichoszociális fogyatékossgal élő egyén,
- az esetfelelős, a kísérő támogató, a közösségi gondozó, a közösségi koordinátor, a pszichológus, a pszichiáter, a házi orvos - professzionális segítők,
- természetes segítői,
- sorstársak.

„Jelzés” indítása és kezelése



A jelzőrendszer jelzést ad otthon közeli ellátást nyújtó szakembernek és magának az egyénnek. Korai figyelmeztető tünetek esetén (a szükségletnek megfelelően) pszichiáter, krízistünetek esetén pszichológus, krízisintervencióban képzett szociális munkás, pszichiáter biztosíthatja a megfelelő szolgáltatást. Amennyiben a kliens az aktív intervenció ellenére is veszélyeztető állapotba sodródik (mert a betegsége természete ilyen), akkor kezdeményezni kell az osztályos kezelését. Az esetek legnagyobb részében a „veszélyeztető állapot” ellenére önkéntes kezelés foganatosítható. A kliens érti, hogy miért kell kórházba mennie, és a kórházban nem kell korlátozó intézkedést foganatosítani. (Lásd még a 17.2. számú Veszélyeztető állapot és kezelése c. mellékletet.)

Támogatott lakhatásban korlátozó intézkedés foganatosítására ne legyen mód!

Javaslat:

Az intézményi férőhely kiváltási program, a támogatott lakhatás megfelelő, **komplex szolgáltatási hálózat nélkül nem kivitelezhető, ezért a szociális és az egészségügyi pszichiátriai szolgáltatások párhuzamos fejlesztése szükséges.** Ezen belül a bizonyítottan eredményes és költséghatékony **otthon közeli ellátórendszer elemeinek biztosítása elengedhetetlen. Sürgető a pszichiátria gondozók fejlesztése, a finanszírozási, az emberi erőforrás problémák megoldása, szervezeti, szakmai innováció facilitálása. Az eredményesség érdekében szükség lehet a pszichiátriai gondozók kórházi rendszerről történő leválasztására.**

Felhasznált irodalom:

Lieberman (2010): Felépülés a betegségből Budapest, Oriold és társai

Kuipers, Leff, Lam (2001): A Szkizofrénia családgondozása, Budapest, Coincidencia

Szőnyi, Füredi (2000): A pszichoterápia tankönyve, Budapest, Medicina – 1.3.3.2. A terápiás közösség és a pszichoterápiás osztály

6. Szociális szolgáltatások a pszichoszociális fogyatékossgal élők számára

A pszichiátriai szociális ellátások kereteit a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény és az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályozza. A jogszabály alapszolgáltatásokra és a bentlakást nyújtó szakosított szolgáltatásokra bontja az ellátásokat.

A pszichiátriai egészségügyi ellátó rendszer a 2000-es évek előtt, mint „végállomásra” tekintett a szociális szolgáltatásokra és tartott delegáló kapcsolatot az ápoló-gondozó bentlakásos intézményekkel. Ennek a „megrendelésnek” köszönhetően gyakorlatilag megyénként kialakultak a nagy, többnyire szegregált formában működő intézmények.

Az 1990-2000-es években az egészségügyi pszichiátriai ellátás fejlődésével párhuzamosan a szociális ágazatban is megjelent a rehabilitációs szemlélet, de igazán csak az alapellátáshoz tartozó nappali ellátásban és a közösségi pszichiátriai szolgáltatásban. A közösségi pszichiátriai ellátás módszertanával, rehabilitációs szemléletű képzési előírásaival, interprofesszionális együttműködési kötelezettségével partneri lépést tett és megtalálta helyét a komplex pszichiátriai egészségügyi-szociális rendszerben, alapvetően szakmai áttörést elérve az interprofesszionális közös gondozás irányába.

Az intézményi férőhely kiváltási stratégia a szakosított szolgáltatásokban hoz alapvető változást azzal, hogy törvényben nevesítette a támogatott lakhatási szolgáltatást, és lehetőséget biztosít a felépülés elvű rehabilitációs szemlélet komplex alkalmazására.

6.1. Alapszolgáltatások

Közösségi pszichiátriai ellátás

A közösségi szolgáltatások **célcsoportja a pszichoszociális problémával élő személy és családja**. A célcsoportot és a szakmai módszertant jól ismerő, a pszichoszociális fogyatékossgal élőkkel személyes, bizalomra épülő kapcsolatot kialakító szakemberek alkotják a jelenlegi közösségi szolgáltatókat, ami facilitáló hatással bír a többi pszichiátriai szociális ellátás felé. A közösségi szolgáltatást a településen élő lakosok, megismerték, a helyi egészségügyi-szociális szakmai élet és a nyilvánosság részévé váltak.

A közösségi alapellátás rendszerszemléletre épülő támogatás, amely interprofesszionális együttműködésen keresztül közvetlenül kapcsolódik az egészségügyi szakellátáshoz. A szolgáltatás a pszichoszociális rehabilitáció eszköztárával segíti a krónikus pszichiátriai betegek felépülését, ezáltal lehetővé téve számukra, a lehető legteljesebb mértékű részvételt a közösség életében. A gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történik. Az ellátás segítséget nyújt a pszichiátriai betegek számára egészségügyi és pszichés állapotuk javításában, meglévő készségeik és képességeik megtartásában, fejlesztésében, a mindennapokban adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás segítségével, valamint szociális és mentális gondozásukban.

Különösen a pszichiátriai célcsoport tekintetében jellemző, hogy egy időben több egészségügyi és szociális szakember összehangolt munkájára van szükség. A közösségi ellátás összeköttetését biztosít az egyén és az ellátó rendszerek között, mivel hatékony intézményközi koordináló funkcióval rendelkezik, és az esetmenedzselésben nagy tapasztalatot szerzett teamek segítik a személyre szabott gondozást. Interprofesszionális együttműködésen alapuló munkájuk a teljes célcsoporti szolgáltatási spektrumra figyelmet fordít, legyen szó szociális vagy egészségügyi partnerekről. A közösségi ellátás által koordinált tevékenységek és a megvalósított közös gondozás eredményeként valósulhat meg az érintett személy felépülése, a pszichoszociális rehabilitáció.

A közösségi ellátások napjainkra az egészségügy által is elismert, a krónikus pszichiátriai betegséggel élők felépüléselvű rehabilitációjának nélkülözhetetlen elemei lettek. Az együttműködés több területen arra a szintre fejlődött, hogy a pszichiátriai egészségügyi gondozóval, szakrendeléssel funkcionális

integrációban, más területeken szoros interprofesszionális együttműködésben működik, így a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek felépülési folyamata az eredeti lakókörnyezetben valósul meg.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

A pszichiátriai betegek nappali intézménye az öntevékenységre, az önsegítésre épülve biztosítja a szolgáltatásban résztvevők igényei alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, átképzési állásközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Az intézmény szolgáltatásai körében egyéni, csoportos, pár- és családterápiákat is szervezhet.

6.2. Szakosított ellátások

Pszichiátriai betegek otthona

A bentlakásos intézményekbe olyan pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek vehetőek fel, akik nem veszélyeztető állapotúak, akut egészségügyi ellátást nem igényelnek, de egészségügyi állapotuk és szociális helyzetük miatt önmaguk ellátására csak támogatással képesek. Az intézmény saját maga biztosítja az intézményi normák szerint az ellátottak számára a lakhatást, az étkezést és megszervezi az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. A lakók készségeihez mérten a pszichoszociális rehabilitáció eszköztárát is alkalmazzák mentálhigiénés és szocioterápiás, szociális szolgáltatásokat biztosítva. A lakók részére olyan fizikai, mentális, életvezetési segítséget nyújtanak, amelynek során az igénybevevő szociális, testi és szellemi állapotának megfelelő, a hiányzó, vagy csak korlátozottan meglévő képességeinek, készségeinek fejlesztésére, illetve helyreállítására kerül sor. Ez tevékenység lehet egyéni esetkezelés és csoportos foglalkozások keretében is. Ápolási tevékenység keretében a gondozási feladatok során közvetlenül felmerülő és a telephely keretei között biztosítható egészségi állapot helyreállítását célzó tevékenységet végeznek.

Pszichiátriai betegek átmeneti otthona

Pszichiátriai betegek átmeneti otthonában azok a pszichiátriai betegek helyezhetők el, akik ellátása saját lakókörnyezetükben átmeneti jelleggel nem oldható meg, viszont a tartós bentlakás nem indokolt. Az átmeneti otthonban alapvetően rehabilitációs eszköztárral próbálják a kliensek készségeit fejleszteni, és az eredeti lakókörnyezetben lévő lakhatási feltételek ismételt igénybevételét a természetes erőforrások, segítő szolgáltatókkal való együttműködéssel segítik elő. Gyakorlatilag formális ennek szociális szolgáltatásnak a jelenléte, funkcióját az egészségügy a pszichiátriai rehabilitációs osztályokon keresztül próbálja megoldani.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye

Szintén intézeti bentlakásos ellátást jelent, de erőteljes rehabilitációs szándékkal. A gondozottak részére képzési, munka jellegű vagy terápiás foglalkoztatást szerveznek, egyben előkészítik az eredeti lakókörnyezetükbe, családjukba történő visszatérést. Számuk csekély, így csak formális hatásuk van az adott régió pszichiátriai ellátására. Jellemzően a nagy, totális ápoló-gondozó intézmények telephelyén, annak részlegeként működnek.

Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

Kis férőhelyű (max. 14 fő) pszichiátriai beteget befogadó intézmény, amely az igénybevevők önállóbb életvitelét is figyelembe veszi. Lakhatást, az egészségügyi állapotnak megfelelő ellátást, továbbá pszichoszociális tevékenységet biztosító szolgáltatásokat nyújtanak a lakóknak, a meglévő képességekre, készségekre alapozva. Jellemzően az ápolást-gondozást nyújtó intézmények területén létesültek, ami uniformizált gondozási kultúrát eredményez.

Támogatott lakhatás és kapcsolata a szociális alapszolgáltatásokkal

A támogatott lakhatás lakókörnyezetbe integrált lakhatást és rehabilitációs támogatást biztosító szolgáltatási forma. Lényege a lakhatás és a napközbeni tevékenységek (pl. oktatás, gondozás, szabadidős tevékenységek, társas kapcsolatok) szétválasztása, továbbá a szükségletekre épülő és

személyre szabott szolgáltatások biztosítása. A szolgáltatás-nyújtás alapja az egyén szükséglete, önálló döntése, képességeinek, készségeinek maximális figyelembevétele.

A jelenlegi bentlakásos intézményi formák átalakításának, vagyis az intézményi férőhely kiváltási programnak az a célja, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek önálló életvitelt folytathassanak a segítő szolgáltatások igénybevételével. Megállapítható, hogy pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek számára a támogatott lakhatásban nyújtandó szolgáltatáselemek leginkább a közösségi ellátásokban használt szociális készségfejlesztés eszközeivel működtethetők, és a segítő szolgáltatások sorából is kiemelkednek azok, amelyek a lakókörnyezetben történő felépülés elvén segítik pszichoszociális fogyatékossgal élők mindennapjait. **Ebből következik, hogy ahol a támogatott lakhatás engedélyezésére sor kerül, ott a közösségi ellátások és nappali ellátások szakmai bázisára és tapasztalatára kell építeni, mivel a közösségi alapellátás munkamódszertana jól illeszkedik a támogatott lakhatás koncepciójához. A közösségi ellátások ugyanakkor szervesen épülnek a nappali intézményi ellátásokra, illetve az egészségügyi ellátás esetén a pszichiátriai gondozásra is.**

A közösségépítés lehetséges útja a pszichoszociális fogyatékossgal élők helyi nappali ellátásához való kapcsolódás. Ez első lépés lehet a hosszú intézményi lét hospitalizációs hátrányainak felszámolásában, illetve fontos szerepet kaphat a támogatott lakhatásban élők izolálódásának megelőzésében is. A nappali ellátás segítséget adhat a támogatott lakhatásban élők szociális készségeinek fejlesztésében, megerősítésében is (pl. készségfejlesztő tréning csoportba bevonás). **A nappali ellátáshoz kapcsolódás tehát fontos reszocializációs út.**

A nappali ellátás igénybevétele „felhasználói oldalról” díjmentes, a pszichiátriai betegség és az indikáció alapján biztosított szolgáltatás. A nappali ellátás befogadása és a közösségi ellátások finanszírozása ugyanakkor korlátos, – a többi szociális szolgáltatáshoz hasonlóan – szűkült az elmúlt években. Ahhoz hogy a támogatott lakhatás betölthesse szerepét, és valós szükségleteken alapuló szolgáltatáscsomagot lehessen a pszichoszociális fogyatékossgal élők számára biztosítani, ahhoz egyrészt elengedhetetlen a nappali ellátások és a közösségi ellátások párhuzamos fejlesztése, másrészt tisztázni szükséges az együttes igénybevétel pontos finanszírozási feltételeit.

Javaslat:

- Az alapellátás és a támogatott lakhatási szolgáltatás megerősítése stratégiai feladat, a közösségi pszichiátriai ellátás facilitáló szerepének kiemelésével. **A pszichiátriai szociális szolgáltatások, így a közösségi pszichiátriai ellátás, a nappali ellátás és a támogatott lakhatás területi és kapacitásbeli erősítésével** multiplikátorhatás érhető el, amelynek kedvező hatását az egészségügyi szolgáltatói kör is hasznosíthatja.
- Törekedni célszerű arra, hogy a támogatott lakhatást biztosító intézmény elsősorban a lakhatási szolgáltatásokat nyújtsa, az egyéni célok megvalósulását segítő rehabilitációs tevékenységkosarat pedig a közösségi és a nappali szolgáltatásokon keresztül szervezze az esetfelelős. Lényegében azonban mindegy, hogy egy szükséges szolgáltatást ki működtet (az intézmény maga, vagy egy másik szociális szolgáltató), az a fontos, hogy mindegyik szolgáltatás ellenőrizhetően betölthesse valódi szakmai funkcióját. Integrált intézményi formában, vagy különálló szolgáltató szervezetek interprofesszionális együttműködésében is léteznek jó gyakorlatok. Egyik változatot sem szerencsés korlátozni, viszont **a finanszírozást úgy kell kialakítani, hogy a támogatott lakhatás igénybevétele ne zárja ki, ne tegye finanszírozási szempontból lehetetlenné egy szükséges alapszolgáltatás igénybevételét a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy számára.** Ezért a támogatott lakhatást kiegészítő alapszolgáltatások igénybevételének finanszírozási háttérét meg kell vizsgálni.
- **Az esetfelelősnek és a kísérő támogatónak szakmailag képesnek és képzettnek kell lennie pszichoszociális szakmai tevékenységek végzésére, különösen a felépülés elvű módszertan alkalmazására.**

- Kiváltást megvalósító intézmények, ill. támogatott lakhatást nyújtó szolgáltatók szakmai felkészülésük érdekében lépjenek partneri/mentori kapcsolatba jól működő közösségi és nappali ellátást nyújtó szolgáltatókkal. Szakmai bevonásukra pályázati forrást is lehessen felhasználni.
- A célcsoport speciális természete miatt határozott idejű (átmeneti) bentlakásos – elsősorban rehabilitációs – ellátásra is szükség van mind az alapszolgáltatásokat igénybevevők, mind a támogatott lakhatásban és a bentlakásos intézményekben élők számára (állapotváltozás, krízis kezelése, vagy a család kimerülése esetén). Javasoljuk, olyan támogatott lakhatást nyújtó lakások fenntartását is, ahol átmeneti jelleggel, speciális helyzetben lévő pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek fogadását biztosítják, és speciális rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtanak számukra, együttműködésben a nappali és a közösségi ellátás, valamint a pszichiátriai gondozó szakembereivel. Így ezek az esetek nem az egészségügyi pszichiátriai rehabilitációs osztályokat, krónikus ágyakat terhelnék.
- Szükség lenne pszichiátriai szempontból kompenzált emberek számára menedékház jellegű szolgáltatásra is, ahol csak a lakhatás lehetőségét biztosítanák, pszichiátria szolgáltatások nélkül. Ezekben az esetekben az indikáció a szociális krízis fennállása. Pályázati formában támogatható megoldás lehet.

7. A támogatott lakhatás és a közösségi ellátás terén szolgáltatást nyújtó szakemberek tevékenységeinek egybevetése

A támogatott lakhatás kapcsán a vonatkozó jogszabályok leírják a szolgáltatást nyújtó szakemberek feladatának kereteit, de ez a leírás nem emeli ki e tevékenységek sajátosságait, és nem veti egybe a pszichoszociális fogyatékossgal élők segítségének más területén – elsősorban a közösségi ellátás területén – jelen lévő szakemberek tevékenységével. Ezt az egybevetést azért tartjuk fontosnak, mert mind az együttműködések, mind pedig az adott ellátási helyszínen rendelkezésre álló kapacitások felhasználása szempontjából fontos a lehetséges illeszkedés mérlegelése.

Kiindulási pontunk a **szolgáltatásokat igénybe vevők közötti különbségek egybevetése**.

A közösségi ellátás keretében a szolgáltatást igénybe vevők (akik meghatározott (F20.29, F31-32, max. 10%-ig egyéb) diagnóziskóddal bírnak) jelentős része rendelkezik családi háttérrel, többé – kevésbé mobilizálható személyes kapcsolati hálóval, életviteli nehézségeik ellenére valamilyen szinten megőrzött életviteli készségekkel, a szociális beilleszkedést segítő mintákkal, valamint kapcsolódással az őket körülvevő szociális környezettel.

Az intézmény kiváltási program nyomán a **támogatott lakhatás** keretében szolgáltatást igénybe vevők a tartós intézményi lét során jelentős mértékben elveszítették intézményen kívüli kapcsolataikat, jórészt elszakadtak családjuktól, mindennapi életviteli önállóságuk beszűkült, és kevés kapcsolatuk maradt az őket körülvevő külvilággal. Bár intézményenként – az intézményi szakmai programok függvényében – jelentős eltéréseket tapasztalhatunk, és jelentősek az egyéni különbségek is, de e tendenciák jelenléte a tartós intézményi lét következtében rendszerint tapasztalható, nagymértékben meghatározva a támogatott lakhatás keretében szükséges segítő munka súlypontjait.

A segítő – támogató munka e különbségei a két szolgáltatásban kulcsszerepet vivő szakemberek munkájában jelentős eltéréseket okozhat a közös esetviteli elemek ellenére, miközben **a támogatott lakhatást segítő szolgáltatások módszertani háttere meglehetősen kidolgozatlan, és a közösségi ellátás tevékenység tartalma nem fordítható át automatikusan erre a területre**. Ahhoz, hogy a támogatott lakhatásban nyújtott segítő munka hatékony legyen, és a meglévő ellátásokhoz illeszkedjen, részleteiben meg kell nézni a két ellátásban résztvevő szakemberek tevékenységét, az abban megjelenő egybeesésekkel és különbségekkel. A következőkben több tényező mentén vesszük ezeket sorba.

Képesítési, alkalmazási követelmények

A szabályozás nem ír elő specifikus **képzettséget** sem az esetfelelős, sem pedig a kísérő támogató alkalmazása kapcsán, szemben a közösségi ellátással, ahol mind a közösségi koordinátornak mind pedig a közösségi gondozónak előírt a tevékenységükre felkészítő tanfolyami képzés. Figyelembe véve a szolgáltatási sajátosságokat, a két terület eltérő tevékenységi súlypontjait, állítható, hogy bár a közösségi ellátás terén szerzett képzettség és tapasztalat előnyt jelent, mégsem pótol egy olyan speciális szakmai felkészítést, amely a támogatott lakhatás terén nyújtott szolgáltatás szakmai feladataira irányul mind az esetfelelős, mind pedig a kísérő támogató tevékenysége kapcsán. Javaslatunk, hogy **ki kell dolgozni e tevékenységi területekre irányuló szakmai felkészítő program képzési anyagát és kívánatosnak tartjuk e képzettségek jogszabályban rögzített megjelenését, mint képesítési – alkalmazási követelményt** (lásd a 8. fejezetet is).

Tevékenységtartalom

A segítő munka sajátosságai tekintetében a közösségi ellátás terén az látható, hogy **a tevékenységi profil** a szociális munkában elterjedt tradicionális esetmenedzseri tevékenység mintájára formálódott, elsősorban az idősellátás nemzetközi gyakorlatában jelenlévő modell mentén. Itt a gondozásmenedzsment szükségletfelmérő, gondozási tervet kialakító, valamint irányító – koordináló tevékenységét kvalifikált (diplomás) szakember látja el, a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberekhez kapcsolódó közvetlen gondozási, életviteli feladatokat pedig az ő irányítása és kontrollja mellett a szociális gondozó – ápoló. A pszichoszociális fogyatékossgal élők **közösségi ellátásában** hasonló mintát követve a közösségi koordinátor az ellátási szükségleteket felmérő, értékelő, valamint az ellátást tervező, koordináló, irányító – ellenőrző szakember, akinek szakmai kontrollja, támogatása mellett a közösségi gondozó operatív esztívőként jelenik meg.

Ez a hazai gyakorlat eltér a közösségi ellátás nemzetközi – elsősorban angolszász – gyakorlatától, ahol az esztívő kvalifikált szakember (rendszerint klinikai képesítéssel rendelkező szociális munkás) és az esztíveli munka komplex, intenzív pszichoszociális szolgáltatásként jelenik meg. A középfokú képesítéssel rendelkező gondozó pedig inkább hagyományos gondozási tevékenységet, ill. az esztíveli munkát támogató kiséítő feladatokat lát el.

A **támogatott lakhatás**hoz kapcsolódó szolgáltatások terén megjelenő feladatleírások inkább ez utóbbihoz közeli tevékenységprofilot körvonalaznak az esetfelelősnek, mint primer esztívőnek kulcsszerepével, a kísérő támogató tevékenységének a közösségi gondozóhoz viszonyítva szűkebb meghatározása mellett. Ezt a szolgáltatási modellt helytállóbbnak tartjuk, mint a közösségi ellátás hazai szolgáltatási modelljét, de ennek érvényesítéséhez **az esetfelelős feladatait ellátni tudó szakemberek jelenlétét, arányát a támogatott lakhatás programjának megvalósításához növelni szükséges.**

Ha a **tevékenységtartalom** különbségeit nézzük, akkor azt kell kiemelni, hogy a **közösségi ellátásban** esztíveli feladatokat ellátó szakember napi munkájában a családdal folyó pszichoedukáció és konzultáció, a családi erőforrások mobilizálása, a kapcsolati háló, valamint a támogató hátterek megerősítése elsődleges feladat. Az is látható, hogy a nappali ellátással összekapcsolt szolgáltatás keretében hatékony készségfejlesztés, munkarehabilitációs felkészítő program, szocioterápia különféle formái, közösségi – aktivitási programok gazdagíthatják a szolgáltatási palettát. Ehhez viszonyítva a **támogatott lakhatás**hoz kapcsolódó szolgáltatások azzal a nehézséggel kerülnek szembe, hogy a családi – közösségi erőforrások még redukált formában sem állnak rendelkezésre, a kapcsolati hálót, közösségi támogató háttereket egy reszocializációs munkában „talajról” kell felépíteni, miközben a készségfejlesztés súlya az esetfelelős egyéni esztíveli munkájába épül. A nappali ellátásokhoz kapcsolódás, és megfelelő szakértelemmel rendelkező háttér team nélkül nehezen építhető fel hatékony, komplex fejlesztési program. Irreális elvárás, hogy önmagában az esetfelelős – kísérő támogató „kettős”-re egy ilyen komplex – speciális felkészültséget igénylő program épüljön. Ezért **az egymást kiegészítő szolgáltatások biztosításának finanszírozását meg kell vizsgálni. A támogatott lakhatás keretében működő szolgáltatások hangsúlya a hosszú**

távú életviteli támogatáson nyugvó autonóm életvitelt segítő program megvalósításán van, amelynek módszertani kidolgozása sürgető feladat.

Felelősségek és kompetenciák

Miközben az összehasonlítás során sok vonatkozásban jelentős eltérés látható a közösségi koordinátor és a támogatott lakhatás keretében nyújtott szolgáltatásokat biztosító esetfelelős munkájában, a **felelősségek** terén inkább a hasonlóságok ragadhatóak meg. Ez elsősorban a mindkettőjük tevékenységére jellemző esetviteli felelősségben jelenik meg (a „primer esetvivő” tágabb mozgásteréből, döntési – mérlegelési lehetőségeiből adódó nagyobb felelősség pl. konzultációs hátterek igénybevétele, referálási döntés kapcsán), másrészt a szolgáltató team egészének tevékenységéhez kapcsolódó szolgáltatásminőségi felelősség formájában. Talán a közösségi koordinátor felelőssége az esetviteli munka megosztásából adódóan nagyobb kockázatú, a közösségi gondozó esetvitelének kontrollja révén. A támogatott lakhatásban a kísérő támogató tevékenységének átláthatósága könnyebb, a kockázatok kisebbek, ugyanakkor az életviteli támogatás kapcsán nagyobb súlyt kap az egzisztenciális biztonsághoz és az életviteli döntésekhez nyújtott támogatás kockázati oldala és felelőssége.

A **kompetenciák kapcsán** a közösségi koordinátor és az esetfelelős felé támasztott követelmény a segítő kapcsolati pszichológiai alapok és készségek megléte, a szakmai személyiség érettsége, az esetviteli munka kereteinek tartási képessége, módszertani tudatosság, készségfejlesztési jártasság, adekvát feszültségkezelés, szakmai – etikai érzékenység, szilárd ismereti talaj, képesség a szolgáltatást igénybevevő autonómiájának erősítésére, konstruktív visszajelzésekre, a „személyes felépülést” szolgáló megerősítésre. A kísérő támogató felé támasztott követelmény a szakmai – ismereti alapok megléte, segítő – kapcsolati készségek, praktikus életviteli támogatáshoz szükséges életviteli készségek megléte, a személyiség stabilitása, feszültségtűrő képesség, kommunikatív nyitottság, megbízhatóság és etikai érzékenység. A közösségi gondozó kapcsán a kompetencia határok kevésbé világosak, nem letisztultak és ebből következően a közösségi koordinátor felelőssége nagyobb.

A segítő munka támogató háttere

A **közösségi ellátásban** folyamatos team munka zajlik és a team támogató szerepe előtérben van. Fontos szerepet játszanak a konzultációs hátterek, amelyek közül kiemelkedő fontosságú a pszichiátriai gondozó intézmény partnersége. A segítő munkát könnyíti a team szupervíziós háttere és a rendszeres esetmegbeszélések, intézményközi esetkonferencia. A támogatott lakhatás kapcsán e hátterek megerősítése bizonytalanabb, fennáll a segítő szakemberek izolálódásának kockázata. Ebben a helyzetben felértékelődik a szupervízió fontossága, az intézményközi kapcsolatok, együttműködések kiépítése, konzultációs és továbbképzési hátterek jelenléte. Kiemelt szerepet kaphatnak a regionális szakmai műhelyek és az azokban folyó interprofesszionális párbeszéd. Nagyon fontos a kísérő támogató feladatot ellátó szakemberek továbbképzése, esetmegbeszélők és egyéni szakmai konzultációs lehetőségek biztosítása.

Áttekintve a legfontosabb tényezőket egyértelmű, hogy a támogatott lakhatáshoz kapcsolódó szolgáltatások kialakításában hosszú távú módszertani fejlesztő munkára van szükség, amelyhez stabil szakmai – szakértői stábot kell kialakítani.

Javaslat:

- **Ki kell dolgozni** a támogatott lakhatás – esetfelelősök és kísérő támogatók – tevékenységi területeire irányuló **szakmai képzési program tananyagát és e képzettségek jogszabályban rögzített megjelenését, mint képesítési – alkalmazási követelményt.**
- A támogatott lakhatás keretében működő szolgáltatások hangsúlya a hosszú távú **életviteli támogatáson nyugvó autonóm életvitelt segítő program megvalósításán** van. Fontos feladat a helyi – közösségi befogadás elősegítése, a szomszédsági – közösségi kapcsolatok építése

(networking), a személyes kapcsolati háló újraépítése és a társas támogatás erősítése. Az intézményi férőhely kiváltási programban ez egy olyan új feladat, amelynek **módszertani alapjait ki kell dolgozni**, mert a segítő munka ezen része, hazai viszonyok között elhanyagolt terület.

- A támogatott lakhatásban érvényes tevékenységprofil alapján a támogatott lakhatás programjának megvalósításához **növelni szükséges az esetfelelős feladatait ellátni tudó szakemberek számát**.
- A segítő munka szakmai háttérének biztosítása érdekében **gondoskodni szükséges szupervíziós lehetőségről, intézményközi kapcsolatok, együttműködések kiépítéséről, konzultációs és továbbképzési háttérrel. Kiemelt szerepet kaphatnak a regionális szakmai műhelyek és az azokban folyó interprofesszionális párbeszéd**. Nagyon fontos a kísérő támogató feladatot ellátó szakemberek továbbképzése, esetmegbeszélők és egyéni szakmai konzultációs lehetőségek biztosítása.
- Áttekintve a legfontosabb tényezőket egyértelmű, hogy a támogatott lakhatáshoz kapcsolódó szolgáltatások kialakításában hosszú távú módszertani fejlesztő munkára van szükség, amelyhez stabil szakmai – szakértői stábot kell kialakítani.

8. Kulcsszemélyek: az esetfelelős és a kísérő támogató

Az intézményi férőhely kiváltási program során azzal kell szembenézni, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek jelentős része hosszú időt töltött el egy olyan izolált intézményi létben, amely keretei között hospitalizálódtak, önálló életviteli képességeik, erőfeszítéseik nagymértékben elsorvadtak, ami miatt a mindennapi élet során felmerülő feladatokkal való sikeres megbirkózásuk támaszték nélkül nehezen elképzelhető. Egyértelműnek tűnik, hogy a támogatott lakhatás során az életviteli önállóság megerősítése, és a sikeres társadalmi reintegráció csak egy hosszútávon építkező fejlesztő munka kialakításával, és az egyén autonóm törekvéseinek facilitálásával, valamint a szükséges források és közösségi támogató hátterek bevonásával valósítható meg. Ez egy olyan komplex segítő munkát feltételez, amely egyrészt nagyban épít a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy és a támogató között egy hosszú távú kölcsönös partnerségre, ahol az egyén és a támogatók a meghatározott célok elérése érdekében együttműködnek; másrészt feltételezi a segítő megfelelő szakmai felkészültségét. A támogatott lakhatás programja akkor tud megvalósulni, ha ezt, a ma még hiányzó segítő háttérrel megteremtjük.

Célunk pszichoszociális fogyatékossgal élő lakók életviteli támogatásában a támogatott lakhatás keretében kulcsszerepet játszó segítő tevékenységének, feladatainak, módszertani eszköztárának, valamint e tevékenység feltételrendszerének részletes kimunkálását előkészítve a fejlesztési irányok körvonalazása, szakmai ajánlások megfogalmazása.

a) Az esetfelelős tevékenységi köre és az esetviteli feladatok

A támogatott lakhatás segítésében a **segítő munka kulcsszemélye az esetfelelős**. A „kulcsszemély” kifejezés arra utal, hogy az esetvitel nem megosztott – annak felelős, egyben autonóm vivője az esetfelelős, aki önállóan mérlegeli, hogy a segítő munka során milyen konzultációs háttereket és segítő partnereket kíván a segítő munkába bevonni. Ezt azonban a pszichoszociális fogyatékossgal élő személlyel egyeztetve, az ő egyetértését figyelembe véve teheti meg – kivételt képezhet a sürgősségi ellátás szükségessége.

A segítő munka bizalmat és elfogadást igénylő partneri kapcsolatra épül – az esetfelelős csak az egyén elfogadása mellett képes munkáját ellátni. Törekedni kell arra, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő személynek legyen választási lehetősége, ha a segítő kapcsolat kialakítása nehézségekbe ütközik.

Az esetfelelős kvalifikált, professzionális segítő. Álláspontunk szerint a humán segítség területén képzett, diplomás szakember tölthessen be ilyen feladatot, elsősorban szociális munkás, akinek szakmai felkészítésében a pszichoszociális nehézségek, a forrásokkal és támogató hátterekkel folyó munka hangsúlyt kap, másodsorban pszichológus, pszichopedagógus vagy mentálhigiénés képesítéssel rendelkező szakember. Előnyt jelenthet a közösségi koordinátori végzettség, pszichoszociális fogvatékossággal élők közösségi ellátásában szerzett gyakorlat, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátása terén szerzett szakvizsga. Akinek nincs a pszichiátriai ellátás területén képzettsége, gyakorlata, annak felkészítő képzési programban való részvételt tartunk fontosnak.

Az **esetvitel szemléleti kereteként a felépülés alapú megközelítést tartjuk fontosnak.** Ez a megközelítés hangsúlyt helyez a pozitív identitás kialakulásának segítésére, a patológia–deficit szemlélettel szemben a változási képességet a mobilizálható belső forrásokat és a pszichoszociális fogvatékossággal élő egyén autonómiáját, „önmenedzselését” emeli ki (részletesebben lásd 17.3. számú, a felépülés alapú megközelítésről szóló mellékletben).

Az esetvitel különválasztódik a lakhatástól, vagyis **az esetfelelősnek nem a pszichoszociális fogvatékossággal élő személy lakása a „munkahelye”, hanem a szolgáltatást kívül, ill. kívülről nyújtja** az egyén igénye, ill. a vele kötött megállapodás szerint. Mindazonáltal az esetfelelősnek biztosítani kell a tevékenységi háttérrel megfelelő infrastruktúrával, eszkozháttérrel, és végül, de nem utolsósorban egy szakmai team működtetésével.

Az esetviteli létszám maximum 12 fő. Azt javasoljuk, hogy az esetfelelős **flexibilis időkeretben** lássa el feladatát a szükséges ráfordításhoz igazodva úgy, hogy a pszichoszociális fogvatékossággal élő személlyel megegyezve, ésszerű időkeretben legyen elérhető, ill. igénybe vehető. Kivételt képezhet a krízishelyzet, az azonnal sürgősségi ellátást igénylő rendkívüli történések. Ezekben az esetekben referáló szerepe van és a konzultáns pszichiáter elérését kell biztosítani. Távolléte esetén kontaktszemély nevezhető meg, aki szükség esetén biztosítja a pszichiátriai háttér elérését. Fontos a szolgáltatás folyamatossága.

Az esetfelelős esetviteli feladatai:

- Komplex szükséglet felmérésben közreműködés.
- Egyéni szolgáltatási terv kidolgozása és annak időszakos felülvizsgálata, módosítása.
- A pszichoszociális fogvatékossággal élő személlyel közösen kialakított folyamatos életviteli támogatást nyújtó esetvitel, a személyes felépülés folyamatának facilitálása. Ennek módszertani elemeit a mi álláspontunk szerint az életviteli támogatás belső és külső erőforrásokon alapuló modellje kínálja (lásd a 17.4 számú mellékletben).
- A szükséges források és támogató hátterek elérésének segítése, intézményközi koordináció, a pszichoszociális fogvatékossággal élő emberek közösségi ellátása során alkalmazott esetenmenedzselési technikák alkalmazása (ennek forrásai a közösségi koordinátor képzés tananyagaiban elérhetők).
- A pszichoszociális fogvatékossággal élő személy képviselője. Fontos, hogy az esetfelelős e tevékenysége a „támogatott döntéshozatal” irányába mozduljon el a tradicionális gondnokolási rendszertől. A jogszabályi rendezetlenség miatt az elsődleges feladat a gondnokokkal való együttműködés, egyeztetés, a pszichoszociális fogvatékossággal élő személy képviselője, ill. esetenként a hatóság előtti képviselője, családi vagy lakóközösségi konfliktusok esetén mediációs stratégiák alkalmazása.
- Együttműködés a társszakmákkal és a konzultációs hátterekkel, különféle szolgáltatókkal. Kiemelt partner a pszichiátriai ellátási háttért biztosító pszichiátriai gondozó intézet, pszichiátriai szakrendelés, fontos a háziorvosi ellátással való kapcsolat, a családsegítő szolgálat, önkormányzat szociális osztálya.
- Aktív részvétel, facilitáló szerep az intézményközi egyeztetések, esetkonferenciák során.

- Kiemelten fontos az esetfelelős állapotváltozásokat, visszaesést jelző, referáló funkciója és a pszichoszociális fogyatékosokkal való kooperációja a visszaesés megelőzésében.
- Fontos feladat a helyi – közösségi befogadás elősegítése, a szomszédsági – közösségi kapcsolatok építése (networking). Ez különösen lényeges azokban az esetekben, ahol a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek a hosszú intézményi létük során elveszítették személyes külső kapcsolataikat és fontossá válik a személyes kapcsolati háló újraépítése és a társas támogatás erősítése.
- A közösségi hátterek megteremtése kapcsán fontos szerepet kapnak, az ún. „anti-stigma” és diszkrimináció ellenes programok és ezek kialakításában való részvétel (több ilyen hazai program létezik, amelyek átvétele, adaptációja fontos, pl. Ébredések Alapítvány, Moravcsik Alapítvány programjai).
- A fentiek mellett az esetfelelős fontos feladata még az életviteli készségek és konfliktus kezelés egyéni fejlesztése is, ill. a támogatott lakhatás keretei között megvalósítható lakóközösségi skill-fejlesztés „önsegítő” formájának támogatása. Ennek kapcsán az esetfelelős a facilitátorok felkészítését végezheti.

Ilyen program az erőforrásokon alapuló modellre építő „Strengths Recovery Self – Help” program, amelyet a Kansas Egyetem munkaközössége dolgozott ki, és amelynek önsegítő kézikönyve és a facilitátorok számára készült útmutatója jól adaptálható módszertani anyag lehet a hazai gyakorlat számára is²². Az „önsegítő csoport” facilitátora lehet tapasztalati szakértő vagy a csoport által elfogadott „felhasználó”. Ez a modell az erőforrásokon alapuló fejlesztés olyan önsegítő modellje, amely ugyanolyan modulok mentén építkezik, mint az esetfelelős által alkalmazott segítés modelljének életviteli készségeket erősítő elemei. A facilitátor szerepre felkészítés részben a modell ismeretére, részben pedig a csoportvezetés elveinek, szempontjainak megismerésére irányul.

- Az együttélés során felmerült problémákat, konfliktusokat lakógyűlésen oldják meg, szükség esetén az esetfelelős bevonásával. A lakásokban ne legyen házirend.

Az esetfelelős komplex segítő munkája komoly pszichés terhelést jelenthet és sokszor bonyolult erőterben zajlik, ezért a szupervíziós háttér biztosítása a komplex esetviteli munkát végző esetfelelős támogatásának elengedhetetlen eleme. A kísérő támogató feladatot ellátó munkatársak tevékenységének segítő háttérét az esetfelelős biztosítja – az ő támogató tevékenységük körülírtabb és nem követel meg folyamatos szupervíziót.

b) Kísérő támogató és a kísérő támogatás feladatai

A már többször említett hospitalizációs ártalom kialakulásához az intézményben jelenlevő „túlgondoskodás” alapvetően hozzájárult. Az ápolók, gondozók tevékenysége erre a szemléletre épült. A támogatott lakhatás teljesen más elvárást támaszt a szakmai személyzet felé, új helyzetben másféle ellátási, vagy inkább szolgáltatási módszert kell elsajátítani, melynek az elnevezése is jól kifejezi a különbséget: nem ápolás, nem gondozás, és még csak nem is segítségnyújtás, hanem támogatás.

A kísérő támogató a támogatott lakhatás keretében a pszichoszociális fogyatékosokkal élő személy részére életviteli támogatást nyújt az egyéni szolgáltatási tervnek megfelelően. Elvárás, hogy az életviteli támogatás mindig abba az irányba hasson, hogy az egyén autonómiája a lehető legmagasabb szintre érjen. Éppen ezért fontos, hogy a kísérő támogató a saját és a pszichoszociális fogyatékosokkal élő ember kompetenciáit is ismerje, és annyi segítséget nyújtson, amennyi az „éppen elég” kategóriában van.

²² Ridgway, Priscilla et al.: Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self – Help Workbook
University of Kansas School of Social Welfare 2002., Davidson, Lori et al.: Pathways to Recovery: Group Facilitator’s Guide -University of Kansas, School of Social Welfare 2007.

A kísérő támogató középfokú szociális vagy egészségügyi végzettséggel rendelkező személy legyen. Jelen feladatkörben a szociális gondozó – ápoló végzettség az, ami elsősorban megfelelő. Előnyt jelenthet az érettségi megléte, ill. a közösségi gondozói, vagy pszichiátriai szakápolói végzettség.

A kísérő támogató véleményünk szerint az esetfelelős szakmai irányítása mellett látja el a feladatokat, és nem végezhet önálló esetviteli munkát. Feladata elsősorban a támogatott lakhatás keretei között élők mindennapi praktikus életviteli tevékenységének segítése, az ehhez kapcsolódó praktikus készségek megerősítése, motiválás. Feladata lehet a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek kísérése, segítése hivatali ügyintézők, orvosi, rendelőintézeti kivizsgálások kapcsán is. Kórházba kerülés esetén látogató – kapcsolattartó feladatot láthat el. Fontos szerepet kaphat az állapotváltozások visszajelzésében, visszaesés megelőzésben. Fontos hangsúlyozni, hogy pszichoszociális fogyatékossgal élők esetében a készségek a betegség függvényében dinamikusan változhatnak, ami a támogatási szükségleteiket is befolyásolja.

A kísérő támogató feladatai:

A feladatok – a szükségletfelmérésből is ismert – alábbi területeken merülnek fel:

- Támogatás a személyi higiéne fenntartásában.
- Személyi függetlenség kialakítása.
- Életviteli készségek fejlesztése.
- Pénzkezelésben, napi pénzbeosztásban segítségnyújtás.
- Hivatalos ügyek intézésénél segítségnyújtás, támogató melléállás.
- Családi kapcsolatok kialakításánál, fenntartásában segítségnyújtás, támogató melléállás.
- Társas kapcsolatok kialakításában segítségnyújtás.

A kiváltás kapcsán az utolsó két pontnak kiemelten fontos a szerepe, mert az intézményi lét miatt az egyén családi kapcsolatainak egy része valószínűleg megszűnt, vagy megfakult. A támogatott lakhatás keretében meg kell próbálni helyre állítani ezeket, hiszen az egyén további életminőségének sarokpontját képezi a családi támogatás. A kinti társas kapcsolatok is valószínűleg megszűntek, ezért az elmagányosodás elkerülése miatt támogatni kell újak kialakítását. Kísérő támogató feladata ennek kapcsán például:

- Közvetlen környezettel való jó kapcsolat kialakítása, fenntartása támogatása,
 - Munka rehabilitációhoz segítségnyújtás (a kíséréstől akár a munkapróbán történő részvételig),
 - Egy jó lakóközösségi miliő kialakításának elősegítése.
- Egészség, betegség felismerése, házi- szakorvoshoz kísérés, gyógyszerek beszedéséhez segítségnyújtás, korai figyelmeztető jelek jelzése.

A pszichiátriai betegséggel kapcsolatos támogatást ketté kell választani. A gyógyszerek beszedésénél segítségadás, orvoshoz kísérés a kísérő támogató feladata, a pszichiáterrel való kapcsolattartás viszont az esetfelelősé.

Kihangsúlyozandó, hogy a kísérő támogató a betegség fluktuálásával, esetleges állapotrosszabbodással kapcsolatosan a jelzőrendszer tagja. Tudnia kell a tüneteket felismerni, az egészségügyi-szociális ellátó rendszert legalább annyira ismerni, hogy a jelzés a megfelelő időben, megfelelő helyre történjen meg. Alaphelyzetben az esetfelelőshöz fordul, de akut helyzetekre is fel kell készülnie.

- Anti-stigma programokon részvétel, új ötletek felvetése.
- Szoros együttműködés az intézmény vezetőjével és az esetfelelőssel.

A kísérő támogató fő feladatai a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyes életterében zajlik, a feladatok már-már az intim kategóriába sorolhatóak. A bizalmi kapcsolat kialakítása nagyon nehéz, ugyanakkor ehhez az ellátási formához elengedhetetlen. Az intézményben dolgozó munkatársak

nagy előnye, hogy a kiváltáskor már személyes kapcsolatban állnak a lakókkal, „benne vannak” a személyes térben. Kérdés azonban, hogy a szociális gondozói munkakörben jelenleg dolgozók képesek-e a szemléletváltásra és a változtatásra, ápolás-gondozás helyett támogatást nyújtani?

c) Önkéntesek bevonása

Kísérő támogató feladatait számos esetben tudják átvállalni önkéntes segítők. Különösen vonatkozik ez különböző programokon való részvételre, orvoshoz kísérésre, hivatalos ügyek intézésénél nyújtott segítségnyújtásra. Nagy szerepe lehet az önkéntes segítőknek a stigmatizáció felszámolásában is. Közreműködhetnek közösségi, kulturális, sport és különféle aktivitási programok szervezésében, a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek aktivitásának ösztönzésében, a társas támogatás megerősítésében.

Az önkéntesek bevonása során az alábbiakat tartjuk kiemelten fontosnak betartani:

- megfelelő kiválasztás, a motivációs hátterek és alkalmasság mérlegelése,
- felkészítő program (ismeretnyújtás, a felelősségek, kompetenciák, kapcsolati-keretek tisztázása) biztosítása,
- az önkéntesek bemutatása,
- az önkéntes munka figyelemmel kísérése, rendszeres megbeszélések a tapasztalatok és problémák feldolgozása,
- a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek visszajelzéseinek megismerése, mérlegelése,
- az önkéntes munka rendszeres megerősítése, a motiváció fenntartása.

Javaslat:

- Az esetfelelős a humán segítség területén képzett, diplomás szakember legyen: szociális munkás, pszichológus, pszichopedagógus vagy mentálhigiénés képesítéssel rendelkező szakember. Előnyt jelent a közösségi koordinátori végzettség, pszichoszociális fogyatékossgal élők közösségi ellátásában szerzett gyakorlat, valamint a pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátása terén szerzett szakvizsga. Akinek nincs a pszichiátriai ellátás területén képzettsége, gyakorlata, annak felkészítő képzési programban való részvételt tartunk fontosnak.
- A kísérő támogató középfokú szociális vagy egészségügyi végzettséggel rendelkező személy legyen, elsősorban a szociális gondozó – ápoló végzettség megfelelő. Előnyt jelent az érettségi megléte, ill. a közösségi gondozói, vagy pszichiátriai szakápolói végzettség.
- A támogatott lakhatásba át-, vagy bekerülő szakemberekkel szemben a fenntartó határozza meg a kompetencia követelményeket, és írja elő, hogy a felkészítő program mely elemeit kell kötelezően elvégezni. Az új munkakörbe való átvételről a fenntartó szakmai szempontok alapján döntsön.
- Jogszába biztosítsa, hogy a szupervízió legalább csoport keretben beépüljön a működés feltételrendszerébe, de fontos, hogy az egyéni szupervízió is elérhető legyen. (Eltérően a mai gyakorlattól, ahol szinte csak pályázatos formában lehet szupervíziós háttérrel biztosítani, és egyéni szupervízió gyakorlatilag nem érhető el forráshiány miatt.)
- A későbbiek során a szolgáltatás használóinak legyen lehetősége értékelni a szakembereket, legyen időszakos elégedettségi felmérés, amit a szakemberek értékelésénél vegyenek figyelembe. A visszajelzés anonim, az összesítés nyilvános legyen.

9. Szakemberek felkészítése a támogatott lakhatás keretében történő szolgáltatásnyújtásra

Az intézményi férőhely kiváltás során egy sor olyan szakmai feladat keletkezik, amelyre sem az intézményi stábok, sem pedig a jelenleg meglévő közösségi ellátásban szolgáltatást nyújtó szakemberek nem rendelkeznek megfelelő tapasztalattal és módszertani felkészültséggel. Ez a támogatott lakhatás során szükséges életviteli támogatás terén is komoly kihívást jelent, mert sem a korábbi – bentlakásos intézményi keretek között folyó – segítő munka gyakorlata, sem pedig a közösségi ellátás során alkalmazott esetviteli munka nem ad elégséges alapot e sajátos ellátási formában szükséges életviteli támogatás gyakorlatának kialakítására.

Célunk ebben a fejezetben a szakemberek felkészítését szolgáló komplex program koncepcionális keretének körvonalazása, irányt mutatva a fejlesztési programok részletes kidolgozásához.

A szakemberek komplex felkészítő programjának célcsoportjai és elemei

a)

„Utazó szakértői team” kialakítása

Az intézményi férőhely kiváltási programot megvalósító intézményi stáb felkészítése érdekében szükség van orientációt nyújtó tájékoztatásra, problémafeldolgozó csoportmunkára, konzultációs alkalmak biztosítására a szakmai képzések, tréningek előtt és mellett. Ennek megvalósítására egy „utazó szakértői team” kialakítását javasoljuk, hátterében egy, az intézményi férőhely kiváltást támogató koordinációs irodával. Az „utazó team” alapfeladata az intézményi férőhely kiváltási program megismertetése, az azzal kapcsolatos nehézségek oldása és a támogatott lakhatás kapcsán megjelenő szemléletváltás, feladatok, kihívások, módszertani sajátosságok, valamint a szükséges készségek közös végiggondolása. A kiváltás kapcsán felmerülő szakmai kérdésekkel való foglalkozáson túl fontos, hogy az „utazó team” képes legyen a változásokhoz kapcsolódó feszültségek oldására, feldolgozására, konfliktusok kezelésére is. Elvárás, hogy a team tagjai átfogó ismeretekkel és tapasztalattal rendelkezzenek a pszichiátriai betegséggel élők segítése terén. Fontos a team multidiszciplináris összetétele, beleértve a tapasztalati szakértőket is. Az „utazó team” tagjai az intézmények helyszínén, továbbá összevont konzultációs alkalmakkor segíthetik a kiváltási program végrehajtóinak munkáját. A felkészítő programba a kiváltás terén tapasztalattal bíró külföldi szakemberek is behívhatók.

b)

A támogatott lakhatás keretében szolgáltatást nyújtó szakemberek felkészítése

Az **esetfelelősök** felkészítő programja kialakításánál figyelembe kell venni, hogy az e feladatkörbe kerülők igen eltérő alapképzettséggel, szakmai ismerettel és tapasztalattal rendelkeznek. Részükre egy flexibilis, modulrendszerű felkészítő programot kell kialakítani, amely modulokból az előtörténet alapján „egyéni tanrend” mentén haladva lehet a szükséges ismereteket és készségeket elsajátítani. Ez egyben feltételezi, hogy kis létszámú, seminarizáció és készségfejlesztés keretei között valósítható meg egy ilyen felkészítő program. Figyelembe véve a támogatott lakhatás keretében folyó életviteli támogatás feladatait és a célcsoport sajátosságait, ennek megfelelő speciális modulokat is be kell illeszteni a felkészítő programba. A közösségi koordinátor képzés programjából jelentős ismereti blokkok és készségfejlesztő tréning elemek emelhetők be a felkészítő programba.

Az alábbi modulok beépítését tartjuk fontosnak:

- speciális pszichiátriai egészségügyi és szociális ismeretek,
- a felépülés alapú megközelítés, mint szemléleti keret,
- az esetmenedzsment alapjai,
- az életviteli támogatás erőforrásokon alapuló modellje,
- az interprofesszionális munka elemei,
- a személyes kapcsolati háló és a közösségi támogató hátterek megerősítése (networking stratégiák),

- az életviteli skillek fejlesztése „in vivo”a mindennapi élethelyzetek kezelése során,
- felkészítés a támogatott lakhatás keretében élők életviteli skilleket építő önszorgító - fejlesztő csoport programjának facilitálására,
- krízisellátás – sürgősségi helyzetek kezelése,
- a segítő kliensképviselési tevékenysége,
- együttműködés a civil szervezetekkel, a pszichiátriai betegséggel élők érdekvédelmi szervezeteivel, önkéntesekkel,
- a kötelező és ajánlott dokumentáció vezetése.

Azt, hogy milyen időráfordítással, milyen képzési keretben valósítható meg ez a felkészítő program csak annak részletes kidolgozása után lehet pontosítani (kb. 240 -300 óra), de a valós ráfordítás függ a résztvevők előképzettségétől és az ehhez igazodó „egyéni tanrend” moduljaitól.

Külön ki kell emelni a **tapasztalati szakértők** (pszichoszociális fogyatékosokkal élők) jelenlétének fontosságát, nemcsak a szolgáltatások kialakítása során, hanem képzésben résztvevő aktív partnerként is.

Az intézményi férőhely kiváltási program előkészítése során az intézményből a támogatott lakhatási szolgáltatásba átkerülő **kísérő támogatók** szakmai felkészítéséhez az alábbi tematikus pontok ajánlottak:

- a közösségi gondozás és életviteli támogatás elemeit bemutató ismereti modulok,
- pszichopatológiai ismeretek,
- a felépülés alapú megközelítés szemléleti kereteinek megismertetése,
- segítő-kapcsolati alapok és skillek elsajátítása,
- állapot monitorozása és visszaesés megelőzés gyakorlati elemei,
- a kompetencia problémakör és etikai kérdések feldolgozása,
- a kísérő-támogató munka során felmerülő problémák, nehézségek feldolgozása esetmegbeszélő kiscsoportban.

A kísérő támogatók felkészítésének nagyon fontos eleme a terepmunka megtanulása, a pszichoszociális fogyatékosokkal élők autonómiájának fel- és elismerése, önállósodási törekvéseinek elfogadása, támogatása. A személyiségfejlesztés és érzékenyítés szintén fontos, tekintve, hogy a feladatoknak komoly eleme a szolgáltatást igénybevevő elengedése, ami szükséges az „intézményfüggő klienskapcsolatok” átalakításához, a lakók társadalmi aktivitásának növeléséhez, az együttműködő partneri viszony kialakításához. Az elengedés – a tapasztalat szerint – a segítőnek nagyon nehéz, komoly önismeret szükséges hozzá. A felkészítő program kb. 80 – 120 óra, amit munka mellett blokkos képzésben lehet elvégezni.

A képzést a kiváltásra kerülő intézmények munkavállalói a kiváltási projekt keretében, az új struktúra felállása előtt végezzék el. Az egyéb támogatott lakhatást biztosító szociális szolgáltatók munkatársai egy éven belül kezdjék meg a képzést. A képzés fedezetéül szolgáló forrásokra legyen lehetőségük pályázni.

A képzők megfelelő kiválasztására is figyelmet kell fordítani. Fontos, hogy kiválasztásuk során speciális ismeretekkel, tapasztalattal, a közösségbe integrált szolgáltatásokkal, valamint a szemlélettel kapcsolatos elvárások érvényesüljenek. A civil szervezetek bevonása is támogatandó.

c)

A komplex felkészítő program része a befogadó intézményi környezet felkészítése is a támogatott lakhatás keretében élők segítésére. Fontos, hogy a helyi egészségügyi és szociális ellátás kulcsszereplői egy továbbképző program keretében megismerkedjenek az intézménykiváltás során jelenlévő szakmai törekvésekkel, a támogatott lakhatás keretében élőkénél felmerülő pszichoszociális nehézségekkel és azokkal a segítő-kapcsolati alapelvekkel, amelyek figyelembevétele a nekik nyújtott szolgáltatások kapcsán megkönnyítik a kölcsönös megértést és együttműködést. Itt különösen fontos a pszichoszociális fogyatékosokkal élőkkel kapcsolatos előítéletek, féltelmek oldása, az elfogadás és a segítő attitűd erősítése.

A felkészítő program további fontos eleme a gondnokok felkészítése. A korszerű pszichiátriai, közösségi ismereteken kívül a támogatott lakhatás elveinek, szempontjainak megismertetése igen hasznos lenne a gondnokokkal való együttműködés erősítése érdekében.

d)

Fontosnak tartjuk a megfelelő **felsőoktatási humán képzések és szakirányú továbbképzések** keretében illeszkedő képzési modulok kidolgozását a pszichoszociális fogyatékosokkal élőknél nehézségeinek megértésére és a közösségi támogatás módszertanának megismerésére. A felsőoktatási képzések kapcsán a szociálismunkás képzés mellett elsősorban a szociálpolitikus, szociálpedagógus, pszichológus, gyógypedagógus, és mentálhigiénés szakemberek képzése lehet érintett, ahol az adott szak képzési palettájához igazodó modul kimunkálása szükséges.

e)

Az intézményi férőhely kiváltási program változásvezetési aspektusai

Az intézményi férőhely kiváltási folyamat eredményessége érdekében a szorosabban vett szakmai témák mellett érdemes a vezetéselméleti tárgykörbe tartozó változásvezetéssel foglalkozni. A többi fejezetben részletesen foglalkozunk a kiváltás érintettjei közül a pszichoszociális fogyatékosokkal élőknél változással kapcsolatos felkészítésével, illetve a dolgozók képzésével, a környezet felkészítésével. Ugyanakkor a változás szempontjából az intézményvezetők, szakmai vezetők változáskezelő kompetenciái is fejlesztést igényelnek, tekintettel arra, hogy a folyamatot ők fogják szervezni, lebonyolítani, felügyelni.

A változás elengedhetetlen feltétele a leadership

A változásvezető képzett, motivált, a változás mellett elkötelezett vezető, aki nem csupán reagál a környezeti változásokra, hanem proaktívan, felkészülten fogadja és kezeli a változást. A kiváltással kapcsolatos szervezeti változás minden érintettre hatással van egyéni és csoport szinten, konfliktusokat eredményez, átrendezi a hatalmi szerkezetet, érzelmileg telített. A változásvezetőnek mindkét szinten fórumokat kell biztosítani, hogy az emberek változással kapcsolatos információkat megkapják, és az aggályaikat elmondhassák.

A forradalmi változásokra mindig valamilyen kényszer hatására kerül sor, mert a szervezet túlélése forog kockán. A változás folyamata szempontjából először alapos szervezeti elemzést igényel, ami feltárja a jelenlegi helyzetet. Ezt követi a szükséges változások megvalósításához, implementációjához szükséges tényezők alapos elemzése: kiktől várható a változásokkal szembeni ellenállás, miért és milyen mértékű, kinek van a változás megtervezéséhez szükséges lényeges információja, kinek az együttműködése elengedhetetlen a változás megvalósításához, változás kezdeményezőjének pozíciója hogyan viszonyul a többi érdemi szereplőhöz, milyen közöttük a hatalmi viszony, van-e bizalom közöttük, milyen az együttműködésük szokásos módja. Az előbbi elemzési szakaszokat követi a változtatási stratégia, taktika kidolgozása, a változtatási folyamat akciótervének kidolgozása.

Ellenállás a változással szemben

A szervezeti változás vezetőjének tisztában kell lennie azzal, hogy a változással szemben ellenállás fog kibontakozni, ami természetes jelenség. Az emberek elsősorban arra összpontosítanak, hogy miről kell lemondaniuk. A változásban egyedül érzik magukat, úgy érzik, hogy nincs elégséges erőforrásuk, és csak véges mennyiségű változást bírnak el. Az emberek nem azonos mértékben állnak készen a változásra. Tekintettel arra, hogy a szervezeti ellenállás veszélyeztetheti a kitűzött célok eredményes megvalósulását, sőt az elképzelések kudarcba fulladhatnak, proaktívan kell azokat kezelni.

A szervezeti ellenállás személyi okai lehetnek a változástól való félelem, a bebiztosított értékek elvesztésének hite, anyagi érdekek sérülése. Mindezek speciális szervezeti elhárításokat eredményeznek, mint a „szelektív észlelés”, a probléma tagadása, vagy a „kivülálló effektus”. Ez

utóbbi különösen akkor jelenik meg, ha a változásvezetést külső szakértők végzik, „ti csináltátok, ti akartátok a változást nekem semmi közöm hozzá”.

Az ellenállás szervezeti okai a szervezetben működő sémák rigiditása, hatalmi pozíció féltése, erőforrás elosztási sémák megváltozása. Gyakran a törekvés a szervezeti egység vagy szakma létét kérdőjelezi meg, szervezeten belüli bizalomhiány jelentkezik, vagy a szervezeten belüli csoportok normarendszere (szubkultúra képződés) is ellenállást eredményezhet.

Ellenállást kezelő stratégia

A változási folyamat során személyes vezetés és az ellenállást megjelenítő aggályok meghallgatása szükséges. A változás előtt információs kételyek jelentkeznek, a vezetőknek ezért tényekkel kell alátámasztani a változás szükségességét, hogy az emberek maguk is levonhassák a következtetéseket. A várható személyes aggályok miatt különböző fórumokon lehetőséget kell biztosítani arra, hogy elmondhassák véleményüket, vagy „elgyászolhassák” a régi értékeket. A korai elfogadókat inspirálni kell hitelesen, egy reálisan vonzó jövőkép megjelenítésével. A változás alatt átültetési aggályok jelentkeznek, próbaüzemi működés szükséges. Ebben a szakaszban kell foglalkozni az ellenzőkkel, és a korai elfogadók segítsenek a semlegeseknek is. Kiemelten fontos vezetői magatartás a személyes meghallgatás, a dicséret. Fontos az elért eredmények közlése, sikertörténetek megjelenítése.

Szervezeti attitűd átalakulása a változás alatt:

- Elutasítás – ellenséges viszonyulás, kritikus, gúnyos megjegyzések jelenléte,
- Beletörődés – nincs felelősségvállalás,
- Elfogadás – semleges, már nem ellenséges viszonyulás,
- Azonosulás – megjelenik a felelősségvállalás, hozzáadott teljesítmény.

Javaslat:

- Meg kell szervezni egy „**utazó team**”-et, melynek tagjai eseti jelleggel, részben strukturált, részben interaktív programmal segítik a kiváltásra kerülő intézmények menedzsmentjét és szakembereit a kiváltásra való felkészülésben és annak megvalósításában.
A mozgó „utazó” szakértői team tagjai vállaljanak feladatot a vezetőkkel történő kommunikációban változásvezetési szempontból. A kiváltást változásmenedzselési szempontból is kísérik figyelemmel.
- A felkészítő program biztosításához **ki kell dolgozni mind az esetfelelős, mind a kísérő támogató munkakört betöltők számára az alap és kiegészítő modulok tananyagait**, figyelembe véve a már létező képzések tartalmát is. Elengedhetetlen az írott tananyagok, jegyzetek elkészítése.
A felsőoktatás és a szakképzés releváns képzései számára is ajánlások fogalmazhatók meg a tananyagok további fejlesztéséhez.
- A kiváltásra kerülő intézmények dolgozói közül a támogatott lakhatásba átkerülő szakemberek számára **kötelezővé kell tenni a megfelelő felkészítő programok elvégzését**. Az alkalmazás további feltétele legyen a fenntartó által kimunkálásra kerülő kompetenciakövetelmények teljesítése is.
- A pszichoszociális fogyatékossággal élő emberek támogatott lakhatásának biztosításában szerepet játszó szakemberek felkészítő programjainak, a **képzések, továbbképzések** kidolgozására egy **stabil munkacsoport létrehozása indokolt**.
- **Célszerű lenne létrehozni az intézményi férőhely kiváltás koordináló irodát**, amely - többek között - gondoskodik a felkészítés szükséges feltételeiről, biztosítja és szervezi a képzőket és a képzéseket.

Felhasznált irodalom:

Bakacsi (2004): Szervezeti magatartás és vezetés, Budapest (Aula) Szervezeti változás, szervezeti tanulás 278- 301.

Blanchard (2010): Vezetés magasabb szinten, Budapest (Ad Sidera) Szervezeti vezetés

10. A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek komplex szükségletfelmérése és egyéni szolgáltatási terv készítése

Az állapot- és szükségletfelmérés során a szolgáltatások tervezéséhez kapunk információt a pszichiátriai betegség következtében kialakult tényezők összességéről, kiemelten a mentális, a pszichoszociális, a fizikai állapot és az önellátás területén. Az állapotfelmérés hozzájárul a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek személyes céljainak elérését szolgáló egyéni szolgáltatási terv elkészítéséhez, egyben eszközként hozzájárul a munka eredményességének monitorozásához is.

A komplex szükségletfelmérést a jelenlegi jogszabályi előírás alapján egy év után meg kell ismételni, illetve jelentős állapotváltozás esetén előbb, mivel az egyes életterületeken keletkező szükségletek változhatnak, ami az igényelt szolgáltatásokra is hatással lehet.

a)

Komplex szükségletfelmérés

A komplex szükségletfelmérés elvégzésének célja, hogy a támogatott lakhatási szolgáltatást igénybevevő személy (lakó) aktuális szükségleteiről, az azokat befolyásoló szociodemográfiai változókról, az egészségügyi, szociális állapotáról, a természetes és professzionális támogatói környezetéről képet kapjunk az egyéni szolgáltatási terv megalapozására.

A komplex szükségletfelmérő eszköz kérdései, figyelme a támogatási, beavatkozási szükségletekre helyeződik, nem mér képességet, kompetenciát. Lényeges, hogy a felmért személy önbeszámolóján is alapul és a felmérésen részt vehet egy általa megnevezett segítő szakember is.

A szükségletfelmérés eljárása

A komplex szükségletfelmérés teamben zajlik, amelynek összetétele:

- Pszichoszociális fogyatékossgal élő személy,
- A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt jól ismerő, vele terápiás kapcsolatban álló szakember,
- Instruktor (az adatlap felvételében és rendszerében felkészített szakember, feladata a felmérés lefolytatása),
- Mediátor (szintén ismeri az adatlapot és a célt, feladata, hogy a különböző nézőpontok közötti hangoltságot megtalálja, illetve a fókuszot a munka során a lakó szükségletein és igényein tartsa, tehermentesíti az instruktort, aki így a felmérésre és annak célrendszerére tud koncentrálni).

A szükségletfelmérés három pillérre épül:

- Szociodemográfiai adatok, jellemzők dokumentálása,
- Félig strukturált interjú felvétele, irányított beszélgetés,
- Előre rögzített szempontsor és pontozási rendszer alapján a támogatási szükségletfelmérő adatlap felvétele.

Fontos, hogy a felvételt végző szakember képes legyen az egyén képességeihez, komplex tünettanához igazítani, adaptálni a kérdéseket, ezáltal válik a komplex szükségletfelmérés egyénre szabottá. Hangsúlyt kell kapnia a pszichoszociális fogyatékossgal élő egyén saját élettörténetének, elképzeléseinek, vágyainak is, figyelembe véve a befolyásoló környezeti tényezőket.

A felmérést végző szakember minden olyan lényegesnek talált körülményt rögzít, amely segítheti a támogatási szükséglet megállapítását. Építenie szükséges a beszélgetés során tapasztalt

megfigyeléseire is, ami további kiegészítő felmérést (felmérő eszközt, adatlapot, pl. közösségi ellátás felmérő lapja) tehet szükségessé. Cél, hogy a lakó szükségleteiről és a szükségleteit befolyásoló tényezőkről reális kép alakuljon ki, feltárássra kerüljenek a szolgáltatást igénybe vevő személy külső és belső erőforrásai, és a mindennapokban használt segítő technikák is.

A felmérés az életterületek teljes áttekintésével a pszichoszociális fogyatékossgal élő számára is lehetőséget ad arra, hogy áttekintse, tudatosítsa saját szükségleteit, erőforrásait és lehetőségeit.

A komplex szükségletfelmérésben nevesített területek

Az érintett területek a támogatott lakhatás célcsoportjai számára azonosak, így a pszichoszociális fogyatékossgal élők esetében is érvényesek.

Személyi higiéné:	Mosdás, fürdés, zuhanyzás, a testrészek ápolása, a WC megfelelő használata, a női speciális higiéné biztosítása.
Személyi függetlenség:	Ételkészítés, étkezés, öltözködés, a napi tevékenységek során használt eszközök megfelelő használata.
Mobilitás:	Helyzetváltozás, helyváltozás, lakóhelyen kívüli közlekedés, tájékozódás és útvonaltervezés.
Életvezetéssel kapcsolatos támogatási szükséglet:	Az önálló életvezetéshez szükséges tevékenységek, mint például bevásárlás, háztartási tevékenységek, hivatalos ügyek elintézése, pénzkezelés.
Kapcsolatok:	Családi, baráti, munkahelyi vagy oktatáshoz köthető, közösségi, partner-, pár-, és szexuális kapcsolatok kialakítása és fenntartása.
Közösségi részvétel:	Oktatási programban való részvétel, munkavállalás, munkavégzés, szabadidős programokban való részvétel, sporttevékenységek.
Egészségmegőrzés:	Diéta, segédeszközök használata, gyógyszerek adagolása és bevétele, folyadékbevitel, orvos felkeresése, felülvizsgálatokon való megjelenés.
Egészségügyi kockázatok:	Epilepsziás rohamok, táplálkozással összefüggő zavarok, krónikus betegség, decubitus, fizikai és pszichés állapot, jóllét, egészségügyi zavarok.

A szükségletek értékelése 4 fő kritérium mentén történik, feltárva:

- a támogatás típusát,
- a támogatás gyakoriságát,
- a támogatásra fordított időt,
- és a támogatás forrását.

A felmérés lehetőséget ad arra is, hogy a jelen helyzet mellett a jövőbeni, vagy újabb támogatási irányokat is meghatározzanak. Tisztában kell lenni azzal is, hogy a szükségletek és a rendelkezésre álló erőforrások változhatnak, ezért a felmérés pillanatnyi állapotot tükröz. Valamely életterületen bekövetkező változás szükségessé teheti az egyéni szolgáltatási terv módosítását is.

A jelenlegi komplex szükségletfelmérő eszköz tartalmi elemei az általános alkalmazhatóság miatt nem eléggé célcsoport specifikusak, így a gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élők esetében az érintett területek nem teljesen relevánsak. Célszerű a még meglévő kapcsolatok feltérképezése, újraértékelése is, amelyre a 17.5. számú mellékletben bemutatott kapcsolathálózati kártyák alkalmasak.

A komplex szükségletfelmérés eredményei alapján a kirendelt felmérő szakembernek jogszabályi kötelezettsége elkészíteni az ún. „Szükségletprofil összefoglaló táblázatot”, ami formailag és tartalmilag más logikát mutat, mint a felmérés. Az összefoglaló táblában a szolgáltatási elemek nem egyeznek a felmérő eszközben vizsgált, megnevezett területekkel, így a felmérő szubjektív adaptálása nagymértékben érvényesül.

b)

Egyéni szolgáltatási terv

Feltételezzük, hogy ideális esetben már a bentlakásos intézményben is személyre szabott, egyéni gondozási tervet készítettek, fókuszban a kliens igényeivel. Szerencsés esetben, a gyakorlatban is működött, hogy a terv készítésébe aktívan bevonták a klienst, számítottak közreműködésére. Valószínű azonban, hogy pszichoszociális fogyatékossgal élő személy szükségletei mások voltak, mint a támogatott lakhatásban, tekintve az eltérő életformát, az ebből fakadó cselekvési lehetőségeket, a megvalósulást segítő, vagy akadályozó tényezőket, a támogató, segítő környezet rendelkezésre állását, vagy hiányát, stb.

Az egyéni szolgáltatási terv elkészítése az esetfelelős feladata, ami számára is új feladatot jelent. Az egyéni szolgáltatási terv a komplex szükségletfelmérés eredményének és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy egyéni törekvéseinek figyelembevételével készül és a különböző szolgáltatási, ellátási formák egyénre szabott összehangolását igényli. Az egyéni szolgáltatási terv felépítésénél, formájának kialakításánál javasoljuk figyelembe venni a közösségi pszichiátriai ellátásban használt gondozási tervet, amelyről bebizonyosodott, hogy jól használható, logikai felépítése a felépülés elvű rehabilitációs szemléletet követi.

Az egyén szükségletei várhatóan több szolgáltató együttműködésével és összefogásával biztosíthatók. Ennek érdekében az intézményvezető és az esetfelelős feltérképezik azokat a területen jelen lévő szociális szolgáltatókat, akiket a pszichoszociális fogyatékossgal élők céljai elérése érdekében be lehet vonni az ellátásba, megkeresik őket, és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyekkel történt egyeztetés után megállapodást kötnek velük.

Az egyéni szolgáltatási terv csak és kizárólag a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy közreműködésével készülhet, ill. nyerheti el végső tartalmát, és az egyén aktuális állapotához, külső-belső erőforrásaihoz kell igazodnia. Az aktív közreműködés támogatja az önálló életvitel kialakítását, az autonóm életforma megvalósítását és hozzájárul a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy rövid és hosszú távú céljainak megvalósulásához. Az egyéni szolgáltatási tervben konkrétan meghatározásra kerülnek – az egyénnel történt egyeztetés alapján – azok a szociális szolgáltatások, amelyek a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy életvitelének biztosításához és fejlesztéséhez hozzájárulnak, ill. azok a szolgáltatók, akik ezt biztosítják. Megfogalmazásra kerülnek a célok eléréséhez kapcsolódó feladatok, tevékenységek az egyén, az esetfelelős és a kísérő támogató számára.

Az egyéni szolgáltatási tervvel szembeni elvárások:

- a szolgáltatási tervben a személyközpontú megközelítés érvényesüljön,
- a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy aktív közreműködésével reálisan megvalósítható, rövid- és hosszú távú célokat fogalmazzon meg,
- reálisan mérje fel az esetleges kockázati tényezőket, vegye számba az elhárításukhoz szükséges eszközöket,
- koordinálja a támogató környezet működését,
- építsen a támogató családtagokra is a szolgáltatási terv megvalósítása során.

Amiben az egyéni szolgáltatási terv, több mint a gondozási terv:

- a szolgáltatási terv megvalósításába más szociális szolgáltatókat is bevon(hat),
- meghatározza a más szolgáltatók által biztosított szolgáltatásokat,
- koordinálja az egyes szociális szolgáltatók működését.

Az egyéni szolgáltatási terv elkészítésének egyik legnehezebb része, annak eldöntése, hogy milyen szolgáltatások kerüljenek bevonásra. A szolgáltatásokat a jelenlegi szabályozás szerint meg kell vásárolni, ami komoly dilemmát okozhat, hiszen sem a pszichoszociális fogyatékossgal élő, sem a támogatott lakhatást biztosító szolgáltatót nem bízathatjuk forrással le nem fedett kiadásokra. A pszichoszociális fogyatékossgal élők esetében a munkavállalás lehetősége is korlátozottabb, ezért a támogatott lakhatás és az egyéb alapszolgáltatások finanszírozásánál kevésbé lehet jövedelmükre

számítani. Az egyéni szolgáltatási terv összeállítása kapcsán, a bevonandó szolgáltatások, ill. a szakemberek megfelelő munkamegosztásának kialakítása szempontjából az esetfelelős által összehívott interprofesszionális team közös gondolkodására, mérlegelésére van szükség. A jelenlegi szakmai környezetben azokon a településeken, ahol elérhető a közösségi pszichiátriai ellátás, ill. a pszichiátriai nappali klub, preferálható bevonásuk a szolgáltatási tervbe és annak megvalósításába.

Az egyéni szolgáltatási tervet állapotváltozás, ill. szükség esetén azonnal, egyéb esetben félévente értékelni, és szükség esetén – a komplex szükségletfelmérés eredményére és tartalmára figyelemmel – módosítani szükséges.

A szolgáltatási tervet a jogszabály szerint aláírja a támogatott lakhatást nyújtó intézmény vezetője, a támogatott lakhatást igénybevevő személy, valamint azok a szolgáltatók, akik valamilyen (pl. étkezés, ápolás-gondozás, fejlesztés, társadalmi részvételt segítő) szociális szolgáltatást nyújtanak az egyén számára. Abban az esetben, ha a támogatott lakhatást igénybevevő személynek van gondnoka, ő is aláírja, mivel a szolgáltatásoknak anyagi vonatkozása is van.

Véleményünk szerint az egyéni szolgáltatási terv aláírásába a külső szolgáltatók bevonása megnehezíti az adminisztrációt és felelősségi, illetékességi kérdéseket is felvet (ki miért felel, milyen információkhoz jogosult hozzáférni, stb). Javasoljuk ezért, hogy az egyéni szolgáltatási tervet csak az intézményvezető és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy és indokolt esetben a gondnoka írja alá. A bevonásra kerülő többi szociális szolgáltatóval külön szerződjenek, amely megállapodások alapja az egyéni szolgáltatási terv.

Javaslat:

- **A szükséges szolgáltatások megállapításához a komplex szükségletfelmérő eszköz átalakítása szükséges a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek célcsoportjához illesztve.** A komplex szükségletfelmérő eszköz alkalmazási tapasztalatainak értékelésébe, fejlesztésébe, valamint a támogatási szükségletfelmérő mentorok (szükségletfelmérő szakemberek) képzésébe az érintett célcsoport érdekvédelmi szervezeteit is vonják be.
- Nemzetközi tapasztalatok alapján előnyös, ha a szükségletfelmérés folyamatában az érintett célcsoport érdekvédelmi szervezetének képviselői, megbízott szakértői is lehetőséget kapnak a részvételre, ill. a felvett dokumentumokba módjuk van betekinteni.
- Az egyéni szolgáltatási terv felépítésénél, formájának kialakításánál javasoljuk figyelembe venni a közösségi pszichiátriai ellátásban használt gondozási tervet, amely a felépülés elvű rehabilitációs szemléletet követi.
- Az egyéni szolgáltatási tervet csak az intézményvezető és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy, indokolt esetben a gondnoka írja alá. A támogatási szükségletek kielégítése érdekében az egyéni szolgáltatási terv alapján bevonásra kerülő többi szociális szolgáltatóval külön szerződést kössenek.
- A pszichoszociális fogyatékossgal élő személy kérésére, az ő hasznára, előnyére való szükséges szolgáltatások igénybevételenek biztosítására a személy meglévő forrásait, vagyonát is be lehessen vonni. Ilyen esetekben a szolgáltatási terv erre is tegyen javaslatot, amit az egyénnel közösen kell átgondolni és gondnokával is egyeztetni szükséges.

11. Intézményben lakó, pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek támogatott lakhatásra történő felkészítése

A támogatott lakhatás potenciális igénybevevői jellemzően ún. nagy pszichiátriai kórképpel bírnak. E kórképek általános velejárója a szorongásos állapot. Az egyén szorongása jelentősen megnő, ha számára ismeretlen helyzettel kell szembenéznie. A két dolog összeadódása könnyen vezethet a pszichoszociális fogyatékossgal élőnél állapot rosszabbodáshoz, akut kórházi kezeléshez. Ahhoz, hogy ez ne így történjen, még a kiköltözés előtt szükséges a lakók megfelelő tájékoztatása, melyet gyakorlati felkészítéssel célszerű összekapcsolni. A gyakorlati útmutatással elkerülhető, hogy negatív érzései legyenek a lakóknak, és ne csak a rájuk váró, - az intézményi lét miatt számukra nagyrészt egyébként ismeretlen - feladathalmazt lássák.

A pszichoszociális fogyatékossgal élő felkészítésének célja bizonytalanságérzetük, az ismeretlentől való félelmük csökkentése, amit a lehető legtöbb tájékoztatással, gyakorlati ismeretátadással lehet elérni. További feladat az autonómiájuk és önrendelkezésük minél teljesebb kibontakoztatása egy széleskörű felkészítő program biztosításával. Megfelelő felkészítéssel a kudarcélmények elkerülhetők, ill. mérsékelhetők. A siker a pszichoszociális fogyatékossgal élők önbecsülését nagymértékben növeli, amely önmagában is hozzájárulhat a felépülésükhöz.

A felkészítés időbeli szakaszai:

- a) kiváltás előtti időszak,
- b) stabilizálódás szakasza (beköltözést követő időszak),
- c) stabilizálódás utáni időszak.

a) Kiváltás előtti időszak

- Nagy hangsúlyt kell fektetni erre az időszakra. Elengedhetetlenül szükséges szóbeli tájékoztatást nyújtani arról, hogy mi történik a közeli elkövetkezendő időszakban, ki lesz, aki segíti őt, kihez fordulhat problémáival. A szóbeli felkészítés része az is, hogy rá milyen lehetőségek és feladatok várnak. A szóbeli felkészítés önmagában nem elég, mert azzal lehet számolni, hogy a közelebbi változás az intézményben lakó pszichoszociális fogyatékossgal élők bizonytalanságérzetét, szorongását tovább fokozza, ezért további elemekkel kell a felkészítést folytatni.
- A támogatott lakhatással, a komplex szükségletfelméréssel és az egyéni szolgáltatási terv összeállításával kapcsolatos információk biztosítása:
A lakókkal meg kell ismertetni a támogatott lakhatás lényegét, a komplex szükségletfelmérés célját, folyamatát, az egyéni szolgáltatási terv tartalmát, készítésének eljárását, a döntési helyzeteket, azok időbeli érvényességét. Ennek során ne a veszélyeken legyen a fókusz, hanem lehetőségeken, az élet pozitív változásán, az aktív részvételen.
- Az elméleti ismeretátadást társítani szükséges gyakorlati elemekkel, amelyek jellemzően a napi teendőkhöz (pl. főzés, mosás) szorosan kapcsolódó tevékenységekkel kapcsolatos gyakorlati ismeretek átadását és azok kipróbálását, begyakoroltatását jelentik.
- A lakók számára mutassák be leendő lakókörnyezetüket, járják be velük többször a számukra fontos útvonalakat. Lehetőség szerint ismerkedjenek meg a jövőbeli szomszédokkal.
- Fokozatosan egyre nagyobb teret kapjon a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy aktivitása a hivatalos, ill. napi ügyei intézésében (pl. levélfeladás), ahol egyre kevesebb segítséget, majd csak támogató mellé állást kapjon.
- Mutakozzanak be a pszichiáternek, aki a pszichiátriai kezelését, gondozását végzi majd.

A gyakorlati programok után mindig maradjon idő a feldolgozásra, lehetőséget biztosítva a felmerülő kérdések megválaszolására.

Abban a helyzetben, amikor az intézményben lakó pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek körül minden változik, az a célszerű, ha olyanok készítik fel őket, akiket már jól ismernek. Ezért fontos,

hogy a lakók felkészítésére a személyzet képes legyen. Ennek érdekében célszerű közösségi koordinátorokat bevonni, akik segíteni tudják az intézményi szakembereket a lakók felkészítésében.

b) Stabilizálódás (beköltözést követő időszak)

A stabilizálódás időszakában rendkívül erős stressz hatás éri a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt, ezért biztosítani kell számára a lehetőséget a kételyek megfogalmazására és azok megválaszolására. Legyen lehetősége stresszkezelési tréningen való részvételre is, ha az elakadás túl nagy. Alkalmazni lehet a hatlépcsős problémamegoldó lapot, és egyéb módszereket, amelyek a közösségi koordinátorok által jól ismertek, ezért szakmai felkészültség hiányában célszerű az ő közreműködésüket kérni. Az egyén az esetleges átmeneti sikertelenség esetén kapjon segítséget a problémák feldolgozásában, biztassák kitartásra.

Ajánlatos, hogy a lakók képzése, fejlesztése az intézményi szakemberek és az elérhető közösségi koordinátor kooperációjában, az ő vezetésükkel történjen. Elsősorban a mindennapi életben felmerült helyzeteket és nehézségeket áttekintve gyakoroltassák azok kezelésének és megoldásának lehetséges módjait és tevékenységeit. A mindennapokban az egyéni segítőikkel (kísérő támogató, esetfelelős, közösségi koordinátor, gondozó, a nappali ellátásban a terápiás segítő) kerüljön sor a napi feladatok gyakorlására, figyelembe véve, hogy a mentálisan sérült személyek az ismeretlen helyzetektől általában félnek, szoronganak.

Életviteli készségfejlesztés lehetséges területei és tartalma

Asszertivitás (önérvényesítés): A stigmatizáció és a diszkrimináció a mentális zavarok tekintetében súlyos plusz terheket okoz. Az asszertív kommunikáció tartós, sikeres használata által az egyén önértékelése nő, szorongás és stressz-szintje csökken. A gyakorlatok során a lakók elsajátítják a hatékony kommunikáció elemeit, megtanulják a konfliktuskezelést.

Jogi ismeretek: Az önálló élethez és a hivatalos ügyek intézéséhez nélkülözhetetlen jogi ismeretek. Korlátozó gondnokság és támogatott döntéshozatal.

Munkavállalási tréning: A munkavállalási tréning során a lakók megtanulják a munkavállalás feltételeit, a munkába állás menetét (jelentkezés, önéletrajz, állásinterjú).

Fontos a munkavállalói kompetenciák fejlesztése is, munkatapasztalat szerzés biztosítása védett körülmények között. (Ezzel kapcsolatban lásd a 15. fejezetet is.)

Számítástechnikai alapismeretek - Internet: Az információk elérésének módja, a hivatalos levelek, dokumentumok elkészítése. A számítástechnikai ismeretek elsajátítása, az Internet használata segíti a társadalmi integrációt, megelőzi az izolációt.

Életvezetési, ill. háztartásvezetési tréning: Napirend strukturálása, közlekedés, bevásárlás, pénzkezelés, főzés és egyéb háztartási ismeretek (pl. varrás, gépek kezelése). Egészséges életmód, közösségi és szabadidős programok.

Pszichoedukáció

A változás sikeres végrehajtásához fontos a pszichiátriai problémával élők edukálása. A pszichoedukáció általában a családok bevonásával történik, de az intézményből kikerülőknél is ugyanolyan fontos, hogy pszichoszociális fogyatékossgal élő önmaga is tisztában legyen betegségé természetével. A tapasztalatok alapján az érintettek nagyon keveset tudnak saját betegségükről.

A pszichoedukáció témái:

Legfőbb alapelv az empátia. Biztosítsuk a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt arról, hogy betegségének senki nem okozója, és adjunk lehetőséget a büntudat, az önvád, a tehetetlen düh és más negatív érzések ventilálására.

A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt:

Tájékoztassuk érthetően

- betegsége természetéről, okairól, lefolyásáról,
- az állapotát befolyásoló élethelyzetekről, eseményekről.

Tanítsuk meg

- a stressz kezelésére – alkalmazzuk a hatlépcsős problémamegoldó lapot,
- a korai tünetek felismerésére – erre kiemelt hangsúlyt kell fektetni,
- a segítségkérés gyakorlati lépéseire – a segítségkérést megkönnyíthetjük, ha írott formában kézbe adjuk a „korai figyelmeztető tünetek” nyomtatványt, és megkérjük, hogy tartsa mindig szem előtt. Készíthetünk számára apró, zsebben hordható könyvecskét, melyben a számára fontos személyek elérhetőségét tünteti fel.

Támogassuk asszertív képességeinek fejlesztésében.

(A pszichoedukációról lásd még 17.6. számú mellékletet.)

c) Stabilizálódás utáni időszak

A támogatott lakhatás keretében élők életviteli készségeinek fejlesztésére több lehetőség áll rendelkezésre, így:

- életviteli skillek fejlesztése, megerősítése az esetfelelőssel folyó egyéni esetviteli munka keretében,
- skill- fejlesztő tréningprogramok a nappali ellátás keretében,
- életviteli skillek fejlesztése, megerősítése önszertív csoport keretében.

A támogatott lakhatásban élők önszertív csoportprogramot hívhatnak életre felkért vagy közülük közösen választott facilitátor segítségével. A felkért facilitátor személye kapcsán elsősorban a tapasztalati szakértőket tartjuk olyan hiteles és hatékony facilitátornak, akit a résztvevők feltehetően jól el tudnak fogadni. Fontos feladat a facilitátorok felkészítése e speciális feladatra (lásd esetfelelős feladatkörét). Ilyen programot dolgozott ki a Kansas Egyetem²³ munkacsoportja felhasználók és tapasztalati szakértők bevonásával. A program szemléletében szorosán kapcsolódik a felépülés alapú megközelítéshez és a munkacsoport által képviselt „erőforrásokra építő” esetviteli munkához. A program strukturált szakasza 12 héten át heti két alkalommal 2 órás ülésekben zajlik. A csoport létszáma 6-15 fő. Tematikailag a program négy nagy modulra bomlik.

- Az első modul fő témája a felépülés és az ahhoz kapcsolódó tapasztalatok - részletesen foglalkoznak a remény tényezőjével, motivációval, a betegséggel kapcsolatos attitűddel. Kiemelten érintik a változás tényezőit, annak belső és külső forrásait.
- A következő nagy téma a célok és azok megvalósításának akadályai - rövid és hosszú távú célok, célélérés súlyozása, realisztikus elvárások. Ezek kapcsán áttekintik az élet jelentős területeit (lakókörnyezet, közösség, szabadidő, munka, egészség, személyes és intim kapcsolatok).
- A célok megvalósításának tervezése, közös megvitatása, akadályok feldolgozása, a társas támogatás szerepe.
- A személyes tapasztalatok, történetek megosztása, feedback és megerősítés.

A strukturált program rendszerint tovább él egy nyitott végű támogató csoportban.

²³ Ridgway, Priscilla et al.: Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self – Help Workbook
University of Kansas School of Social Welfare 2002., Davidson, Lori et al.: Pathways to Recovery: Group Facilitator's Guide -University of Kansas, School of Social Welfare 2007.

Javaslat:

- Az intézményi férőhely kiváltást megvalósító intézményeknek célszerű közösségi pszichiátriai koordinátorokat bevonni a folyamatba, hogy az ő segítségükkel történjen a lakók felkészítése a kiváltás megelőzően és a stabilizálódás időszakában.
- Az esetfelelősök felkészítő programjában megfelelő súlyt kapjon a lakók életviteli készségeit fejlesztő módszerek elsajátítása. Ezek között a nemzetközi jó gyakorlatok is kerüljenek bemutatásra.

Felhasznált irodalom:

Szöke Zsolt (2012) Az Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület ajánlásai a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának tervezéséhez – A lakók felkészítése

Elérhető az interneten: <http://szocialisportal.hu/web/szocialis-agazati-portal/ajanlasok>

12. Támogató környezet kialakítása

Móttó: *„Mi egy olyan közösség vagyunk, amelyben nekünk, közösségi tagoknak, szükségünk van egymásra, hogy közösen gondolkodjunk, tanuljunk, megoldandó feladatainkon dolgozzunk.”*

Az intézményi lét hosszabb- rövidebb időszaka alatt a pszichoszociális fogyatékossgal élők kapcsolatai jellemzően az intézményben jelenlévő, könnyen elérhető kapcsolatokra korlátozódtak. Családi kapcsolataik megszüntültek, esetleg teljesen megszűntek. Baráti kapcsolataik az évek alatt felszámolódtak. Más oldalról viszont a kiváltás miatt, vagy a támogatott lakhatás kialakítása miatt egy teljesen új közösségben kell, hogy befogadást nyerjenek. Az új környezetben a kutatások alapján viszont még megjelenésük előtt hátrányt szenvednek, mivel a pszichoszociális fogyatékossgot érintik talán a legmarkánsabb, legmélyebb előítéletek.

Célunk a támogató környezet – szélesebb horizonttal való – kiépítése. A környezet fogalma jelen esetben nem csupán az aktuális befogadó(?) közeget érinti, hanem a családtagok, még mozgósítható régi kapcsolatok felkutatását és újra bevonását is a pszichoszociális fogyatékossgal élő életébe. Fontos a befogadó környezettel a célcsoport megismertetése, az ismeretlentől való félelem, ill. a stigmatizációval kapcsolatos dogmák leküzdése.

a) Régi kapcsolatok felélesztése, működtetése

A családi kapcsolatok feltérképezése ebben a speciális helyzetben is igen fontos, hiszen a társadalmiasodás és az intézményesülés folyamata ellenére a primer szociális hálók továbbra is központi jelentőséggel bírnak az emberek életében, együttélésében. Ezek a hálózatok életciklustól és szociális helyzettől függően változnak, eltérő hangsúlyt kaphatnak, de minden esetben ezek biztosítják az egyén elsődleges integrációját.²⁴

Ahhoz, hogy a kapcsolathálózatot a pszichoszociális fogyatékossgal élő és a hozzátartozók elvárásainak megfelelően értékeljük, és megfelelő módon vonjuk be őket újra a lakók életébe, célszerű a kapcsolathálózati kártyákat elkészíteni és azokat elemezni az esetfelelőssel (Lásd a kapcsolati kártyákat a 17.5. számú mellékletben). Ez választ ad a kapcsolat valóságára, intenzitására, az elvárásokra. Első körben az elutasítás is gyakori lehet. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy pszichoszociális fogyatékossgal élők családjában jellemzően sok a konfliktus, megfigyelhető a családok elmagányosodása. A betegség diagnosztizálásának korai szakaszában a pszichiátriai gondozók munkájába a támogató hozzátartozókkal történő szociális munka régen sem

²⁴ Udvari Kerstin Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. Esély 2011/5 100-116.o.

fért bele. Így a hozzátartozók magukra maradtak büntudatukkal, meg nem válaszolt kérdéseikkel. A pszichoedukáció egy esélyt adhat a helyzet megváltoztatására.

b) Társadalmi és a befogadó környezet alakítása

A közösségi gondozás és közösségi pszichiátria nem csupán a közösségben, hanem a közösséggel is folyó munka, melynek célja a közösség változásának előmozdítása is. Egyfajta *stigmaellenes szociális marketing* révén közismertté tehető, hogy a pszichiátriai betegségekből is létezik talpraállás, és a környezet hozzáállása a pszichiátriai betegek esélyeit jelentősen befolyásolja. A pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek környezete jó ha tudomást szerez arról, hogy a pszichiátriai diagnózissal élők igen komoly része képes dolgozni, közösségük hasznos tagjai lehetnek, és munkavégzésük visszahat az állapotukra is.

Pszichoszociális rehabilitáció alatt azt a folyamatot értjük, amely a pszichiátriai betegség következményeként károsodott személy állapotjavítására irányul, annak érdekében, hogy a közösségben való részvétel optimális szintjét elérje. A folyamat magában foglalja a személy készségfejlesztését és a környezeti változásokat egyaránt.²⁵

A **pszichiátria rehabilitációban** sok esetben nem csupán a betegség okozta elsődleges hátrányok (pozitív és negatív tünetek) okoznak problémát, hanem az olyan egyéb hátrányok is, mint a társadalmi, környezeti stigmatizáció, továbbá az iskolázatlanság, szakképzettség hiánya, szociális izoláltság, amelyeket szintén fontos korrigálni. Ezekhez járulhatnak még a tartós kórházi kezelés okozta ún. „hospitalizációs” ártalmak, mint önállótlanág, döntésképtelenség, életvezetési nehézségek. Ez utóbbiak leküzdésében segíthetnek a különféle szocioterápiás módszerek és a rehabilitáció pszichoszociális eszközei (edukáció, tanácsadás, képviselet, stb.).²⁶

A közösségi pszichiátria az egyik legjobb útja a mentális betegségekkel kapcsolatos előítéletek csökkentésének. A közösségi pszichiátria és a felépülést, változást célzó fejlesztő programok igyekeznek elkerülni a kirekesztettség minden formáját és alapvető céljuk a betegséggel élők közösségi integrációjának fenntartása, elérése.

Minden országban léteznek mentálisan sérültekkel foglalkozó stigmatizáció ellenes, anti-stigma kampányok. Magyarországon az Ébredések Alapítvány, a Moravcsik Alapítvány és a Szigony Alapítvány nagy figyelmet szentel stigmatizáció ellenes kampányaival ennek az érzékeny témának.

c) A közösségi kapcsolati háló erősítése

Az identitás alakulása során minden korban nagy szerepe volt a más környezetben, más kultúrában szerzett tapasztalatoknak: ezek segítik a közösségi érzés megerősödését, az önreflektivitás fejlődését, új készségek, képességek tanulását, a mások iránti türelmes, elfogadó magatartás kialakítását. Ezt a célt jól szolgálhatja a helyi lakosság és az „új lakók” számára olyan közösségi események megszervezése, ahol a fő tevékenységek a következők lehetnek:

- Sport- és mozgás foglalkozások: A sport egyfelől a saját készségek, képességek fejlesztésének kiváló terepe, másfelől fontos és természetes örömforrás. A hagyományos csapatjátékokon túl – ahol a társas együttműködés készségei javulnak – a közös sportolás során egymással is megismerkednek a résztvevők. A mozgás-foglalkozások az identitás testi komponensének, alapjának megismerését szolgálják: lényegében a mozgás a rá adott reflexiókkal egészül ki.
- Hagyományos mesterségek megismerése: Ezek a tevékenységek egyfelől megadják az alkotóképességet, a kompetencia megtapasztalását, másfelől szocializálnak a kétféle munkára. Az új készségek tanulása javíthatja az önértékelést, segítheti a közös reális jövőkép kialakítását.

²⁵ World Health Organization: Psycho-social Rehabilitation – A Consensus Statement. 1996, WHO, Geneva

²⁶ Kelemen G. - Csákiné Király L.: Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása. 2004, Budapest, Nemzeti Család- és szociálpolitikai Intézet 49-65. oldal

- A hagyományosabb (pl. falusi) közösségek életének megismerése, a közösségi életforma és a természethez közelebbi életmód megtapasztalása: Fontos lehet az ökológiai tudatosság, mint a felelősség egy formájának gyakorlása, és annak megmutatása is, hogy a hagyományos életformának milyen előnyei vannak ezen a téren. Ezt élmények útján, nem pedig előadások révén ismertetjük meg (pl. a környezetben termő növények közös munkával történő felhasználása, vályogtéglák készítése, közös kemence építése). Emellett az állatokkal kialakított kapcsolat a lakók számára különösen fontos, mert gyakorolhatják a gondoskodást, s kialakíthatnak számukra fontos kötődéseket.

d) A kiváltás kapcsán megszólítandó célcsoportok

Szomszédok, lakóközösség (pl. társasház):

Fontos a szomszédokra való fókuszálás, a személyes megkeresés, beszélgetés kezdeményezése, intézményi nyílt napra invitálás. Fel kell őket világosítani arról, hogy a szakemberek a támogatott lakhatásban résztvevő pszichoszociális fogyatékosággal élő emberek mellett maradnak a szükséges mértékig és odafigyelnek a lakóközösségbe integrálódás kapcsán felmerülő nehézségekre és kötelezettségeik teljesítésére is. Hasznos lehet, ha a háziorvosok is segítséget vállalnak a közvetlen szomszédok, ill. az érdeklődő lakosság felvilágosításában (a félelmek nem reálisak, kicsi a veszély).

Önkormányzat, hivatal:

A kiváltás kapcsán a települési polgármesterek folyamatos tájékoztatása és a velük való együttműködés a kiváltást megvalósító menedzsmenst (intézményvezető, fenntartó, szakmai vezető, projektmenedzser) fontos feladata. A polgármesteri hivatallal lehet közösen lakossági tájékoztatókat szervezni, és lehetőséget biztosítani a lakosság körében felmerülő kérdések tisztázására. A szociális és kulturális szolgáltatókkal való együttműködés formáinak és programjainak kialakításához is szükség van a részükről való el- és befogadásra.

Civil szervezetek: Facilitáló szerepük a közösségi részvételben elengedhetetlen.

Helyi média: Cél, hogy pozitív képet adjanak a támogatott lakhatásról. Segítségükkel lehet szélesebb körben bemutatni, hogy a közösségbe integrált támogatott lakhatás előremutató, és hogy a pszichoszociális fogyatékosággal élő emberek hasonlóképpen élnek, mint bárki más. Felépített stratégiát kíván a közösségi média használata.

A lakosság tájékoztatására készüljenek szakmailag megalapozott, ugyanakkor jól érthető, igényes, a hétköznapi ember számára értékes tartalommal bíró kiadványok, prospektusok. A hívószavak minden esetben azon fogalmak köré épüljenek, amelyek a célcsoport számára fontosak, pl. a biztonság emelhető ki. Törekedni kell arra, hogy az ismeretek a lehető legszélesebb körbe jussanak el. Szervezhetőek továbbá előadások, tájékoztató és saját élményt nyújtó programok is.

Javaslat:

- Az esetfelelősök, a közösségi és a nappali ellátást végzők a vállaljanak feladatot a támogató környezet, kapcsolati háló fejlesztésében.
- A kiváltáshoz kapcsolódóan központilag összeállított tájékoztató anyagok, kiadványok biztosítására van szükség.

Felhasznált irodalom:

Kelemen G - Csákiné Király L (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása. Budapest, Nemzeti Család- és szociálpolitikai Intézet 49-65.

Thornicroft, G – Szmukler, G (2001): Textbook of Community Psychiatry. Oxford, Oxford University Press

Udvari Kerstin Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. Esély 2011/5 100-116.o.

13. Cselekvőképesség és gondnoksági rendszer

Az ENSZ Egyezmény²⁷ 12. cikke a részes államok számára, a törvény előtti egyenlőségről az alábbiakat rögzíti:

1. A részes államok újlag megerősítik, hogy a fogyatékossgal élő személyeknek joguk van ahhoz, hogy a törvény előtt mindenhol személyként ismerjék el őket.
2. A részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyeket az élet minden területén másokkal azonos alapon megilleti a jog-, illetőleg cselekvőképesség.
3. A részes államok meghozzák a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek cselekvőképességének gyakorlásához esetlegesen szükséges segítség hozzáférhetővé váljon.
4. A részes államok biztosítják, hogy a cselekvőképesség gyakorlására vonatkozó valamennyi intézkedés, a nemzetközi emberi joggal összhangban, megfelelő és hatékony biztosítékokat tartalmaz a visszaélések megelőzésére. Az ilyen biztosítékok garantálják, hogy a cselekvőképesség gyakorlására vonatkozó intézkedések tiszteletben tartják a személy jogait, akaratát és választásait, összeférhetetlenségtől és indokolatlan befolyástól mentesek, arányosak és a személy körülményeire szabottak, a lehető legrövidebb időre vonatkoznak, továbbá hogy a hatáskörrel rendelkező, független és pártatlan hatóság vagy igazságügyi szerv rendszeresen felülvizsgálja azokat. A biztosítékok azzal arányosak, amilyen mértékben az adott intézkedések érintik a személy jogait és érdekeit.
5. E cikk rendelkezéseire figyelemmel a részes államok minden megfelelő és hatékony intézkedést megtesznek a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogának biztosítására a tulajdonhoz való joghoz és az örökléshez való joghoz, saját pénzügyeik ellenőrzéséhez, továbbá bankkölcsönhöz, jelzáloghoz és más pénzügyi hitelhez való egyenlő hozzáféréshez, illetve biztosítják, hogy a fogyatékossgal élő személyeket önkényesen ne foszthassák meg vagyonuktól.

Magyarországon az új Polgári Törvénykönyv 2014. március 15-én lépett hatályba, amely szabályozta a gondnokság alá helyezési eljárást és a gondnokság formáit.²⁸

Részlegesen korlátozó gondnokság:

Ptk. 2:19. § (2) bekezdése úgy fogalmaz: „A bíróság cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan vagy időszakonként visszatérően nagymértékben csökkent, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - meghatározott ügycsoportban gondnokság alá helyezése indokolt.”

Ptk. 2:19. § (5) bekezdése: „A cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy minden olyan ügyben önállóan tehet érvényes jognyilatkozatot, amely nem tartozik abba az ügycsoportba, amelyben cselekvőképességét a bíróság korlátozta.”

Ptk. 2:20. § (1) bekezdése: „A cselekvőképességében részlegesen korlátozott személynek a bíróság ítéletében meghatározott ügycsoportokra vonatkozó jognyilatkozatának érvényességéhez gondnokának hozzájárulása szükséges. Ha a cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy cselekvőképessé válik, maga dönt függő jognyilatkozatának érvényességéről.”

²⁷ 2007. évben Magyarország a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezményt ratifikálta. 2007. évi XCII. törvény, Kihirdetve: 2007. VII. 6.

²⁸ 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről Második Könyv Második Rész V. Cím: A nagykorú cselekvőképességének korlátozása.

Teljesen korlátozó gondnokság:

Ptk. 2:21. § (1) bekezdése: „Cselekvőképtelen az a nagykorú, akit a bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá helyezett.

(2) A bíróság cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá azt a nagykorút helyezi, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében - tartósan, teljeskörűen hiányzik, és emiatt - egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel - gondnokság alá helyezése indokolt.

(3) A bíróság a cselekvőképességet abban az esetben korlátozhatja teljesen, ha az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő módon vagy a cselekvőképesség részleges korlátozásával nem biztosítható.”

2013. évi CLXXVII. törvény²⁹ 5. § (1) bekezdése: „A Ptk. hatálybalépésekor cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt álló nagykorú személyre a Ptk. cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alatt álló nagykorú személyre vonatkozó rendelkezéseit kell alkalmazni.”

Támogatott döntéshozatal:³⁰

Ptk. 2:38. § (1) bekezdése: „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.

(2) Ha a cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezési perben a bíróság úgy ítéli meg, hogy a cselekvőképesség részleges korlátozása sem indokolt, de az érintett személy meghatározott ügyei intézésében belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szorul, a gondnokság alá helyezés iránti keresetet elutasítja, és határozatát közli a gyámhatósággal. A támogatót a bíróság határozata alapján az érintettel egyetértésben a gyámhatóság rendeli ki.

(3) A támogató kirendelése a nagykorú cselekvőképességét nem érinti.”

A támogató feladata:

2013. évi CLV. törvény³¹ 4. § (1) bekezdése: „A támogató, ha a támogatott döntéshozatal általános jelleggel vagy az adott ügycsoportra tekintettel fennáll, a támogatott személy kérésére

- a) a közigazgatási hatósági eljárás általános szabályairól szóló törvényben, a polgári perrendtartásról szóló törvényben és a büntetőeljárásról szóló törvényben meghatározottak szerint jelen van azoknál a közigazgatási, polgári és büntetőeljárás cselekményeknél, amelyekben a támogatott személy érintett,
- b) az eljárási cselekmény rendjét meg nem zavaró módon a támogatott személlyel egyeztet,
- c) a támogatott személy jognyilatkozatának megtételekor jelen van,
- d) tanácsaival, a támogatott személy számára szükséges tájékoztatás megadásával a támogatott személy jognyilatkozatának megtételét elősegíti, és
- e) a támogatott személy döntésének meghozatalához segítséget nyújt, valamint a döntése meghozatalában személyes jelenlétével közreműködik.

(2) A támogató a támogatott személy kérésére vagy a gyámhatóság felhívására írásba foglalja, hogy miben segítette a támogatott személyt és milyen tanáccsal látta el.

²⁹ 2013. évi CLXXVII. törvény a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatálybalépésével összefüggő átmeneti és felhatalmazó rendelkezésekről.

³⁰ A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény Második Könyv Második Rész IX. Címe szerinti cselekvőképességet nem érintő, az érintett személy önrendelkezését és jogainak védelmét szolgáló jogintézmény.

³¹ 2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról. A törvényt az Országgyűlés a 2013. október 7-i ülésnapján fogadta el.

(3) A támogató a kirendeléséről szóló gyámhatósági határozattal vagy a gyámhatóság által számára e célra kiadott tanúsítvánnyal igazolja, hogy a támogatott személy vonatkozásában támogatói feladatokat lát el.”

Előzetes jognyilatkozat:

Ptk. 2:39. § (1) bekezdése: „Nagykorú cselekvőképes személy cselekvőképességének jövőbeli részleges vagy teljes korlátozása esetére közokiratban, ügyvéd által ellenjegyzett magánokiratban vagy gyámhatóság előtt személyesen előzetes jognyilatkozatot tehet.

(2) A nyilatkozatot tevő személy az előzetes jognyilatkozatban

- a) megnevezheti azt az egy vagy több személyt, akit gondnokául rendelni javasol;
- b) kizárhat egy vagy több személyt a gondnokok köréből; és
- c) meghatározhatja, hogy egyes személyes és vagyoni ügyeiben a gondnok milyen módon járjon el.”

Cselekvőképesség a nagy létszámú bentlakásos pszichiátriai intézményekben:

A nagy létszámú bentlakásos pszichiátriai intézményekben lakók döntő többsége cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll. A támogatott lakhatási formában ezért kiemelten szükséges az önérvényesítés, érdekérvényesítés erősítése.

A gondnokság alá helyezés felülvizsgálata során figyelembe kell venni, hogy a fogyatékossgal élő személyeket megilleti a jog-, illetve cselekvőképesség. Öröndetes, hogy az intézmények több lakónál már sikeresen jártak el a kizáró/teljesen korlátozó gondnokság megszüntetésében.

Sok lakónak hivatásos gondnoka van, ezért a támogatott lakhatási formákban, a jövőben az illetékes gyámhivatalokkal erősíteni kell az együttműködést.

Javaslat:

- A támogatott lakhatás célja az önálló életvitel megvalósulása, ugyanakkor a bíróság által kizáró/teljesen korlátozó gondnokság alá helyezett személy önállóan nem tehet érvényes jognyilatkozatot, nevében gondnoka jár el.

A kiváltás során, ill. azt követően – figyelembe véve a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek autonómiájának, önrendelkezésének növelésére irányuló fejlesztő folyamatot – kezdeményezni szükséges a jelenleg kizáró/teljesen korlátozó gondnokság alatt álló személyek felülvizsgálatát **a részlegesen korlátozó gondnokság és a támogatott döntéshozatal irányába**. A bíróságok vizsgálják felül a gondnokság alatt lévők cselekvőképességét. Magyarország ily módon tegyen eleget az általa vállalt nemzetközi emberi jogi kötelezettségeinek.

- A fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló, 2011-2041. évre kidolgozott stratégiai program³² V.1. Alapelvek fejezete megállapítja: „A **támogatott döntéshozatal elvének** az élet minden területén érvényesülnie kell.” A támogatott döntéshozatal elve a helyettes döntéshozattal szemben a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy saját döntéshozatalának segítségét jelenti, amely a saját akaratát fejezi ki.

Fontos a döntéshozatali támogatási folyamatba a lakók meglévő, jól működő természetes támaszait bevonni. A támogató olyan személy lehessen, akiben a támogatandó személy megbízik, legyen ez elsősorban a támogatandó személy döntése.

Felhasznált irodalom: Kastélykiváltás Berzencén (2012) Megvalósíthatósági tanulmány, Somogy Megyei Szeretet Szociális Otthon Pszichiátriai Részlege Berzence. Döntéshozatali képesség 15-16. o.

³² A Kormány 1257/2011. (VII.21.) Korm. határozata a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról. V. Az intézményi férőhely kiváltás végrehajtásának alapelvei és céljai 14. oldal.

14. Személyes ombudsman - egy új modell

A személyes ombudsman (Personal Ombudsman) rendszer Svédországból ered és alapvetően az esetenedzsmet gyakorlatát és a támogatott döntéshozatal elvét ötvözi pszichiátriai diagnózissal élők esetében. Az elnevezés eredetileg svéd nyelven „személyi ügynököt” jelent, ami reflektál a modell tartalmára, amennyiben az a pszichoszociális fogyatékossgal élő döntéseit állítja a központba, ellentétben a pszichoszociális területen általános medikális (orvos/ápoló vs. beteg) vagy a szociális területen szokásos megközelítéssel. A szolgáltatás Svédország egész területén elérhető, ám Skane régióban egy teljes egészében pszichiátriai használók által vezetett szervezet működteti, így ez alapvetően befolyásolja azt, milyen elvek és filozófia mentén dolgoznak a személyes ombudsmanok.

A szolgáltatás történeti háttere

A svéd pszichiátriai reformok eredményeképpen jelentős számú krónikus pszichiátriai ágyat számoltak fel az 1990-es évek közepére, és ennek következményeként jelentkezett a közösségben élő pszichiátriai ellátottak igénye kísérésre, közösségi életben való részvételre. A személyes ombudsman szolgáltatások létrehozásának közvetlen előzménye, hogy sok pszichiátriai diagnózissal élő került ki úgy a közösségbe, hogy ott csak kevés aktív kapcsolata volt másokkal, ügyeinek intézésével, mindennapi életének szervezésével, problémáival egyedül maradt. Szükségeikre nem voltak megfelelőek a már meglévő szolgáltatások, hiszen nem elsősorban pszichiátriai vagy pszichológiai szaktanácsadásra vagy a gyógyszerelésben való tanácsadásra volt szükségük, hanem általános segítségre sokféle ügy vagy probléma kezelésében. A személyes ombudsman modell olyan támogatást jelent, ami több mint egy egyszerű kísérés vagy asszisztencia, és egyértelműen nem egészségügyi jellegű. A személyes ombudsmanok nem egészségügyi dolgozók, sőt semmiféle kapcsolódásuk nem lehet a pszichiátriai ellátórendszerhez.

Alapelvek

A személyes ombudsman szolgáltatás alapelvei rendkívül újszerűek, és csak nehezen kategorizálhatók a hagyományos ellátórendszerek által felállított keretek között. A szolgáltatás több eleme teljesen új megközelítést kíván a segítő szakmában dolgozóktól, szociális szervezőktől. A főbb alapelvek a következők:

- Egy személyes ombudsmannek nem úgy kell segíteni a pszichoszociális fogyatékossgal élő, ahogyan azt más területeken tennék (a megadott lehetőségekből választva megadni neki egy, a rendszer által adható segítségi választ), hanem teljes egészében azt kell tennie, amit a pszichoszociális fogyatékossgal élő ember kér tőle. Tehát nem a szolgáltatásnyújtó szervezet utasításait, hanem a kliense igényeit követi, az ő kéréseit teljesíti.
- Mivel időbe telik, amíg a klienssel kialakul egy olyan bizalmi viszony, amelyben a személyes ombudsman felé megnyílik, ezért a legtöbb idő a bizalom megteremtésére megy el: akár hetekbe telhet, számos találkozóba kerülhet, mire a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy elmondja, miben kér segítséget.
- A személyes ombudsman éppen ezért hosszú távra köteleződik el egy-egy kliense mellett, akár több évre is. Kivételes és kerülendő, hogy egy pszichoszociális fogyatékossgal élő személy az egyik személyes ombudsmantól egy másikhoz kerüljön.
- Mivel a legtöbb pszichiátriai ellátott (vagy volt ellátott) bizalmatlan, tartózkodó vagy rejtőzködő idegenekkel, és főleg az állami rendszerrel szemben, ezért a személyes ombudsman maga kutatja fel a pszichoszociális fogyatékossgal élő embereket. Ez történhet már meglévő klienseken, önsegítő csoportokon vagy más formális/informális szerveződésekön keresztül, de akár nyilvános tereken is, pl. parkokban, kávézóban, ahol esetleg láthatóan bajban lévő emberek vannak. Esetenként rövid ismertető, szórólapon is kikerülhetnek köztterekre, amin keresztül a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek megtudhatják a személyes ombudsman elérhetőségét.

- Nincs hivatalos ügyintézés, nem kell űrlapokat kitölteni vagy személyazonosságot megadni ahhoz, hogy valaki egy személyes ombudsman segítségét megkapja. Ennek oka ismét csak az, hogy sok pszichiátriai ellátott (vagy volt ellátott) rendkívül bizalmatlan az egészségügyi és szociális szolgáltató-rendszerekkel szemben, ezért inkább választják a rendszeren kívüliséget, a segítségkérés elmulasztását, mintsem hogy esélyt adjanak arra, hogy ismét a kényszergyógykezelés vagy más intézkedés áldozatává váljanak. A hivatalos megállapodás mindössze úgy köttetik meg, hogy a személyes ombudsman, miután elmagyarázta, hogy hogyan működik a szolgáltatás, megkérdezi a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt: „Szeretné, hogy a személyes ombudsmanja legyek?” Amennyiben a válasz igen, úgy az máris megállapodásnak tekinthető.

Ennél részletesebb megállapodás is köthető, amely azonban ismét kerüli a szociális vagy egészségügyi rendszerre érvényes szabályokat: egy egyszerű, a személyes ombudsman és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy által együtt írt, tetszőleges hosszúságú megállapodás köthető, ez lehet néhány sor vagy akár több oldal. Ebben a pszichoszociális fogyatékossgal élő és a személyes ombudsman rögzítik azokat a szabályokat, amelyeket be kell tartani, pl. a megállapodás időtartamát. Ez a megállapodás azonban nem kerül a szolgáltató szervezethez, hanem kliensnél marad. Amikor kapcsolatuk véget ér, ezt a megállapodást közösen megsemmisítik (pl. elégetik). A tapasztalatok szerint ez a fajta erősen védett identitása a pszichoszociális fogyatékossgal élő embereknek alapvetően meghatározó abban, hogy bízzanak a személyes ombudsmanban. Az első személyes ombudsman-kliens találkozótól a megállapodás megkötéséig akár több hét vagy hónap is eltelhet.

- Egy személyes ombudsmannak maximum 10-12 kliense lehet, a tapasztalat szerint az időkeret miatt több nem vállalható.
- A személyes ombudsman 24/7-es rendszerben dolgozik, azaz nincs kötött munkaideje, mert a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek problémái nem feltétlenül munkaidőben jelentkeznek, a segítségkérés érkezhethétvégén vagy éjjel is. A személyes ombudsmannak tehát vállalnia kell, hogy bármikor a kliense rendelkezésére áll. Tapasztalat szerint a kliensek szinte sosem élnek ezzel vissza, azaz nem „használják” aránytalanul a személyes ombudsmanjukat, a megkeresések, kontaktigények mögött valódi problémák állnak. Egy személyes ombudsman heti 40 órát dolgozhat, igény szerint. Amikor ezt nem tudja kitölteni (nem érkezik klienseitől igény), akkor kliens-felkutatással foglalkozik.
- A tipikus kliensigények sokfélék: ügyintézés hivatalokban, önkormányzatnál, bevásárlás, de nagyon sokszor teljesen személyes problémák átbeszéléséről van szó, pl. szexuális problémák, „miért történik ez velem?”-típusú kérdések átbeszélése, a kliens és családja közti konfliktusok megoldása. A személyes ombudsman mindig és bármilyen helyzetben a pszichoszociális fogyatékossgal élő oldalán áll, és azt teszi, amit ő kér tőle.
- A személyes ombudsmannak jogában áll megtagadni az olyan segítségnyújtást, amely a svéd törvények szerint szabálysértő vagy bűncselekménynek számít, esetleg ütközik a személyes ombudsman saját világnézetével. Ezt alaposan átbeszélnek a klienssel és közösen próbálnak megoldást keresni, pl. más segítséget találni, vagy megérteni miért akarja a kliens azt, amit akar és arra milyen más megoldások lehetségesek.
- A személyes ombudsmannak nincs irodája, hivatali helyisége, hanem a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy által kívánt helyen találkoznak, pl. a kliens lakásában, egy kávézóban, parkban, köztéren stb. Ennek az alapelvnek ismét az a célja, hogy kerülje a hivatali hierarchia meghatározta hatalmi viszony kialakítását. Egy személyes ombudsman tehát nem az íróasztal mögül és nem fehér köpenyben, hanem a kliense mellett és az ő kéréseinek megfelelően segít.
- A személyes ombudsman semmiféle nevesített nyilvántartást nem vezet a kliensekről. A személyes ombudsman szolgáltatásvezetője egy online rendszeren (ahol anonimizált néven szerepelnek a kliensek) és team üléseken keresztül követi a személyes ombudsmanok munkáját

és munkaóráit. Tapasztalat szerint nem történik visszaélés a személyes ombudsmanok részéről, a szolgáltatásvezető ilyen adminisztrációs körülmények között is, tartalmi adatok alapján képes kiszűrni a hamisan elszámolt munkaórákat (ami, a több mint tízéves tapasztalat alapján szinte nem létezően ritka).

- A személyes ombudsmanok változatos foglalkozási háttérrel bírnak: van köztük szociális segítő, tanár, jogász. A felvétel nincs formális végzettséghez kötve, ugyanakkor a személyes ombudsmanok rekrutációja rendkívül erős, aktív személyes ombudsmanok és pszichiátriai felhasználók is részt vesznek benne. Egy új személyes ombudsman nem megy át formális tréningen, képzésen, hanem „betanul”, illetve mentorálást kap a már dolgozó személyes ombudsmantól.

2010-ben Svédországban összesen kb. 330 Personal Ombudsman dolgozott, kb. 6000 klienst segítve. A Personal Ombudsman rendszer költséghatékonysági felmérések szerint bizonyíthatóan sokkal több pénzt spórol meg a svéd államnak, mint amennyibe kerül: egy kliens egy öt éves időszak alatt – számítások szerint – kb. 80.000 EUR költségmegtakarítást jelentett ebben a rendszerben a kevesebb kényszergyógykezelés, kevesebb bírósági ügy, kevesebb rendőri vagy egyéb intézkedés eredményeként.

A személyes ombudsman modell leginnovatívabb eleme, a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy döntéseinek totális tisztelete akkor vált fontossá, amikor az ENSZ Egyezmény 12. cikkelye a 2000-es évek végén bevezette a támogatott döntéshozatalt, mint a gondnoksági rendszer alternatíváját. A hagyományos gondnoksági rendszer (helyettes döntéshozatal) helyett működtetendő támogatott döntéshozatal ma a világon a gyakorlatban szinte csak a Personal Ombudsman rendszerben érhető tetten, így jelenleg az az egyik legjobb alap egy új támogatott döntéshozatali modell kidolgozásához.

Javaslat:

Magyarországon is hasznos lenne a Personal Ombudsman rendszer működtetése, ezért egy pilot program elindítását javasoljuk, lehetőleg országosan két helyen (egy nagyvárosi/budapesti és egy vidéki, kistélepülési helyszínen). A pilot program tartalma a következő lehet:

- Projekt-team felállítása: FSZK csapata külső munkatársakkal és pszichiátriai felhasználókkal kiegészítve együtt lehet erre képes.
- Az EMMI és közigazgatásért felelős minisztérium munkatársaiból álló munkacsoport felállítása, akik követik a pilot kidolgozását a kezdetektől, ill. a program végén nekik kell majd értékelni a program eredményeit.
- Egy rövid tanulmányút a Personal Ombudsman Skane szervezethez: a szolgáltatás megismerése, adminisztrációs és pénzügyi információk megszerzése, személyes interjúk a Personal Ombudsmanokkal. Megállapodást célszerű kötni Personal Ombudsman Skane-vel, hogy a program során ők követhetik az induló szolgáltatásokat.
- 2 hazai helyszín kiválasztása, ahol a személyes ombudsman projekt legalább 2 évig futhat. Javasoljuk legalább egyik helyszíneként az intézményi férőhely kiváltást megvalósító egyik (Berzence vagy Szentés) intézmény településeit választani.
- A 2 éves program követése, rendszeres találkozókkal a PO Skane-vel (ideutazás, közös munkacsoport, PO-k találkozó): az ő bevonásuk és „shadowing”-jük biztosíthatja, hogy a hazai program az eredeti elképzelésekhez hűen legyen adaptálható.
- A hazai pilot program vezetésében rendkívül fontos a pszichiátriai felhasználók vezető szerepe, ezt mind az FSZK-nak, mind a teljes csapatnak tiszteletben kell tartania, és biztosítania kell, hogy a vezető szerep ne csak szimbolikus legyen, hanem valódi beleszólást biztosítson, összhangban a PO Skane modelljével és az ENSZ Egyezménnyel is.

- A költségelemzés biztosítása érdekében kezdettől fogva úgy kell működtetni a pilot programot, hogy az elemezhető költségeket adjon, ezért a szociális igazgatásban jártas közgazdász bevonása is fontos a programba.
- A második év végére az FSZK-nak elő kell készítenie a programok folytatásához szükséges anyagi fedezet jelenlétét az állami költségvetésben, akár csak (a 2 pilot helyszínen túli) további helyszíneken, akár országosan. Az erre szóló javaslatot a minisztériumi munkacsoport (lásd fent) együttműködésével és segítségével kell eljuttatni az illetékes vezetőkhez.

Megjegyzés:

A munkacsoport több tagja úgy vélte, hogy a Personal Ombudsman modell nem kapcsolódik közvetlenül az "Intézményi férőhely kiváltás a támogatott lakhatás keretei között - új életvezetési modell" munkaanyaghoz és kivitelezési javaslatokhoz. Javaslatuk az volt, hogy a PO modell leírása és bemutatása az anyag Mellékletében kapjon helyet.

15. Foglalkoztatás, munkavállalás elősegítése

A pszichiátriai diagnózissal élők esetében a foglalkoztatás kérdése éppoly fontos, mint a népesség többi része számára. Amiért mégis speciális a jelentősége, az annak tulajdonítható – a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek által megfogalmazott vélemény szerint –, hogy a munkahely nem csupán anyagi bevétel szempontjából fontos számukra, hanem szocializációs szintérenként is, a felépülés modellbe illeszkedve.

Az ENSZ Egyezmény 27. Munkavállalás és foglalkoztatás cikke részletesen deklarálja a fogyatékossgal élő személyek munkavállaláshoz fűződő jogait. 2010-ben a Lisszaboni szerződést megújítva elfogadták Európa 2020 stratégiáját, ezzel párhuzamosan az Európai Fogyatékossgügyi Stratégia 2010-2020 című dokumentumot. A stratégia átfogó célkitűzése, hogy erősítsék a fogyatékossgal élők pozícióját annak érdekében, hogy teljes mértékben élhessenek jogaikkal, és teljes körűen részt vehessenek a társadalomban és az európai gazdaságban. Az akadályok megszüntetése érdekében a stratégia 8 területet jelölt ki, amelyből az egyik a foglalkoztatás.

A 2011-ben készült KSH felmérés³³ szerint a megváltozott munkaképességű emberek a munkaerőpiacon erősen alulreprezentáltak. „Aktivitási arányuk 24,1%-ot ért el, amíg a változatlan munkaképességűeké 67,8%-ot, foglalkoztatási arányuk 18,1%, munkanélküliségi rátájuk pedig 24,9% volt, szemben a változatlan munkaképességűeket jellemző 60,8%-os, illetve és 10,2%-os értékkel.”

A TÁRKI közreműködésével végzett adatfelvétel szerint „a megváltozott munkaképességű emberek csoportjában a mentális és viselkedészavarral élők aránya 28,2%, azaz majdnem minden harmadik megváltozott munkaképességű embert érint.”³⁴

A pszichoszociális fogyatékossgal élők munkaerő-piaci jellemzői és szükségletei

Az NCSSZI TÁMOP-5.4.1-12 kiemelt projekt projektében országos reprezentatív tanulmány készült a pszichiátriai gondozottak körében, amely kitért munkaerőpiaci státuszukra is. A felmérés során az országban található 132 pszichiátriai gondozóból 108-at kerestek fel, és 2019 beteginterjúkat készítettek.

A válaszadók nem és kor szerinti megoszlásával kapcsolatban elmondható, hogy a nők felülreprezentáltak (63%), a középkorúak (40 és 59 év közöttiek) aránya 57% volt. Magas az

³³ Központi Statisztikai Hivatal 2012. május, Megváltozott munkaképességűek a munkaerő-piacon 2011, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf>

³⁴ Nagy Zita É., Bari D., Borza B., Forrai E., Pakot Á., Prókai O., Sörös A., Szabó N., Szerepi A. (2014): Helyzetfeltárás az „Átvezetés módszertanához” http://fszk.hu/wpcontent/uploads/helyzetfeltaras_REVITA.pdf, 87.o.

alulképzettek száma, hiszen a 8 általános, vagy annál kevesebb osztállyal rendelkezők aránya eléri a 35%-ot. „Az elért gondozottak körében igen magas az inaktív aránya: 54% a rokkantnyugdíjas, további 16%-uk öregségi nyugdíjas, 2%-uk egyéb inaktív. A teljes vagy részmunkaidőben dolgozók aránya a lekérdezettek körében 15%. A gondozottak további 7%-a van jelen a munkaerőpiacon olyan atipikus foglalkoztatási formák keretében, mint a szociális foglalkoztatás, közmunka vagy alkalmi munka.”³⁵

A pszichoszociális fogyatékossgal élők szükségletei a munkavállalás szempontjából eltérőek a megváltozott munkaképességű személyek egyéb csoportjaihoz képest. Egyik alapvető különbség, hogy állapotuk változékony, ezért nehéz felmérni képességeiket, illetve az állapotuk változásával együtt járó lehetséges kockázatokat.

A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó egyedi szükségletek a foglalkozási rehabilitáció szempontjából:

Speciális jellemző	A jellemzőből adódó szükséglet
Stigmatizáltság	<ul style="list-style-type: none"> A sztereotípiák és az előítéletek csökkentése: „Ennél a célcsoportnál az akadálymentesítés lényege a stigma-csökkentés. Erre külön kell figyelni.”³⁶
Izoláció	<ul style="list-style-type: none"> Annak elérése és támogatása, hogy az érintett kimozduljon a megszokott életéből. A szociális kompetenciák fejlesztése
Szorongás	<ul style="list-style-type: none"> Törekedni az ezt kiváltó okok csökkentésére, illetve a megfelelő kezelésre A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés
Változékony állapot	<ul style="list-style-type: none"> Munkáltatói rugalmasság A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés

Forrás: Helyzetfeltárás az Átvezetés módszertanához³⁶

Megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatásának lehetőségei

1. Szocioterápiás foglalkozások

Az ellátottak meglévő képességeinek szinten tartását és fejlesztését célozza a szocioterápiás foglalkozás, amelyet és a Szociális Törvény és a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályoz. A szocioterápiás foglalkozások formáit, az ellátást igénybe vevő életkorának és egészségi állapotának, képességeinek megfelelően kell megválasztani, az egyéni gondozási, fejlesztési tervben, illetve rehabilitációs programban megfogalmazott célkitűzésekkel összhangban.

Formái:

1.1. Munkaterápia

A munkaterápia elsődleges célja a munkaképesség fejlesztése annak érdekében, hogy az ellátott alkalmassá váljon a szociális foglalkoztatásban való részvételre. A munkaterápiában részt vevő ellátott munkaterápiás jutalomban részesíthető. Ebbe a foglalkoztatási formába a rehabilitációs szakértői véleménnyel nem rendelkezők és így a szociális foglalkoztatás keretében nem foglalkoztathatók önkéntes alapon vonhatóak be.

1.2. Terápiás és készségfejlesztő foglalkozás

A terápiás és készségfejlesztő foglalkozás célja a megmaradt képességek fejlesztése, szinten tartása. A terápiás foglalkozás szervezhető az intézmény környezetében, foglalkoztató helyiségben és

³⁵ Országos reprezentatív adatfelvétel a pszichiátriai gondozottak körébe – zárótanulmány – A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó egyedi szükségletek a foglalkozási rehabilitáció szempontjából

³⁶ Nagy Zita É., Bari D., Borza B., Forrai E., Pakot Á., Prókai O., Sörös A., Szabó N., Szerepi A. (2014): Helyzetfeltárás az „Átvezetés módszertanához”http://fszk.hu/wp-content/uploads/helyzetfeltaras_REVITA.pdf

az intézményen kívül is. A foglalkoztatás keretében kreatív, művészeti, mozgás- és játékterápiák is szervezhetőek.

1.3. Képzési célú foglalkozás

Képzési célú foglalkozást abban a rehabilitációs intézményben kell szervezni, ahol az ellátást igénybe vevő eredményes rehabilitációjához az szükséges. Képzési célú foglalkozás biztosításánál figyelemmel kell lenni a rehabilitálandó személy képességeire, illetve arra, hogy az a lakóhelyi környezetébe való visszatérést szolgálja, a megszerzett ismeretet hasznosítani tudja az intézményi ellátás megszűnését követően is.

2. Szociális foglalkoztatás – Intézményen belüli foglalkoztatás

Formái:

2.1. Munka-rehabilitáció

Célja a szociális intézményben ellátott személy munkakészségének, valamint testi és szellemi képességeinek munkavégzéssel történő megőrzése, illetve fejlesztése, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés. Munka-rehabilitáció intézményi jogviszony keretében történik, szolgálati időre jogosít, amennyiben az előírt nyugdíjárulékot megfizetik. Munka-rehabilitációnak minősül különösen az intézmény környezetében végzett kiegészítő, kiegészítő jellegű, karbantartással, a külső-belső környezet rendben tartásával összefüggő feladatok ellátása. A munka-rehabilitáció időbeosztását az ellátott állapotának, képességeinek figyelembevételével egyénileg kell meghatározni az egyéni gondozási, fejlesztési, illetve rehabilitációs tervben úgy, hogy a foglalkoztatás időtartama nem haladhatja meg a napi 6 és a heti 30 órát, és el kell érnie a napi 4 és a heti 20 órát. Munka-rehabilitáció esetén a szociális intézmény vezetője az ellátottat munka-rehabilitációs díjban részesíti. A munka-rehabilitációs díj havi összege nem lehet kevesebb a mindenkori kötelező legkisebb munkabér 30%-ánál.

2.2. Fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás

Célja a szociális intézményben ellátott személy számára munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatása révén az önálló munkavégző képesség kialakítása, helyreállítása, fejlesztése, valamint az ellátott felkészítése védett munka keretében, illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre. A foglalkoztatás időtartama nem haladhatja meg a napi 8 órát és a heti 40 órát. Kiküldetésre, kirendelésre, munkaerő-kölcsönzésre vonatkozó szabályok nem alkalmazhatók. A munkaviszony a ledolgozott évek számát gyarapítja, a kifizetésre kerülő összeg napi 8 órás foglalkoztatás esetén a mindenkori minimálbér, kevesebb óraszám esetén annak arányos része. A foglalkoztatást végző intézmények foglalkoztatási támogatásban részesülnek, melynek felhasználhatóságáról jogszabály rendelkezik.

A cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt állók munka-rehabilitációs és fejlesztő felkészítő foglalkoztatásba is bevonhatók.

3. Megváltozott munkaképességű munkavállalók akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkező munkáltatónál történő foglalkoztatása - Akkreditált foglalkoztatás

A 2012. évben elfogadott 327/2012.(XI.16) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkaadók akkreditációjáról, valamint megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról, új alapokra kívánta helyezni az akkreditált munkaadók finanszírozási és ellenőrzési rendszerét. Bevezetésre került a tranzitfoglalkoztatás fogalma, amely érdekeltté teszi a foglalkoztatókat a munkavállalók nyílt munkaerőpiacon történő visszavezetésében. A munkáltató maximum 3 évig foglalkoztathat ilyen jogcímen, csökkenő támogatási intenzitás mellett. Tranzitfoglalkoztatásra azokat a megváltozott munkaképességű munkavállalókat lehet alkalmazni, akiket a komplex felülvizsgálat során B1 és C1 kategóriába soroltak. A támogatási időszakot követően cél a legalább 6 hónapos nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatás, amely időszak alatt a munkáltatónak mentori szolgáltatást kell biztosítania. A rendelet

ún. munkapróbára is lehetőséget ad, amelynek lényege, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállaló munkaszerződésétől eltérően, nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásra munkatapasztalat és munkagyakorlat szerzése céljából a munkáltató megállapodást köthet más munkáltatóval a rehabilitációs szakigazgatási szerv hozzájárulásával.

Az akkreditált munkáltatók a tranzit foglalkoztatás mellett tartós támogatásra is pályázhatnak, amelynek célja a megváltozott munkaképességű személyek képességeinek megőrzése, fejlesztése védett körülmények között. Ez a támogatási forma 2014-től három évre állapítható meg, de időtartama korlátozás nélkül meghosszabbítható. Tartós foglalkoztatásra azon munkavállalókat lehet alkalmazni, akiket a komplex felülvizsgálat során B2 és C2, illetve súlyosabb egészségkárosodás esetén D kategóriába soroltak vagy 2011. évi CXCI. törvény (Mmtv.) 5.§ (2) bekezdés szerinti megváltozott munkaképességű személyek, vagy akik ugyanezen törvény 38. § (3) bekezdésében megfogalmazott feltételeknek megfelelnek.

4. Nyílt munkaerőpiac

Nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatáshoz kapcsolódó humánszolgáltatások

A megváltozott munkaképességű személyek elhelyezkedését – az állami szervezetek mellett – úgynevezett alternatív munkaerő-piaci szolgáltató szervezetek is támogatják. E szolgáltató szervezetek közül néhány már az 1990-es évek végétől segíti a fogyatékos és/vagy egészségkárosodással rendelkező személyek munkavállalását. Ezen szervezetek az elmúlt évtizedekben összesen 5 módszertant dolgoztak ki különböző célcsoportok számára, amelyek a következők:

- Támogatott Foglalkoztatás Szolgáltatás (TF)
- Megoldás Munkáltatóknak és Megváltozott Munkaképességű Munkavállalóknak (4M Program)
- Látássérültek Foglalkozási Rehabilitációja (LSR / LFR)
- Munkaasszisztensi Szolgálat
- Komplex Munkaerő-piaci Szolgáltatás (KMP /KEFISZ).

Az 5 módszertan közül egyik sem specializálódott a pszichoszociális fogyatékossgal élőkre, azonban különböző kutatások azt mutatják, hogy ez a célcsoport leginkább a 4M Programot, illetve a KMP programot kereste fel eddigiekben.

A gyakorlati szakemberek – pl. Sotéria Alapítvány, Szigony Alapítvány, Ébredések Alapítvány – elsősorban a Támogatott Foglalkoztatási Szolgáltatást veszik alapul, hiszen ezen nonprofit szervezetek gyakorlatai erre a modellre épülnek. A célcsoportra vonatkozóan a Támogatott Foglalkoztatást az egészségügyi szolgáltatók dolgozták ki külföldön, Magyarországon az Ébredések Alapítvány vezette be.

2013-ban a "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram" (TÁMOP-5.3.8-11/A1-2012-0001) keretében az FSZK gondozásában elkészült az Egységes Szolgáltatás módszertan, amelyet az TÁMOP 5.3.8/A3 konstrukcióban nyertes szervezeteinek került átadásra. Ezen módszertan elsajátításával a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatók foglalkozási tanácsadói eszközt, leírásokat kaptak annak érdekében, hogy a megváltozott munkaképességű embereket minél hatékonyabb módon tudják elhelyezni a nyílt munkaerőpiacon, illetve hogy szolgáltatásaik mérhetővé váljanak. A szakmai fejlesztés részét képezte a Célcsoportok bemutatása - szakmai anyag a foglalkozási tanácsadók részére című kiadvány³⁷, amely tartalmazza a pszichoszociális célcsoport foglalkoztatásával kapcsolatos praktikus javaslatait, illetve munkaerő-piaci reintegrációjukhoz szükséges legfontosabb

37 Dr. Harangozó J., Jásper É., Pántya E., Dr. Perlusz A., Dr. Petky F., Simonné Janzsó T., Valiczko É., Zalabai P. (2014): Mentális és viselkedészavarral élő emberek In: Bela Sz., Dávid A., Fehér I. (szerk.): Célcsoportok bemutatása- Szakmai anyag foglalkozási tanácsadók részére. FSZK, Budapest. 88-130

rehabilitációt elősegítő tényezőket. A RÉV projektben konzorciumvezető FSZK kialakította a munkaerő-piaci szolgáltató szervezetekből és akkreditált foglalkoztatókból álló **Országos Munkaerő-piaci Szolgáltató és Szakmai Támogató Hálózatot, amelynek tagjai**, az intézményi férőhely kiváltásban résztvevő intézmények számára is fontos és hasznos partnerek lehetnek. Hálózat tagjainak elérhetősége megtalálható a RÉV projekt honlapján.³⁸

Jó gyakorlatok

Az alábbiakban olyan jó gyakorlatokat mutatunk be a foglalkoztatási rehabilitáció témakörében, amelyek nem specifikusan a pszichoszociális fogyatékosokkal élők célcsoportjára lettek kidolgozva, azonban a tapasztalatok alapján jól használhatóak és az adaptáció lehetőségét is hordozzák.

Aktív Műhely Foglalkoztatást Fejlesztő Eszközrendszer

A Kézenfogva Alapítvány a TÁMOP 1.4.3-08/1-2F-2010-0012 program keretében 5 konzorciumi³⁹ partnerével együtt fejlesztette ki az Aktív Műhely Foglalkoztatást Fejlesztő Eszközrendszerét, melynek célja, hogy a fogyatékos személyek egyéni képességeinek megfelelő, fenntartható munkahelyeket hozzanak létre. Az eszközrendszert elsősorban értelmi sérültek számára fejlesztették ki, de később, bővítették látássérült és **pszichoszociális fogyatékosokkal élők számára** kidolgozott eszközökkel és képzésekkel is. Az eszközrendszer komplex módon, párhuzamosan a foglalkoztatás öt kulcsterületét célozza különböző fejlesztésekkel, képzésekkel.

A programot ugyancsak TÁMOP projekt keretében továbbfejlesztették, amelynek célja hogy a fogyatékos személyek munkáját verseny- és piacképesé tegyék. Ez a program a FEFI- Fogyatékos Emberek Foglalkoztatását Fejlesztő Inkubátorház nevet viseli. „Az Aktív Műhely program keretében fejlesztett szervezetek 2012-ben már akkreditált szervezetként működtek, s biztosítva látszik, hogy a program eredményei hosszú távon érvényesülnek, és a fejlesztett kistérségekben fenntartható munkahelyeken tudnak fogyatékos személyek dolgozni.”⁴⁰

Alapvető képzés tananyaga - Munkavállaláshoz szükséges képességek fejlesztése

A tananyagot a "Rehabilitáció - Érték - Változás (RÉV)TÁMOP -5.3.8-11/A1-2012-000 kiemelt projekt keretében készítették el a projekt konzorcium tagjai, a KÉZMŰ Fővárosi Kézműipari Nonprofit Kft., ERFO Nonprofit Kft., FŐKEFE Rehabilitációs Foglalkoztató Ipari Nonprofit Kft. A képzések átfogó célja, hogy a megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkaerő-piaci foglalkoztathatóságát javítsák. Ennek érdekében az alapvető képzések önismereti, mentálhigiénés, személyiség- és készségfejlesztő tananyagegységekből álltak, a képzések második körében pedig a munkavállalók regisztrált, OKJ-s vagy akkreditált szakmai képzéseken vehettek részt, melyek nyomán korábbi szakmai ismereteik kibővítésére, illetve új kompetenciák elsajátítására volt lehetőségük. A 480 órás képzés összesen 20 modulból állt, melyek közül csak néhányat említve: Személyiség kialakulása, fejlődése; Érzelmek és viselkedés szabályozása; A stressz; Munkahelyi légkör; Mentálhigiéné, lelki egészségvédelem; Egészséges életvitel; Esélyegyenlőség kérdései. A tananyag és módszertani háttéranyagai megtalálhatóak az FSZK honlapján.⁴¹ **A tananyag moduljai jól használhatók a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek kiváltásra való felkészítésében is.** A használhatóságról a FŐKEFE berzencei telephelyén foglalkoztatott, az intézményi férőhely kiváltásban is érintett résztvevők szereztek kedvező tapasztalatot.

38<http://revprojekt.hu/hu/halozati-tagsag>

39 Esőemberekért Egyesület, Szimbíózis Alapítvány, „Jót s Jól” Egyesület, Búzavirág Alapítvány

40 Kogon Zs.-Szabóné Ivánku Zs. (2012): Fogyatékos embereket foglalkoztató társadalmi vállalkozások komplex fejlesztése az Aktív Műhely Foglalkoztatást Fejlesztő Eszközrendszer segítségével In: Dr. Antal T., Dr. Fedor. M, Szabó Á. (szerk) Foglalkoztatási, társadalmi befogadási és egészségügyi fejlesztések Magyarországon- Társadalmi megújulás és társadalmi infrastruktúra operatív programok (2012)

<http://www.eekh.hu/hmr/letoltesek/rolunk/NFU-kefelevonat.pdf> (2014.10.13.)

41 <http://hoozaferes.hu/docs/A2%20tananyag.zip>

Intézményi Munkahelyi Gyakorlat Program (IMHGY)

A Szociális törvény hatálya alá tartozó alap és szakosított ellátást nyújtó intézményekben élő felnőtt, értelmileg- és tanulásban akadályozott személyek számára kidolgozott kísérleti jellegű modellprogram. Az IMHGY program egy olyan komplex modell, amely egyrészt magában foglalja a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásban részt vevő értelmi sérült emberek számára kínált felkészítő programot, az intézmények felkészülését, ellátottjaik valós társadalmi integrálására, széleskörű kapcsolatépítésüket kiemelten a nyílt munkaerő-piaci szereplők irányában, másrészt tartalmazza a munkáltatók felkészítését az értelmi sérült emberek munkahelyi befogadására.

Individual Placement and Support (IPS) – „egyéni elhelyezés és kísérés” modell

Hagyományosan sokféle szakképzési és rehabilitációs megközelítés igyekszik az érintettek munkavállalásában segíteni, ideértve számos olyan megoldást, amelyek intézményi ellátáshoz kapcsolódnak: védett foglalkoztatók, kerítésen belüli foglalkoztató műhelyek stb. Ezekkel a megközelítésekkel szemben az „egyéni elhelyezés és kísérés” modell (továbbiakban IPS), a meglévő tapasztalatokra építő, de alapvetően új módszert jelent. A modellt az USA-ban dolgozták ki, további finomítása és adaptációja is megtörtént az 1990-es évek óta, amikor az Egyesült Királyságban is elkezdték használni.

A módszer lényege, hogy nem adott számú munkakeresőnek kínál egy előre kidolgozott képzést egy szakmacsoportra vonatkozóan (azaz nem a tréninghez/programhoz/munkahelyhez keres klienst), hanem fordítva: az adott munkavállaló preferenciáiból indul ki és ahhoz keres megfelelő megoldást. Az IPS módszer gyakorlatilag a már Magyarországon is ismert Támogatott Foglalkoztatás módszer⁴² egyik, a pszichiátriai ellátott célcsoportra specializált formájának is tekinthető.

A modell az alábbi alapelveket követi:

- Olyan munkahelyet igyekszik találni a pszichoszociális fogyatékosokkal élőknek, amely valódi kihívást jelent („competitive environment”),
- Bárki számára nyitott, aki dolgozni akar,
- A pszichoszociális fogyatékosokkal élő preferenciáinak megfelelő munkahelyet igyekszik találni,
- Fontos eleme a gyorsaság,
- Foglalkoztatási szakembert helyez a klinikai teambe,
- A foglalkoztatási szakértő személyes kapcsolatot épít ki a munkaadóval, a pszichoszociális fogyatékosokkal élő preferenciáinak megfelelően,
- Meghatározatlan (nyitott végű) időszakra biztosít támogatást mind a pszichoszociális fogyatékosokkal élő munkavállaló, mind a munkaadó számára,
- Magában foglalja a társadalombiztosítási jogosultságok/segélyek/járadékokkal kapcsolatos tanácsadást is.

Az IPS módszer eredményességének mérésére 2009-ben publikáltak egy több országban párhuzamosan elvégzett kutatást⁴³, amely szerint a hagyományos, szakképzésre épülő munkaerő-piaci módszerekkel szemben az IPS eredményesebb. Eredmények:

- Az IPS-sel támogatott személyek kétszer nagyobb eséllyel kerültek munkába (55% vs. 28%), mint a hagyományos módszerekkel támogatott társaik;

⁴² Jásper É. – Csányi Zs.: Támogatott foglalkoztatás szolgáltatás (2009). Fogyatékos emberek a nyílt munkaerőpiacon. <http://mek.oszk.hu/10000/10030/10030.pdf>

⁴³ Burns – White – Catty: Individual Placement and Support in Europe: The EQOLISE trial. In. International Review of Psychiatry 2009/1. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09540260802564516?journalCode=irp>

- Az első hat hónapra vetítve, az összes költséget figyelembe véve, az IPS egyértelmű költségmegtakarítást jelentett a hagyományos módszerekkel szemben;
- Azok, akik a munkába helyezést megelőző 5 évben legalább egy hónapot dolgoztak, jobb eséllyel kaptak munkát;
- Azok, akik munkavállalóvá váltak, kisebb eséllyel kerültek újra kórházi ellátásba.

Az IPS módszer elterjedése angolszász területről indult, ahol jelenleg is működik tizenkét ún. „Centre of Excellence” (igazoltan a minőségben dolgozó módszertani központ). A módszerre vonatkozó disszeminációt segíti az IPS módszertani központok által alkalmazott „hűségbizonyítvány” (fidelity review), amely azt vizsgálja, hogy az IPS-t használó szolgáltatók milyen minőségben és az eredeti módszerhez mennyire hűen alkalmazzák azt. A hűségbizonyítvány tartalmaz egy speciális skálát is, amely azt méri, mennyiben tartja tiszteletben az adott szolgáltató az eredeti módszertani elveket.

Az IPS módszertani szakértői szerint a módszer sikerességének egyik titka az, hogy habár a módszer nagyon eltérő közegekben is használható (akár nem a szó szoros értelmében vett klinikai teamekben, de segítői teamekben is), fontos, hogy alkalmazása során a módszertani elvek mindegyikét tiszteletben tartsák.

Az IPS alkalmazása ma már nemcsak az Egyesült Királyságban és az USA-ban, de Új-Zélandon, Norvégiában, Hollandiában és Svájcban is elindult, több helyen már széleskörűen integrálták a meglévő szakember-továbbképzési programokba.

Javaslat:

- Támogatott lakhatás nem képzelhető el foglalkozási rehabilitációs program nélkül. Kiemelten fontos, hogy a szolgáltatáshoz kapcsolódóan elérhetőek legyenek a különböző foglalkoztatási formák – legyen az nappali vagy közösségi ellátás keretében megszervezett – annak érdekében, hogy a szociális izoláció megelőzhetővé váljon, illetve az értelmes, értékteremtő munka hozzájáruljon a felhasználó felépüléséhez. Jelenleg azonban a támogatott lakhatás kiegészítő szolgáltatásaként preferált nappali ellátás, közösségi ellátás és támogató szolgáltatás igénybevételének finanszírozási háttere nem megoldott, bizonytalan.
- A támogatott lakhatást szolgáltató a működési engedély kiadását követő 6 hónapon belül legyen köteles együttműködési megállapodást kötni a területen működő különböző foglalkoztatási lehetőségeket kínáló szolgáltatókkal a foglalkoztatási lehetőségek bővítése, fejlesztése céljából.
- Amennyiben az intézményi férőhely kiváltást megvalósító intézmény menedzsmentje és szakmai stábjában nem rendelkezik kellő kapacitással és ismerettel ahhoz, hogy a foglalkoztatás különböző formáit – pl. szociális foglalkoztatás, akkreditált foglalkoztatás, nyílt munkaerőpiac – létrehozzák, szervezzék és kínálják a pszichoszociális fogyatékosokkal élők számára, akkor lépjenek partneri-mentori kapcsolatba olyan nappali, vagy közösségi pszichiátriai ellátóval, ill. foglalkozási rehabilitációs szolgáltatóval, aki szakmai segítséget tud számukra nyújtani. Vonják be őket a kiváltási pályázat megvalósításába.
- A fenti ponthoz kapcsolódóan javasoljuk a kiváltásra kerülő intézményekhez közel eső nappali ellátást és közösségi pszichiátriai ellátást biztosító szolgáltatók munka rehabilitációs programjainak megerősítését pályázati kiírásokkal, illetve javasoljuk a foglalkozási rehabilitációs szolgáltatók célcsoport specifikus módszertani felkészítését.
- Javasolt az IPS magyarországi elindításának ösztönzése modellprogrammal. A modellprogram lehetséges forrásai:

EU-s pályázatok:

- ERASMUS+ program a Tempus Közalapítvány kezelésében;
- PROGRESS pályázatok központi, brüsszeli kiírással;
- hazai kezelésű EU-s Strukturális Alapok (2014-2020), valamint

Hazai munkaerőpiaci források.

A modellprogramot javasolt hasonló témájú programokkal együtt párhuzamosan, ill. azokkal szinergiában megvalósítani. Ilyen program lehet a RÉV, az intézménykiváltási programok, illetve a Salva Vita Alapítvány és hálózatai által kezelt módszertani programok.

- Országos Munkaerő-piaci Szolgáltató és Szakmai Támogató Hálózat foglalkozási rehabilitációs szolgáltatóinak továbbképzése indokolt annak érdekében, hogy a pszichoszociális fogyatékosokkal élő célcsoportot hatékonyabban tudják elhelyezni a nyílt munkaerőpiacon. Ennek egy formája lehet, ha az IPS módszertanának átadása.
- A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban résztvevő megváltozott munkaképességű személyek számára is biztosítani javasoljuk a munkapróba szolgáltatás lehetőségét, melynek célja, hogy konkrét munkatevékenységek kipróbálásával reálisabban tudja mind az egyén, mind a szakember megítélni a meglévő és fejleszthető képességeket és elhelyezkedési esélyeit a nyílt munkaerőpiacon (akkreditált foglalkoztatás munkapróba eleme).

16. Fejlesztés: mozgás-, test-, sport- és színházterápiás aktivitások, a környezet gondozása

A WHO 2001-ben *A működőképesség, fogyatékos és egészség nemzetközi osztályozása* címmel kiadott dokumentuma a korábbi, diagnózison alapuló rehabilitációs megközelítéssel radikálisan szakított, s az új egészség centrikus szemléletmód a pszichiátriai működészavart testi, személyiségi és szociális tényezők kölcsönhatásában ragadja meg. Ez a szemléletmódbeli változás sajátos hangsúlyváltást mutat, nem a *valamitől* (betegségtől) történő megszabadulást, hanem sokkal inkább *valami* (életminőség) *felé* való elmozdulást jelenti.

Míg a régi megközelítés értelmében az egészség a betegség ellentétéként jelenik meg, az új, dinamikus egészségfogalom *egészségek univerzumát* foglalja magában, amely univerzum része a betegségek világa is. A betegségre történő fókuszálás, az „*önstigmatizáció*” belülről tovább gyengíti a személyiséget. A krónikus pszichiátriai betegségek esetén a betegség felismerésén és a szenvedés enyhítésére összpontosító gyógykezelésen túl szükségesek a páciensek érzelmi, szimbolikus, szociális szükségleteire választ nyújtó terápiás beavatkozások is. Ez a fajta szemlélet az egészséget a szociális fejlődés, tanulási folyamat által fejleszthető kompetenciaként fogja fel, amely folyamánként a páciens élete bizonyos vonatkozásaiban egészségesebb lehet, mint valaha volt. Ez az *egészségtanulás*⁴⁴ - hiszen itt alapvetően szociális tanulásról beszélhetünk – a kapcsolatok, a kommunikáció és az életmód tanulását foglalja magában.

Testmunka, mozgásterápia nem nélkülözhető a pszichiátriai betegek kommunikációjának fejlesztésében, mivel a testen át lehet rezonanciát kelteni, empátikusan válaszolni, fejlesztve a mentalizációt, találkozni, összehangolódni. Az utóbbi évek kutatásai azt mutatják, hogy a *tükörneuron rendszer* az emberi empátia idegrendszeri bázisa. A tükörneuronok működését a ráhangolódás gyakorlásával (testmunkával) lehet optimalizálni. A kutatások szerint a szkizofréniában például abnormális a tükörneuron aktivitás. Ennek folyamatos korrekcióját biztosítja a rendszeres testmunka, mozgásterápia és közös sportaktivitások. Tréningorozatok során tanuljuk testünket adni és a másikat elfogadni, valamint érinteni, ölelni, bátran elesni és egymást elkapni. Megtapasztaljuk, hogyan lehet egyszerre támaszt adni és megtámasztva lenni. Így juthatunk el partneri viszonyhoz és közösségi csoportélményhez.

A mozgás- és táncterápia a gyakorlatban (lakóknak, segítőknek egyaránt)

A mozgásterápia egymással szervesen összekapcsolódó munkamódokból áll: testtudati és kapcsolati munka, a műhelymunka folyamata, valamint a verbális feldolgozás.

⁴⁴ Kelemen G. (2007): Egészségtanulás és rehabilitáció. *Lege Artis Medicinae*, 250-253.

A test megtapasztalása

A testtudati munka célja, hogy a figyelmet a testi tapasztalások észlelésére irányítsa. Egy saját *testtudati állapot* jön létre⁴⁵, ami egy jellegzetes figyelmi állapoton alapszik. A jobb agyfélteke dominanciája eredményeképpen a képi gondolkodás kerül előtérbe, a térérzékelés is módosul. „Hétköznapi” állapotunkban a testi érzeteinket nem monitorozzuk folyamatosan, lényegében tudomást sem veszünk róluk. Figyelmünket az érzetekre irányítva egy valamiféle „önreflektív hurok” alakul ki, s az érzelmi állapotok is elérhetőbbé és differenciáltabbá válnak. A terapeuta instrukcióit követve a legkisebb mozgásos történések is figyelmet kapnak, mint például az egyensúlyi állapot, vagy izomtónus változás. Ez egyfajta kísérletező, önfelfedező állapot, amely szinte „elárasztja” a tudatot. A saját test indította mozgás olyan elemi örömet indukál, mint azt egy saját mozdulataival ismerkedő csecsemő érezheti⁴⁶.

A pszichiátriai pácienseket a másokkal közösen végzett testtudati munka és tapasztalás segíti belső tartalékaik előhozatalában. A műhelymunka során az improvizáción keresztül bővül a mozgásrepertoár, a testkép differenciálódik. A páros vagy hármassal végzett gyakorlatok a szelfélmény zavarától szenvedő pszichiátriai betegek számára is hasznosnak bizonyulnak. A közösen indukált testi tapasztaláson keresztül oldódik az egyedüllét érzése, az interszjektív térben valós visszajelzések adhatók és kaphatók. A közösen végzett gyakorlatok az áttételi folyamatokon keresztül utat nyitnak a szimbolikus tartomány felé, s megkezdődhet annak kapcsolati szinten történő átdolgozása is⁴⁷.

A kapcsolati dimenzió átdolgozása

A kapcsolati munka lényege, hogy mind a saját mozgásunkra, mind a másikéra egy időben figyelünk. A másik, mint „szelfszabályozó” működik a társakkal együtt zajló mozgásos kapcsolatban, átélhető a kölcsönösség és az elismertség élménye. A terápiás tér alkalmat teremt arra, hogy az addig elzárt tapasztalások és érzelmek hozzáférhetővé váljanak. A kapcsolódási módok sokféleképpen jelennek meg, a mozgás során az implicit memória aktivizálódik, egy korai élmény bázisán formálódik az aktuális érzés élménye. A biztonságot nyújtó térben újra átélhetőek és átdolgozhatóak a pszichiátriai betegek kapcsolati témái. A csoportmunka során állandóan váltakozik az egyedüllét és a kapcsolódás állapota, a szeparáció-individualizáció tehát átdolgozható. Az egyedüllétet során a közösen átélt újfajta élmények beépülése a szelfet gazdagítja, ami különösen pszichotikus és borderline páciensek esetében alapvető fontosságú.

A műhelymunka folyamata

Az alkotás a kezdettől fogva jelen van a terápiás műhelymunka folyamatában, ám manifeszt módon a folyamat későbbi szakaszában jelenik meg. A testtudati és kapcsolati munka során gazdagodik a saját testhez, a másokhoz és a térhez való viszony, miközben az páciens improvizációs kapacitása is növekszik. A mozgásos témák újabb és újabb átdolgozáson mennek keresztül, miközben a szimbolikus aspektusok is letisztulnak. A mások figyelme által kiemelt térben zajló terápiás munka az alkotás élményén túl segíti a páciensbelső viszonyainak, tartalmainak feldolgozását, a közösség jelenléte pedig hitelesíti a tapasztalatot.

Megbeszélés, feed back, verbalizálás

A csoport mindig megbeszéléssel kezdődik és azzal is ér véget. Az indító beszélgetés az aktuális kérdésekkel, az elmúlt csoportalkalommal kapcsolatos gondolatokkal foglalkozik. A záró megbeszélés fontosabb témakörei: a mozgásos élmények, az azokkal kapcsolatos asszociációk felidézése, egymásnak adott visszajelzések, személyes- és csoportnarratíva kidolgozása, a terapeuta

⁴⁵ Merényi M. (2009): Az instrukciók születése a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában, *Pszichoterápia*, 19:2.

⁴⁶ Merényi M. (2004): A mozgás- és táncterápia. *Pszichoterápia*, 13:1: 4-15.

⁴⁷ Merényi M. (2007): Tudatállapotok jelentősége a pszichodinamikus mozgás- és táncterápiában

értelmezései. Közös emberi élményünk, hogy a testi élmények és azok verbalizálhatósága között nem teljes az átjárhatóság. A mozgáscsoportok egyik célja, hogy ezt a fajta hiányélményt csökkentse, továbbá segítse a szimbolizációs folyamatot és integrációt.

(További terápiás módszerekről szóló leírást lásd a 17.7. számú mellékletben.)

Javaslat:

Legyen lehetőség a jó nemzetközi gyakorlatok megismerésére, sikeres modellek tanulmányozására, műhelymunkák létrehozására, workshopok rendezésére, terápiás modellprogramok indítására Magyarországon is a kiváltással kapcsolatban érintett intézmények lakói és személyzete részére.

17. Melléklet

17.1. Pszichiátriai betegséggel élők szenvedélybetegséggel kapcsolatos problémái

Szkizofréniával élők 50%-ánál problémás szerhasználat, 25%-nál függőség és abúzus kritériumai állapíthatók meg. A szerhasználat következménye lehet a rosszabb kórlefolyás, együttműködési problémák, sürgősségi egészségügyi szolgáltatások nem önkéntes igénybevétele.

A szkizofrénia és a szenvedélybetegség ugyanannak az idegi szabályozórendszernek a két megnyilvánulási formája. Kémiai addikció esélye 4,6-szor magasabb a szkizofrének körében, ezen belül az alkohol használat háromszorosa az átlagnépességben tapasztalhatónak. A dohányzással kapcsolatos függőség a leggyakoribb, élettartam prevalenciája 70-90%, az alkoholé 20-60%, THC-é 12-42%, kokainé 15-50%.

Jellemző, hogy a legelérhetőbb szereket használják. Mellékhatások közül az akatízia (motoros nyugtalanság) önmedikalizációs problémája emelhető ki. Az impulzivitás, élménykereső attitűd fokozott kockázattal járt.

Szerhasználat és kórlefolyás:

Társult alkohol, pszichoaktív szerfogyasztás mellett gyakrabban van pszichotikus tünet, illetve gyakoribbak a relapsusok. THC használók szignifikánsan gyakrabban és korábban esnek vissza a betegség aktív szakaszába.

A kokain és stimulánsok a dopaminerg hatás miatt pszichotikus tünetek fellángolásához vezetnek.

Szerhasználat és szkizofrénia együtt gyakoribb erőszakos cselekményt, illetve öngyilkosságot eredményez (utóbbi különösen magas: 10% ebben a célcsoportban), a hajléktalanság megnövekedett kockázatával.

Szerhasználat és belszervi hatások:

Alkohol: Leggyakoribb halálozási nemek közé az öngyilkosság, rákos megbetegedés, szívbetegségek, májbetegségek tartoznak. Az alkoholhatás az agy gátló idegsejtjeinek a serkentésén (GABA), illetve a serkentő neuronok gátlásán (NMDA) keresztül fejtik ki hatásukat. Biológiai függőség esetén egy idő után tolerancia alakul ki, a korábbi dózis már nem elég a kívánt hatás eléréséhez, sőt a relatív megvonás miatt megvonási tünetek jelentkeznek. Szermegvonás kapcsán vegetatív idegrendszeri izgalmi tünetek jelentkeznek, majd súlyos tudatzavarral járó, komplex belgyógyászati esemény a delírium tremens alakulhat ki (halálozása 5%), illetve epilepsias jellegű görcsrohamok, Rum fits alakulhat ki, gyakran halmozott rohamokkal, amely szintén életet veszélyeztető állapot.

Az alkohol direkt, illetve anyagcsereterméke az acetaldehid közvetlen és egyéb károsító hatásán keresztül több szervi károsodást okoz. Májgyulladás, májcirrózis a májbetegségekre jellemző komplex súlyos halállal végződő tünetegyüttesek jönnek létre, kisagyi elfajulás, szív CMP, környéki idegbántalom, endokrinológiai problémák, felszívódási zavarok a következményei.

Felhasznált irodalom: Jonathan M. Meyer, Henry A. (szerk.) Nasrallah (2005) Belső szervi betegségek és szkizofrénia, Oriold és Társai Kft.

17.2. Veszélyeztető állapot és kezelése a támogatott lakhatásban

Veszélyeztető állapot: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene.

Közvetlen veszélyeztető magatartás: a beteg - pszichés állapotának akut zavara következtében - saját, vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.

A segítőknek a támogatott lakhatás keretei között is fel kell készülniük a pszichoszociális fogyatékkal élők állapotának rosszabbodására, esetleg veszélyeztető állapotok kialakulására. Az észlelő segítőknek ebben az esetben sürgős vizsgálatot és helyzetértékelést kell végeznie. Az eredménytől függően bevonja a segítő team további tagjait, akik megfelelő kompetenciával rendelkeznek a szükséges teendők és intézkedések vonatkozásában.

A sürgősségi vizsgálat első kérdése, hogy közvetlen veszélyeztető állapot fennáll-e, vagy sem és ha igen, akkor elsősorban az önmaga veszélyeztetése, vagy mások veszélyeztetése a valószínű. A sürgősségi vizsgálat során korlátozott idő áll a támogató rendelkezésére és eközben fontos döntéseket kell meghoznia. A helyes vélemény kialakításához szükség van a környezettől származó információk begyűjtésére (heteroanamnézis) és tisztázni kell, hogy mi tette szükségessé az akut segítségkérést.

A veszélyeztető állapot fennállása esetén a sürgősséget jelentős arányban személyiségi, szociális és egyéb körülmények határozzák meg. Az ellátás, a gyakorlati tennivalók szempontjából a **sürgősségi állapotokat** az alábbi csoportokra oszthatjuk:

1. Biológiai veszélyeztető állapotok

Biológiai okokra utal, ha a tünetek hirtelen, minden előzmény nélkül jelennek meg. Szervi megbetegedés valószínű, ha az anamnézisben erre utaló adatok vannak. A tudat zavarai, az éberség csökkenése, a tájékozódás zavartsága, a gondolkodás zavarai fordulhatnak elő elsősorban az organikus kórképek esetén.

2. Elsősorban a **környezetet veszélyeztető állapotok** (erőszakos, agresszív magatartás, mániás állapotban a kritikátlanság és másokat veszélyeztető megnyilvánulások idézhetnek elő sürgősségi állapotot).

3. Elsősorban **önveszélyes állapot** (szuicid magatartás).

4. **Szerek használatával kapcsolatos sürgősségek.** A pszichiátriai betegség gyógykezelésére felírt gyógyszerek jelentős része okozhat gyógyszerfüggőséget. A gyógyszerfüggőség alattomosan fejlődhet ki, kezdetben sem a beteg, sem a segítők, sem az orvos nem veszik észre, hogy a tünetek, amelyek miatt a gyógyszert eredetileg felírták (pl.: szorongás, alvászavar) már a gyógyszerhiány tünetei. A függőség egyik legbiztosabb jele, ha a beteg sajátos gyógyszerbeszerző stratégiákat alakít ki. A függőség általános jelei mellett a szerre specifikus tünetek is megjelennek. Ezek felismerése még nehezebb, mert a betegek nagy része több szert is fogyaszt. Kábítószer okozta intoxikált állapot, megvonási tünetek toxikológiai, illetve intenzív ellátást tesznek szükségessé.

5. A **személy számára elviselhetetlen szubjektív állapot** (pszichoszociális stressz, szorongás, krízis állapot)

Krízis: Olyan fenyegető helyzet, amely az egyén számára mindennél fontosabbá válik, és azt sem megoldani, sem elkerülni nem tudja. Időtartama 6-8 hét. Szakaszai: Konfrontáció –Nyugtalanág - Alkalmazkodás. A kimenetel kétféle lehet:

- fejlődés irányába (magasabb szintű egyensúly),
- diszfunkció irányába: felbomlás (öngyilkosság, elmezavar) vagy lelassulás (depresszió, neurózis, deviáns magatartások, pszichoszomatikus betegségek)

A krízis elsősorban pszichoszociális eredetű, de kialakulásában jelentős szerepe van a személyiségstruktúrának is. Az érzelmileg labilis és sérülékeny személyeknél kisebb behatások is könnyen kiválthatják a krízisállapotot. Tény, hogy a mentális betegségek fennállása elősegíti a

krízisállapot kialakulását, ami gyakran szövődik öngyilkossági készlettel esetleg kísérlettel. A kliens gondolkodása beszűkül, eluralkodik rajta a reménytelenség, kiúttalanság, kétségbeesés.

A valóságban a veszélyeztető állapotnak egyszerre többféle oka is lehet és a fenti csoportok egymást átfedhetik, azonban a gyakorlati tennivalók szempontjából ezek a csoportok elsődleges támpontot jelentenek.

Öngyilkossági veszély

Az öngyilkosság az egyén élettörténetébe ágyazott krízisállapot, amelyből a kiutat csak önmaga elpusztításában találja meg. Megkülönböztetünk aktív, passzív és bizonytalan öngyilkos magatartást, de a szakirodalom többféle felosztást tart nyilván és fogad el. Aktív esetben az önpusztításra törekvés egyértelmű, konkrét tettek formájában nyilvánul meg. Passzív esetben az egyén valamely, az élethez nélkülözhetetlen tevékenységet elhanyagol, azzal a céllal, hogy meghaljon. Bizonytalan öngyilkos magatartás esetén nem egyértelmű a közvetlen halálra irányuló szándék. Az öngyilkosság magán viseli a krízisállapot jellegzetességeit:

- a magatartás átmeneti dezorganizációját,
- az adott helyzettel való megbirkózás képtelenségét,
- a szokásos problémamegoldó mechanizmusok elégtelenségét,
- potenciálisan radikális megoldásokat.

Az öngyilkossággal kísérletező úgy érzi, kényszerpályán mozog, mert döntéseit látszólag rajta kívülálló erők határozzák meg. Az adott helyzetben éppen a krízisállapotból fakad, hogy nincsenek döntési alternatívái. Ezért a krízisintervenció egyik célja az, hogy egyéb alternatívákat keressünk.

A pszichiátriai betegek öngyilkossági aránya a normál lakosság 3-10-szerese. A legnagyobb kockázatot a paranoid tünetekkel társuló depressziók jelentik. Az öngyilkossági veszély legfontosabb előjelzői a reménytelenség magas foka, az előzetes kísérletek súlyossága, az előzetesen a családban előfordult öngyilkosság, az öngyilkossági szándék kommunikációja (cry for help).

Az öngyilkosságot megelőző állapot időbeli lefolyása többféle lehet, esetenként váratlanul jelenik meg és pillanatnyi reakcióként történik, máskor hetekig, hónapokig tartó folyamat előzi meg az öngyilkossági cselekményt, melyet három egymásba átfolyó szakaszra oszthatunk:

- mérlegelés fázisa,
- ambivalencia fázis,
- végső döntés.

A támogatott lakhatás keretei között élők és segítők számára a felkészítés fontos pontja a preszucidális szindróma ismerete:

A gondolkodás és a magatartás beszűkülése:

- Rigid gondolkodás,
- Rögzült magatartási sémák,
- Érzelmi beszűkülés,
- Az emberi kapcsolatok beszűkülése,
- Az egyéni értékrend devalválódása.

Fokozott agresszió gátlás:

- Gátolt, saját maga ellen fordított agresszió,
- A harag saját személye ellen irányul,
- Az agresszió kifelé fordításának elégtelensége,
- A kifelé fordítható agresszió tárgyának hiánya (izoláció).

Öngyilkossági fantáziák:

- A módszer körvonalazódása,

- A cselekmény végrehajtásának terve,
- A rokonok, barátok viselkedésének elképzelése az esemény után.

Krízistünetek esetén pszichológus, krízisintervencióban képzett szociális munkás, pszichiáter biztosíthatja az optimális szolgáltatást. Amennyiben a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy az aktív intervenció ellenére is közvetlen veszélyeztető állapotba sodródik, akkor kezdeményezni kell kórházi kezelését. Az esetek legnagyobb részében a „veszélyeztető állapot” ellenére önkéntes kezelés történik, mert a kliens megérti, hogy miért kell kórházba mennie.

Krízisintervenció

A krízisintervenció alatt a lélektanilag kialakult kritikus állapotokban, válsághelyzetben tett beavatkozásokat értjük. Krízishelyzetben veszélyeztető állapot alakul ki, amivel, a pszichiátriai problémával élő kliensek kénytelenek szembenézni, viszont gyakran - betegségükből adódóan is - a problémamegoldó eszközeik elégtelenek. Krízisintervencióban a veszélyeztető állapot, a válsághelyzet elhárítására kell törekedni, amihez gyors helyzetfelmérésre és hatékony feszültségcsökkentő technikák alkalmazására van szükség. A tevékenység célja hogy megóvja a krízisben lévő személyt attól, hogy súlyosabb állapotba kerüljön.

A krízisintervenció pszichoszociális gondoskodás és kezelés, mely a krízissel szoros összefüggésben fellépő tünetekkel, betegségekkel, viselkedéssel, valamint ezek megszüntetésével foglalkozik. A krízisintervenció a bizalmi kapcsolat fennállására alapozza tevékenységét, amelyben az állapot és stressz felmérése, öngyilkosság veszélyének megítélése kiterjed a környezeti viszonyok, egzisztenciális helyzet, korábbi krízisek, az ott alkalmazott megoldási stratégiák figyelembevételére is.

Veszélyhelyzet, amelyben a krízis a személyiség egyensúlyát fenyegeti, a pszichiátriai betegség tüneteinek fellángolását eredményezheti. A krízis egy állapot, mely a sérülékeny klienseknél a mentális problémák ismételt megjelenését okozhatja, ugyanakkor lehetőséget is jelent, amennyiben sikeres megoldása gazdagíthatja az egyén problémamegoldó készségeit.

A krízisintervenció során a pszichoszociális krízisek kockázatának felmérése a korai figyelmeztető tünetek mentén kezdődik. A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek támogatásának egyik lényeges pontja a krízis terv. A tervben a krízishelyzetek kialakulásának lehetőségeit és a kríziskezelési tervet rögzítik a szakemberek, melyet pszichoedukáció keretében a családtagok és a gondozó orvos bevonásával készítenek el. Ezt követően az aktuális krízishelyzet megoldásához szükséges erőforrások és szükségletek azonosítása történik. Támogatott lakhatás esetén is fontos a 24 órás segítő elérhetőség biztosítása, felügyelet megszervezése.

Krízisintervenció során az öngyilkosság kockázatának felmérése is a segítő munka része. A segítő szakembereknek biztosítani kell az öngyilkossághoz felhasználható eszközök elérhetőségének korlátozását. Krízisintervenció során folyamatos konzultáció szükséges az érintett személy kezelőorvosával.

Közvetlen veszélyeztető állapot, sürgősségi kezelés, korlátozó intézkedés

A veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető állapotok esetén a teendők jogi szabályozását az egészségügyről szóló törvény (1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény X. fejezet, 188-201. §) rögzíti.

Közvetlen veszélyeztető állapot minden olyan magatartás és/vagy élményzavar (pl.: érzékszálódások, elhatalmasodó agresszív késztetések, preszuicidális állapot), amely azonnali beavatkozást tesz szükségessé, és amelynek elmaradása a betegre és/vagy környezetére nézve közvetlen veszélyekkel jár. Gyakorlatilag minden pszichiátriai zavar talaján kialakulhat közvetlen veszélyeztető állapot. Ha a pszichiátriai beteg pszichés állapota, illetve szenvedélybetegsége következtében közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításához szükség esetén a rendőrség közreműködik.

Személyes szabadságában bármely módon (fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerrel, illetve eljárással) csak a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartású beteg korlátozható. A korlátozás csak addig tarthat, illetőleg olyan mértékű és jellegű lehet, amely a veszély elhárításához feltétlenül szükséges.

A támogatott lakhatás keretében is kerülhet egy lakó közvetlen veszélyeztető állapotba, ezért az őt támogató szakembereknek néhány alapszabályt feltétlenül el kell sajátítaniuk a lakók és a saját védelmük érdekében.

1. A segítő a lehető legtöbb információt szerezze be a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyről és az aktuális történekről, mielőtt személyesen találkozik vele veszélyeztető állapotban.
2. A sürgősségi vizsgálat első kérdése, hogy közvetlen veszélyeztető állapot fennáll-e vagy sem és ha igen, akkor elsősorban az önmaga veszélyeztetése, vagy mások veszélyeztetése a valószínű.
3. A segítő szakember a veszélyes beteggel ne maradjon egyedül és soha, semmilyen körülmények között ne fordítson neki hátat!
4. A veszélyeztető állapotban lévő személy ne kerüljön ki a figyelem középpontjából a segítség megérkezéséig és a helyzet megnyugtató rendeződéséig.
5. Mindig legyen segítségül hívható személy a közelben és a közvetlen veszélyeztető állapot felismerését követően rögtön (semmi nem indokolhatja a késlekedést!) hívni kell a mentőket!
6. A pszichoszociális fogyatékossgal élő személy tudjon arról, hogy kényszerintézkedésre van mód, de kényszerintézkedést csak arra kiképzett személyzet alkalmazzon az érintett személy, illetve a jelenlévő más személyek védelmében.

Az agresszív, erőszakos magatartás viszonylag ritka a pszichiátriai betegek körében, de ennek ellenére a közvéleményben ezzel ellentétes, előítéllettel teli kép uralkodik. A segítőknél – akár egészségügyi, akár szociális szolgáltatásban dolgoznak – figyelembe kell venni, hogy van néhány helyzet, amikor megnő a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy agresszív viselkedésének lehetősége. Ezek a következők: alkohol, vagy kábítószer befolyása, korábbi erőszakos cselekmények. A segítő a fentiek szemmel tartása mellett egyértelműen törekedjen a beteg együttműködésének elnyerésére! A segítő magatartása legyen határozott, magabiztos és tükrözze, hogy az érintett személy számára is az együttműködés a legelőnyösebb magatartás.

Összefoglalásként elmondható, hogy a támogatott lakhatás keretében is a legfontosabb a visszaesés, az állapotromlás megelőzése (tercier prevenció). Fontos, hogy a pszichoedukáció során a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy és a környezete megismerjék és felismerjék a korai tüneteket és a jól kiépített jelzőrendszer segítségével gyorsan megérkezzen a hatékony segítség. A támogatott lakhatás keretében veszélyeztető állapotba került személyt – hasonlóan a családban élőkhez – elsősorban a közösségű alapú pszichiátriai és szociális ellátás eszközeinek igénybevételel kell visszasegíteni a kiegyensúlyozott állapotba. A közvetlen veszélyeztető magatartású kliens kórházi elhelyezést és ellátást igényel a közvetlen veszélyeztető állapot megszűnéséig. Ebben az esetben fokozott figyelmet kell fordítani a lakótársak érzelmi támogatására és biztonságuk növelésére.

A veszélyeztető állapot megszűnését követően ismételt fel kell mérni az egyén komplex gondozási szükségletét, a támogatott lakhatás szolgáltatás igénybevételehez való visszatérés érdekében.

17.3. Felépülés alapú megközelítés

A felépülés alapú megközelítés kiinduló pontjaként a felépülés fogalom kétféle megfogalmazását - a klinikai felépülés és személyes felépülés – fogalmát tekintjük át elsősorban Mike Slade „Personal Recovery and Mental Illness” című munkája nyomán (Slade 2009).

A klinikai felépülés fogalma:

- kimeneti szempontú megközelítés, amely a kimeneti állapotot írja le,
- e leírás a klinikusok megfigyelése és értékelése alapján történik,
- a leírás nem individualizált, hanem a leíró pszichiátria kategória rendszerébe illeszkedő „besorolást” képvisel.

Kritériumok:

- a páciens rendelkezik előzetesen felállított diagnózissal,
- jelen állapotban az ahhoz kapcsolódó diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn,
- több mint 5 év telt el az utolsó kórházi felvétel után,
- pszichoszociális funkciói jelenleg „normál sávba” vannak / GAF pontérték pl. > 65 pont/,
- antipszichotikus gyógyszerek csak alacsony szinten kerülnek alkalmazásra.

Liberman és Kopelowicz emellett kiemeli az alábbi szempontokat:

- teljes tüneti remisszió,
- teljes vagy részidejű munka vagy tanulás,
- független életvitel (informális gondozók ellenőrzése nélkül),
- baráti kapcsolatok, akikkel a páciens eltölti szabadidejét,
- állapota legalább két éve stabil.

A személyes felépülés fogalma:

Anthony szerint a felépülés egy nagyon személyes változási folyamat, amely érinti az egyén attitűdjeit, értékeit, érzéseit, céljait, készségeit és/vagy szerepeit. A betegségből adódó akadályok, korlátok ellenére a személyes felépülés egy kielégítőbb és reményteljesebb élet esélyét teremti meg, egyben új jelentést és célt ad az egyén életének, ugyanakkor lehetőséget kínál arra, hogy túljusson a mentális betegség katasztrofális következményein.

A pszichiátriai betegséggel élő szemszögéből nézve a személyes felépülés azt is jelenti, hogy az életét nem kórházakban tölti, és nem is egy védett szálláson, ahol mások kontrollálnak, képes betegsége ellenére életét alakítani, formálni, miközben nem függ szükségszerűen a gyógyszerektől. E megközelítés fontos eleme, hogy a visszahúzódás helyett egy aktívabb részvételt feltételez az életvitelben, és a védekező elutasítás helyett szembenézést és elfogadást ösztönöz.

Láthatjuk, hogy a felépülés jelentése tágabb, mint a gyógyítás, kezelés nyomán bekövetkező változás. Nem egy körülhatárolt elméletre épül és sok útja lehetséges. Ezen belül fontos azt is látni, hogy a felépülés létrejöhet professzionális beavatkozás nélkül is. Külön ki kell emelnünk, hogy a felépülés nagyon egyéni, mélyen személyes változási folyamat, amelyben a bátorságnak és a jövőbe vetett reménynek fontos szerepe van. Ennek folyamán megerősödik az a törekvés, hogy a pszichiátriai betegséggel élő visszaszerezze kontrollját az élete felett, és egy olyan pozitív önkép formálódjon, amely nyomán az egyén nem pusztán pszichiátriai betegnek látja önmagát. A felépülés folyamatának sajátossága az, hogy nem csupán önmagára támaszkodó változás folyamat, hanem feltételezi mások támogatását, partnerségét is. A felépülés ugyanakkor nem lineáris folyamat, inkább egy átmeneti megtorpanásokkal, visszalépésekkel tarkított komplex „utazás”.

A felépülés jelensége alapvetően a mentális zavarral sikeresen megbirkózók beszámolóin, személyes narratívákon keresztül került leírásra, miközben e koncepció empirikus vizsgálata elég nehéz. Mindazonáltal fontos jellemzői jól megragadhatók, így az „empowerment,” a remény és optimizmus, és az étellel kapcsolatos elégedettség érzése.

Fontos kérdés az, hogy egymástól élesen elkülönülő fogalom-e a klinikai és személyes felépülés?

Ennek kapcsán három komponenst kell kiemelnünk:

- A felépülés természetes folyamat – azt láthatjuk, hogy vannak, akik pszichiátriai diagnózisuk és a betegség megragadható kritériumai ellenére képesek túljutni nehézségeiken, boldogulnak az életben, és képesek elérni céljaikat kezelés nélkül.
- Mások elsősorban megfelelő kezelés nyomán tudnak felépülni a betegségből, de láthatunk spontán felépülést is, miközben céljaik elérése és elégedettségük különféle támogató hátterek igénybevételével volt csak megvalósítható.
- Alapvetően fontos tényező a remény – annak felismerése, hogy a súlyos pszichiátriai betegség diagnózisa ellenére nem szükségszerű, hogy a pszichiátria betegséggel élő élete intézményi létre korlátozódjon.

Miközben sok pszichiátriai program a klinikai felépülést helyezi előtérbe, Slade felfogásában az alapvető cél a pszichiátriai betegséggel élők személyes felépülésének támogatása – a klinikai felépülés ennél szűkebb, és a személyes felépülésnek alárendelt cél. Miközben elfogadjuk azt, hogy a pszichiátriai kezelés fontos eleme a felépüléshez vezető útnak, a személyes felépülés aláhúzza a remény, a jelentés és identitás, valamint a személyes felelősség jelentőségét.

A személyes felépülés, mint a felépülés alapú elmeegészségügyi szolgáltatások kerete:

Amikor a mentális zavarok tradicionális megközelítését képviselve a pszichiátriai betegséggel élők nehézségeit diagnosztikai kategóriák mentén közelítjük meg, egy sor negatív következménnyel kell az érintetteknek szembenéznie, így:

- a „mentális beteg” identitás meghatározó szerepe,
- a saját sors feletti hatalom elvesztése,
- reményvesztés, feladás, visszahúzódás.

Ezzel állítják szembe a felépülés alábbi tényezőit:

- remény,
- önbecsülés,
- személyes identitás,
- etnikai identitás,
- kulturális identitás,
- nemi identitás,
- megszabadulás a beteg identitástól.

Andresen és munkatársai az alábbiakat emelik ki:

Remény – jövő irányultságú várakozás a személyes célok elérése kapcsán. Központi kérdése: mi fog történni velem? A remény alapvetően mentális betegségből adódó következmények, hátrányok megszűnéséhez, egy jobb a jövő várásához kapcsolódik.

Identitás – az egyediség megerősödése. Központi kérdése: Ki vagyok én? Az identitás megerősödése azért kiemelkedő jelentőségű, mert a betegség aláássa a személyes és szociális identitást.

Jelentés – a mentális betegség kapcsán szerzett tapasztalatok megértése. Központi kérdése: Mi történt velem? Azt tapasztalhatjuk, hogy a mentális betegség megélése mély nyomott hagy, és a személyre szóló kielégítő magyarázat meghatározó. Van azonban egy indirekt jelentés is, amelynek központi kérdése: Mit jelent ez számomra? Az erre adott válasz az identitás megerősítése szempontjából fontos.

Személyes felelősség – Központi kérdés: Mit tudok tenni? A kérdésre adott válasz meghatározó jelentőségű, mert azt láthatjuk, hogy a betegség aláássa az egyén azon képességét, hogy felelősséget vállaljon sorsáért, életéért.

A személyes felépülés szakaszai:

- bénító akadályozottság, zavartság érzése, kontroll vesztes az élete felett, az önbizalom elvesztése, kapcsolatok elvesztése,
- harc az akadályozottsággal szemben, törekvés a betegséggel kapcsolatos magyarázat megtalálására, remény, kudarc - félelem, belső erőforrások keresése,
- együttélés az akadályozottsággal, a helyzet kezelésének kísérlete az akadályozottság határain belül,
- túllépés az akadályozottságon – teljesebb élet, jelentés és cél megtalálása az akadályozottság leküzdésével.

Andresen ötfázisú felépülési modellje:

1. Moratórium – elutasítás, zavartság, reménytelenség, identitás zavar és visszahúzóadás.

2. Tudatosulás – felcsillan a jobb élet reménye és az, hogy lehetőség van a felépülésre. Ezt a környezetében lévő fontos mások erősítik, szerep minták vagy a klinikus támogatása segítségével. Tudatosul az, hogy a beteg identitás helyett másféle identitás is kialakulhat.

3. Előkészület – az egyén elkezd a felépülésén dolgozni felmérve személyes forrásait és határait, tanulva a betegségről és az elérhető szolgáltatásokról, miközben másokhoz csatlakozik, akik a felépülés útján haladnak.

4. Újraépítés – egy kemény munkafázis, amelyben a pozitív identitás, a személyes értékek, célok kialakítása folyik a betegséggel megküzdés felelősségével és a saját élet feletti kontroll visszanyerésével. Ebben fontos az egyén rizikó vállalása.

5. Fejlődés – az egyén képes betegségét kezelni és egyensúlyát megőrizni. Megküzdő képesség, önbizalom, optimizmus jellemzi a jövővel kapcsolatban. Pozitív önképe van és hisz abban, hogy a betegséggel kapcsolatos tapasztalata nyomán jobb emberré vált.

A felépülés több fázisú modellje több klinikai előnnyel jár:

- hozzájárul a terápiás optimizmus megerősödéséhez,
- az egyén képessé válik arra, hogy a folyamatokat nem stigmatizáló módon, nem patologizáló megközelítésben lássa,
- ugyanakkor segíti a klinikust abban, hogy támogatását a felépülés megfelelő szakaszaihoz kapcsolja.

A felépülés négy feladata:

- **Pozitív identitás kialakítása:** a pozitív identitás kialakulásában döntő az, hogy az egyén különbséget tud tenni önmaga és betegsége között, és a vele történeteket képes személyében, nem betegként megélni szemben a „beteg-identitással”. A pozitív identitás nem egyenlő a betegség tagadásával. Az új, pozitív identitás kialakulása lassú, küzdelmes folyamat, amely szorosan kapcsolódik az identitást erősítő kapcsolatokhoz /pozitív szociális identitás) és alapvetően a személyes fejlődésről szól. Fontos azonban felismerni azt, hogy nem tudunk visszatérni „premorbid” énünkhöz, az átélt akadályozottság és stigma nyomokat hagy bennünk, de a betegség hangsúlyú identitástól el tudunk szakadni, és egy jobb jövő lehetősége bontakozhat ki, ami reményt ad.
- **A „mentális betegség” átfogalmazása:** E feladat szorosan kapcsolódik a betegséggel kapcsolatos tapasztalatokhoz és ahhoz, hogy milyen jelentését fogalmazzuk meg magunk számára. A jelentés hozzá tapadhat a klinikai modellhez hangsúlyt adva a diagnózisnak, vagy el tudunk tőle szakadni megfogalmazva azt, hogy a betegség bár jelenlévő része lehet önmagunknak, nem személyünk egészét jelenti, és nem bénítja meg életünket /szemben a „nem tudom megtenni, mert beteg vagyok” típusú reakciókkal).

- **A mentális betegség „önmenedzselése”** – a cél: megszabadulni a betegségtől, megtanulni, hogy hogyan lehet vele élni, pozitív átfogalmazás során valamilyen értéket találni benne, minimalizálni kedvezőtlen hatásait az identitás kapcsán, és megtanulni azt, hogy hogyan helyettesíthető más fontos dolgokkal. Fontos eleme a személyes felelősség vállalás, amely azt fejezi ki, hogy felelős a saját jólétéért, ezen belül a segítség keresése, és mások támogatásának megszerzésére kapcsán. Patricia Deegan az ismert "tapasztalati szakértő" írja azt, hogy számára a felépülés azt jelentette, hogy törekedett arra, hogy ő kormányozza az életét és szakértője legyen saját öngondoskodásának. A gyógyszereket is ő használja saját felépülési folyamatának részeként, és hasonlóképpen a kórházat is, amikor arra van szüksége. A kezelések passzív elfogadása a beteg-identitás erősödéséhez vezet. /ez egy sajátos út az akut ellátástól a rehabilitáción keresztül a kontinuous gondozásig. E soron haladva a kezdeti kezelési optimizmust különféle címkézések váltják fel a "kezelés rezisztenciától", a "nem együtt működőn" át a "defektuálódásig").
- **A szociális szerepek újraértékelése:** egy pozitív szociális identitás formálása, a személyes és szociális értékek megszilárdítása.

A professzionális segítők szerepe:

- a remény megerősödésének támogatása,
- az identitás támogatása, pozitív identitás erősítése a személyes fejlődés bátorítása,
- a személyes felelősség vállalás ösztönzése,
- a jelentés keresés segítése.

Áttekintve a felépülés alapú megközelítés jellemzőit felvetődhet bennünk a kérdés, hogy hogyan is jelenik meg ennek keretében a segítő életviteli támogatása. Slade leírásában a személyes felépülés egy „utazás”, amelyhez a segítő társul szegődik és támogató, ösztönző részvételével megkönnyíti az eligazodást, és átsegít az akadályokon. Ez a gondolat felidézti Carl Rogersnek a segítő és kliense közti viszonyról írt sorait a ma már klasszikusnak számító „Tanácsadás és pszichoterápia” című 1949-ben megjelent munkájában. A rogersi megfogalmazásban a segítő és kliens viszonya eltér a hagyományos gyógyító – paciens egyenlőtlenséget tükröző viszonyától, de nem is a tanár – diák hierarchikus kapcsolata, vagy a mester és tanítvány viszonya, de nem nevezhető mindent feloldó baráti kapcsolatnak sem. Számára a segítő és kliens kapcsolata leginkább a „szokrateszi dialógussal” írható le, amely a felismerés és mélyebb önmegértés ösztönzője.

Felhasznált irodalom:

- Raiff, Norma R., Shore, Barbara K.: Advanced Case Management: New Strategies for the Nineties – Sage Publ. London 1993.
- Rapp, Charles A., Goscha, Richard J.: The Strengths Model: A recovery – oriented approach to mental health services – Oxford University Press. Oxford. 2012.
- Slade, Mike: Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals - Cambridge University Press. Cambridge. 2009.
- Spindel, Patricia: Case Management from an empowerment perspective – Spindel Associates Inc.. 2008.
- Szabó Lajos: Esetmenedzsmen, in: Közösségi Pszichiátriai Koordinátor és Gondozó Képzés 58.-107.old. Jegyzet. NSZFI, Budapest 2009.
- Szabó Lajos: Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában - Szigony Alapítvány, Budapest 2008.

17.4. Az életviteli támogatás módszertani alapjai - az életviteli támogatás erőforrásokon alapuló modellje

Miközben a segítő kapcsolat jellegét tekintve közel állunk szemléletben Rogershez, azt gondoljuk, hogy az „utazó” társaként az általunk nyújtott támasz ennél kicsit több. Hogy miben, azt az életviteli támogatás „praktikuma” mentén írhatjuk le. Ennek lehetséges modellje az a személyes felépülés támogatásán alapuló – a belső és külső erőforrásokra építő – életviteli – támogatási modell (Strenghts modell), amelyet a Kansas Egyetem Szociális Munka Tanszékének munkacsoportja alakított ki Charles Rapp irányítása mellett (Rapp 1998).

Az intézmény kiváltási program a segítő munkának a közösségi ellátásban alkalmazott esetviteli munkától eltérő megközelítését követeli meg. Az alapvető különbséget egyrészt abban láthatjuk, hogy a közösségi ellátás a pszichiátriai betegséggel élő természetes életterének közelébe hozza az ellátást, és az ebben a szociális erőterben fellelhető források és támogató hátterek mobilizálására támaszkodva nyújt szolgáltatást – amennyire csak lehetséges felhasználva a személyes kapcsolati háló elérhető kulcsszemélyeit – a családra és a mikroközösségre építve a segítő munkát.

Az intézmény kiváltási program „kliensköre” azonban hosszú éveket élt egy izolált, mesterségesen létrehozott közegben elszakadva családi, rokoni, baráti és szomszédsági kapcsolataitól, és meglévő kapcsolatait a beszűkített intézményi lét határozta meg. A kiváltási program felbontja, átrendezi még ezt a redukált kapcsolati erőteret is, és a támogatott lakhatás új keretei között megnöveli az egymásra utaltságot, miközben komoly alkalmazkodási kihívások között „talajról” kell újra felépíteni a mindennapi életet, fokozottan támaszkodva a mobilizálható „belső erőforrásokra”, kibontható képességekre, a pszichoszociális fogyatékossgal élők motivációjára és önerejére.

Másrészt a különbség abban is jelentkezik, hogy az intézményi keretek az intézményi lét zárt világában a korlátok ellenére átlátható, kiszámítható körülményeket, és valamiféle állandóságot, biztonságot kínáltak még azokban az intézményekben is, amelyek egy korszerűbb „nyitott otthon” koncepciója mentén átjárhatóbb határokat teremtettek a külvilág felé. Az intézmény kiváltás radikálisan bontja le ezt a rendszert, és még a leggondosabb előkészítés ellenére is destabilizál, megingatja az intézményben élők biztonságérzését. Ennek nyomán a változások ellensúlyozásában a társadalmi befogadásnak és a támogató környezetnek kiemelt jelentősége van.

Figyelembe véve e nehézségeket fel kell ismernünk azt, hogy a tradicionális esetmenedzseri tevékenység és a közösségi ellátás megszokott keretei között nyújtott támogatás ebben a kliens körben nem elégséges. Miután pszichoszociális fogyatékossgal élők segítségével az intézmény kiváltáshoz kapcsolódóan nem rendelkezünk hazai mintákkal és tapasztalatokkal, kézenfekvőnek tűnik, hogy a nemzetközi gyakorlatban kidolgozott és az életviteli támogatás terén már kipróbált praxis modellt keressünk. Az intézmény kiváltási program kapcsán felmerülő nehézségeket figyelembe véve a Kansas Egyetem munkacsoportja által az életviteli támogatás terén kidolgozott „erőforrásokon alapuló felépülés orientált megközelítés” kínálja a segítő munka leginkább hatékony modelljét.

Miért a „Strenghts modell”?:

- Ez a modell egy olyan munkacsoport által kidolgozott praxis modell, amely a 80-s évek elejétől egy folyamatosan erősödő szakmai műhely keretében fejlődött. Kidolgozásában az esetmunka oktatása terén ismert módszertani szakemberek és a pszichiátriai betegekkel foglalkozó gyakorló klinikusok együtt vettek részt. Gyakorlati alkalmazása a kezdetektől napjainkig igen kiterjedt és meggyőző.
- A program nagyban épített a szociális munka gyakorlatára, és egyre inkább a közösségi ellátás felé fordult, miközben jól illeszkedett a „személyes felépülés” szemléleti keretébe.
- Fejlődése során a szűkebb értelemben vett esetmenedzsmenettől a komplex életviteli támogatás felé haladt a „belső és külső” erőforrások mentén.
- A modell jól átlátható, világos, módszertani elemeiben kimunkált és jól elsajátítható.
- Bár a korszerű felépülés-orientált megközelítés szellemében radikális, lehetőséget nyújt a kulturális és kontextuális különbségeket figyelembe vevő adaptációra sok nemzetközi tapasztalat erősíti meg ezt gazdag publikációs háttérrel.
- Alkalmazásában elsősorban szociális munkások játszanak szerepet és felkészült segítők munkájára épít, de a modellhez kapcsolatosan megjelenik a pszichiátriai betegséggel élők önszorgító

csoportjaiban felhasználható program, és e csoportprogramok facilitátorainak felkészítő programja is.

Az erőforrásokon alapuló megközelítés célja a pszichiátriai betegséggel élők felépülésének segítése, hogy visszanyerjék és átalakítsák életüket az ehhez szükséges belső és környezeti források, személyes szükségletek felismerésével, elérésével, úgy hogy ezekre támaszkodva képesek legyenek boldogulni a közösségben. Ehhez a segítő munka a szolgáltatást igénylő egyéni szükségleteihez igazodik a kliens és segítő közös munkája során az alábbi alapelvekre épülve:

- A segítő munka abból a feltevésekből indul ki, hogy a pszichiátriai betegséggel élők egy személyes felépülés folyamán képesek visszanyerni azt a képességüket, hogy maguk alakítsák életüket. Ebben fontos szerepet játszik az, hogy támaszkodni tudnak korábbi tapasztalataikra, megküzdési stratégiáikra, képességeikre és a korábban jelenlévő, támogató szerepet játszó emberi kapcsolataikra. A kapcsolatok közül kiemelt szerepet kap a segítővel bizalmi alapon kialakult kapcsolata, valamint a pozitív kimeneti várakozás és remény a jövőt illetően. Ehhez kapcsolódik a segítő szakértelme és a segítő munka során alkalmazott modell hatékonysága. Amikor e tényezőket mérlegeljük Rapp és Goscha kutatása nyomán elmondhatjuk, hogy a hatékonyság tényezői közül a legjelentősebbnek kliens „erő forrásai” bizonyultak: mintegy 40%-ban, a segítő kapcsolat jelentőségét 30%-nak ítélték meg, a remény és a szaktudás, ill. alkalmazott módszer 15–15%-ot képviselt. Érdekes itt utalni Jerome Frank-nek a pszichoterápiák hatékonysága kapcsán végzett felmérésére, amely szerint a pozitív kimeneti várakozás, remény ennél fontosabb szerepet játszik, és ezen belül a segítő kimeneti várakozása, optimizmusa is meghatározó jelentőségű. Egy másik ismert pszichoterapeuta – Lewis Wolberg – pedig kiemeli, hogy a képzetlen laikus segítő hatékonyasága 50% körül mozog, ezt a szakképzett segítő kb. 15-20%-kal haladják meg, és a legtehetségesebb, legtapasztaltabb segítő hatékonyasága is alig haladja meg a 75%-ot. Rapp és Goscha véleménye nagyon közel áll Rogers álláspontjához, aki a személyközpontú megközelítésben szintén a kibontható belső változás képességet és a segítő kapcsolat fontosságát emeli ki (a „segítő munka specifikus tényezői”).
- A „Strengths modell” által képviselt megközelítés fókuszában a kliens erőforrásai állnak és nem a deficiitek. Fontos hangsúlyoznunk azonban azt, hogy ennek ellenére nem jelentéktelenítik el a nehézségeket, elfogadják, hogy a pszichoszociális fogyatékosággal élő személy betegségeit kezelni kell, és a pszichiátriai ellátási háttereknek fontos szerepe van. Ennek kapcsán fontosnak tartják a pszichiátriai konzultációs hátterek jelenlétét, de nem hangsúlyozzák túl szerepüket. Jelenlétüket a klienssel folyó segítő munkában körülhatároltnak látják, kb. 30%-a a „ráfordításnak”. Ha megközelítésüket egybevetjük a klinikumban alkalmazott „intenzív esetmenedzselési modellekkel”, akkor azt látjuk, hogy alapvető felfogásbeli különbség áll fenn: az erőforrásokon alapuló megközelítés konzekvensen egy életvitelt támogató segítség az élet „élésének” természetes kontextusában, és nem klinikai munka abban a felfogásban, ahogy az ACT modell kapcsán láthatjuk, vagy ahogy „beintegrálódik” a Falloon féle pszichiátriai ellátási modellbe. A segítő szakértelme itt az erőforrásokkal folyó segítő munkában jelenik meg a „források és támogató hátterek specialistája”-ként.
- Rappék felfogása szerint a közösség a források „oázisa”. Miközben a „különösen sérülékeny kliens csoportokkal” – így a pszichiátriai betegséggel élők segítségével – foglalkozó segítőik igen gyakran a szociális környezetben tapasztalható negatív jelenségekre figyelnek (pl. kirekesztődés, stigmatizálódás, munkalehetőségek hiánya, lakhatási problémák, izoláció), és a közösség szegregáló magatartását hangsúlyozzák; az erőforrásokon alapuló megközelítés figyelme a közösség mobilizálható forrásai, pozitív megerősítése felé fordul, keresve a természetes segítőket, közösségi kulcsszemélyeket és a nyitott közösségi szolgáltatásokat. Arra törekednek, hogy a szociális erőterben felkínálódó forrásokat és alkalmakat használják fel, és csak a legszükségesebb mértékig támaszkodnak a pszichiátriai szolgáltatásokra, intézményi hátterekre. Ha az intézmény kiváltást ebből a szempontból vizsgáljuk nyilvánvaló az, hogy a közösségi források elérése és felhasználása a legnagyobb kihívás, és apró lépéseken keresztül, szívós, lassú építkezésben tudunk csak támogató háttereket kiépíteni.

- A pszichoszociális fogyatékossgal élő egyén úgy jelenik meg ebben a megközelítésben, mint a változáskezelés kulcsszemélye. Ez feltételezi azt, hogy a segítő munka során a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy interaktív résztvevője, partnere a segítő munka kialakításának, és álláspontja a döntési pontokon meghatározó. Ez meglehetősen szokatlan és a szakmai kultúra radikális fejlődését követelő feladat, amely szembesít minket azzal a dilemmával, hogy a kiváltás nyomán egy egészen eltérő szakmai és intézményi kultúrában kialakult gondozási gyakorlatot, hogyan lehet megváltoztatni, és a jelen stáb képes lesz-e szemléletét, gyakorlatát alapvetően átformálni. Más oldalról felvetődik az a kérdés, hogy hogyan is viszonyulunk a segítő munka során a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy irreális elvárásaihoz, törekvéseihez. A kérdés kulcsa a kölcsönösség és interaktivitás egy bizalomra építő partnerségben. A segítő nem kiszolgálja az irreális törekvéseknek, hanem ösztönzője annak, hogy a felvetődő problémák kapcsán, egy dialógus során mérlegelésre kerüljenek a lehetséges alternatívák és kimeneti következmények. Leszámítva az akut veszélyeztető magatartást és zavart állapotot, a döntés a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy kezében van élete felett, és övé a felelősség is – ez sokszor nehéz, fájdalmas része az önfejlődést szolgáló tanulási folyamatnak, de a tapasztalatok közös feldolgozása rendszerint előrevivő eleme a felelős életviteli autonómia kialakulásának.
- A közösség a segítő munka primer terepe. Ez azt jelenti, hogy a segítő munka nem szorul intézményi falak közé, nem passzívan várja a klienseit, hanem aktív felkutató programokon, közösségi jelzőrendszeren keresztül aktívan próbálja elérni potenciális klienseit. Az esetvitel is flexibilisen zajlik, sokszor informális keretek között (pl. iroda helyett kávézóban, McDonald's-ben, parkban, a kliens lakásán). A segítő aktív partnerséget ápol a potenciális partnerekkel is, és nagyban támaszkodik informális kapcsolatokra.
- Az erőforrásokon alapuló megközelítés egyben „empowerment” orientált megközelítés is – ez részben a kliens autonómiájának, önérvényesítő képességének folyamatos megerősítését jelenti, másrészt a társadalmi önérvényesítés ösztönzését is. Rapp és Goscha ezzel kapcsolatban azt írja, hogy nemcsak a kliens kerül hátrányos helyzetbe, hanem az őt segítő is a szakma negatív megítélése, alacsony presztízse, egzisztenciális körülményei és érdekérvényesítési nehézségei révén. A segítő munka hatékonyságát ez is érinti. Ebben a hátrányos helyzetben különféle reaktív szakmai szerepek jelenhetnek meg – pl. a barikádharcos, a nonkonformista elutasító, a mártír, a rezignált feladó, az opportunist, a defenzív bürokrata, az utópista álmodozó, vagy a távolságtartó teoretikus. Az erőforráson alapuló megközelítés azonban esélyt ad arra, hogy a közösségi erőforrásokra súlyozva olyan konstruktív szerepet találjunk, amely a szakmai identitás pozitív megerősítését segíti.

Néhány kiinduló szempont az erőforrásokon alapuló életviteli támogatás kialakításához:

- A szociális környezet minősége, amelyben élünk meghatározza teljesítményünket, sikereinket és életünk minőségét, de ennek alakulásában személyes hozzájárulásunk is meghatározó jelentőségű.
- Azok tudnak sikeresek lenni, akiknek vannak céljaik és álmaik.
- Akik sikeresek az életben, képesek erőforrásaikat használni vágyaik, törekvéseik megvalósítására.
- Akik sikeresek az életben, biztosak abban, hogy amit tesznek, az előrevivő céljaik elérésében.
- Akik sikeresek az életben, egy adott időben legalább egy világosan megfogalmazott céllal rendelkeznek, és rendelkeznek olyan képességekkel és magabiztossággal, amely előrevivő őket a cél megvalósításában.
- Akik sikeresek az életben, képesek elérni azokat a forrásokat, amelyekre szükségük van céljaik megvalósításához.
- Akik sikeresek az életben, rendelkeznek olyan fontos emberi kapcsolatokkal, amelyekre támaszkodhatnak.
- Akik sikeresek az életben, képesek élni a céljaik szempontjából fontos lehetőségekkel.

- A sikerhez egyaránt szükség van arra, hogy elérjük a megfelelő forrásokat, és legyenek olyan lehetőségek, alkalmak, valamint emberi kapcsolatok, amelyek hozzájárulnak a siker eléréséhez. (Rapp és Goscha 2012. 50. old.)

Az itt felsorolt szempontok nyomán kiemelhetjük azokat a tényezőket, amelyek mentén leírhatjuk a belső és környezeti erőforrások meghatározó komponenseit – ezek:

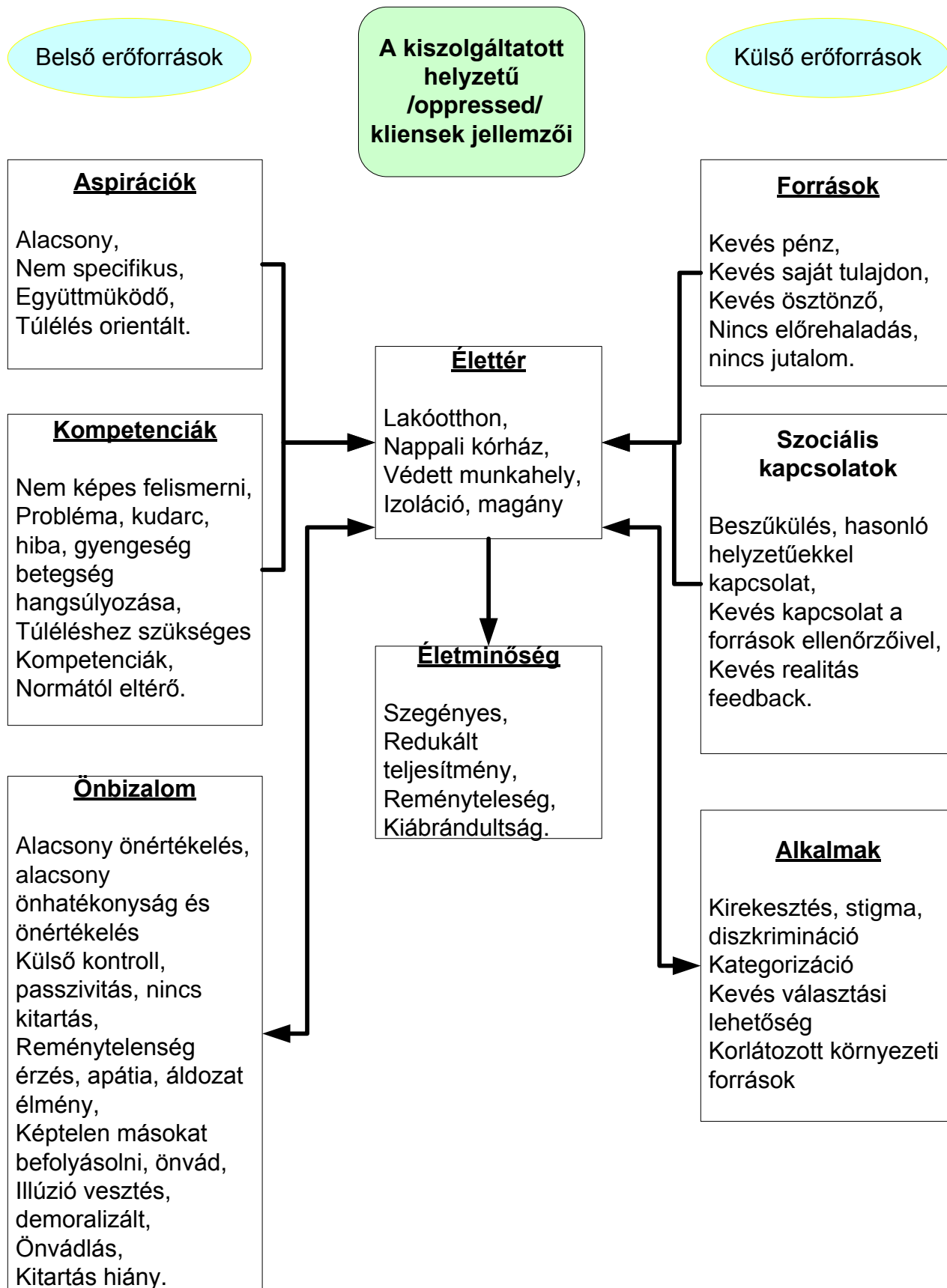
Belső erőforrások:

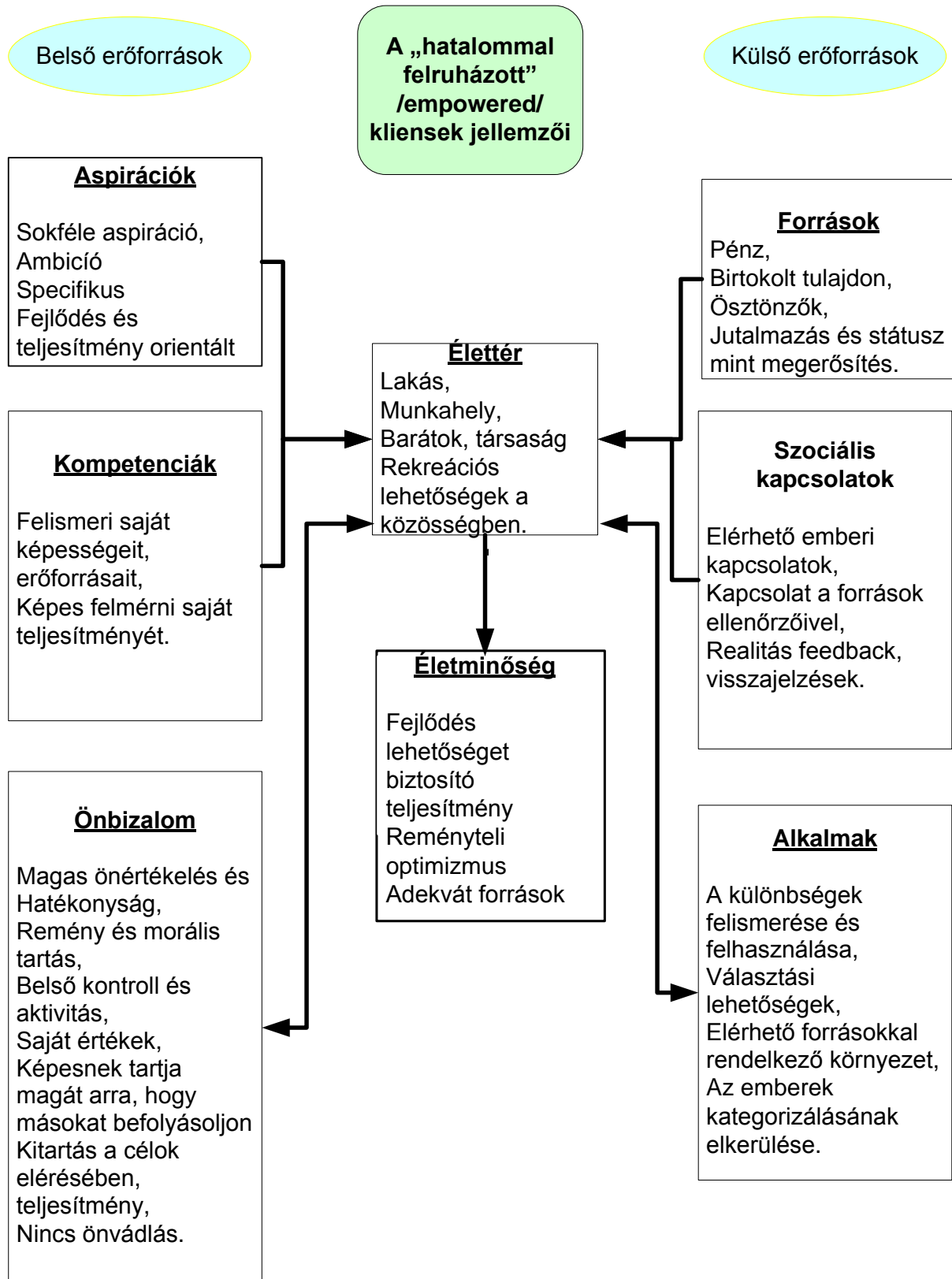
- a kliens vágyai, törekvései, aspirációi,
- a célok megvalósításához szükséges kompetenciák,
- a kliens önbizalma, önmagáról alkotott képe.

Külső erőforrások:

- a kliens számára szükséges források,
- a kliens szociális kapcsolatai,
- a felkínálkozó lehetőségek, alkalmak.

Rapp és Goscha e tényezőket az „elnyomott” (oppressed) és a „hatalommal rendelkező” (empowered) kliensek jellemzői mentén tekinti át (Rapp és Goscha 2012 49 -50. old.):





A környezeti tényezők szerepe:

A közösségi erőfeszítések kapcsán felmerül a környezeti tényezők fontossága a segítő munkában.

A pszichiátriai betegséggel élőkét körülvevő környezet két jellegzetes típusát különböztethetjük meg: a „csapdába ejtő” környezetet és a „megerősítő” környezetet.

A „csapdába ejtő környezet” jellemzői:

- Stigmatizál, kirekeszt,
- Beszűkíti az emberi kapcsolatokat,
- Beskatulyáz, személytelenít,
- Nem veszi figyelembe a kliens vágyait, törekvéseit,
- Nem ösztönzi a klienst hosszú távú célok elérésére,
- Kevés a visszajelzés, korrekciós lehetőség,
- Kevés a tanulási, fejlődési alkalom, sok az üresjárat,
- A kliens elszigetelődik, izolálódik,
- Elégtelenek az anyagi források.

A „megerősítő környezet” jellemzői:

- Társadalmi befogadás.
- Tágabb szociális mozgástér, gazdagabb kapcsolatok.
- Az individualitás és egyéni szükségletek figyelembe vétele.
- Alkalmak, lehetőségek a realisztikus célok megvalósítására.
- A realitások felismerésének megerősítése, konstruktív visszajelzések.
- Új készségek kialakulásának ösztönzése, fejlődés és tanulás lehetősége,
- Megfelelő és elérhető anyagi források.

A „csapdába ejtő környezet” nagymértékben kirekesztő, stigmatizáló, a társadalom peremére szorítja a pszichiátriai betegséggel élőkét, akik elszegényednek, izolálódnak, és kiszorulnak a közösségekből, az élet fontos szintereiről. A „megerősítő környezet” ezzel szemben egy olyan befogadó környezet, amely megerősíti a pszichiátriai betegséggel élők közösséghez tartozását, és alkalmat nyújt törekvései, céljai megvalósításához.

Áttekintve e tényezőket körvonalazhatóvá válik az életviteli támogatásnak az a praxis modellje, amely lehetőséget nyújt a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek személyes felépülését ösztönző, életviteli autonómiájukat megerősítő segítő munkára. E praxis modell elemei a következők:

- *csatlakozás és kapcsolatépítés*: ez a segítő munka első lépése egy olyan kölcsönös elfogadás kialakításához, amelynek bizalmi légkörében felépíthető a segítő munka közös, partnerségre támaszkodó formája,
- *az erőforrások felmérése*: az életviteli támogatáshoz felhasználható belső és külső erőforrások körvonalazása a kliens törekvései nyomán. E felmérés a korábban leírt tényezők mentén történik (belső erőforrások: aspirációk, kompetenciák, önhatékonyság; külső tényezők: források, szociális kapcsolatok, lehetőségek, alkalmak és a környezeti kontextus),
- *a személyes felépülésre irányuló tervezés*: a pszichoszociális fogyatékossgal élő egyén által megfogalmazott rövid és hosszú távú célok kibontása a feladatok és felelőségek megfogalmazásával, a megvalósítás időkereteivel, a mobilizálható erőforrások figyelembe vételével. A tervezés munkája az egyén és segítő együttműködésén alapuló – a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy preferenciái mentén haladó – közös erőfeszítés,
- *a források elérése*: fókuszban itt a külső erőforrások elérése áll a közösségi támogatások mobilizálásával és a közösségi integráció elősegítésével,

- *az együttműködés fenntartása*: a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy motivációjának, reményének, erőfeszítéseinek erősítése, ösztönzése a „személyes felépülésre irányuló terv” –re építve. Alapvető törekvés az autonómia, önhatékonyság és közösségi integráció megerősítése a személyes célok, vágyak, törekvések prioritásai mentén,
- *fokozatos leválás* a „saját élet feletti hatalom vissza vétele” nyomán.

Az itt felvázolt modellt a segítő munkának egy olyan keretét mutatja be, amelynek meghatározó jellemzői az alábbiakban írhatók le:

- Ez egy hosszú távú – a pszichoszociális fogyatékossgal élő személy mindennapi életvitelének segítségét célzó – esetviteli munka, amelynek közege az a természetes környezet, amelyben az egyén élete zajlik és tartalma az élet folyamában felmerülő nehézségek és akadályok, irányát pedig az egyén törekvései, céljai határozzák meg. Ezt azért kell világosan megfogalmazni, mert a „skill fejlesztés” tréning jellegű csoport programjai – amelyek fontos részei egy felkészítő programnak – nem váltják ki az életviteli támogatás mindennapi munkáját.
- Miközben az életviteli támogatásnak ez egy „kollaboratív modellje”, amely kölcsönösségre, szoros partnerségre épül, nem felejthetjük el, hogy a segítésnek ez a formája alapvetően professzionális segítség, amely felkészült szakember tevékenységére épít. A Kansasi Egyetem munkacsoportja ezt elsősorban szociális munka tevékenységnek tekinti, miközben hangsúlyozza az informális segítőkkel való együttműködés jelentőségét. Sokan fenntartással kezelik a szociális munkások jelenlétét és „kontrolláló – paternalisztikus” szerepben látják őket, tevékenységük tartalmát pedig leegyszerűsítő megközelítésben szemlélik. Fel kell ismernünk azonban azt, hogy az életviteli támogatás szakértelmet feltételező szolgáltatás, amelyet a pszichoszociális fogyatékossgal élő egyén nehézségei kapcsán ugyanúgy „használhatja” mint bármilyen más szükséges szolgáltatást.
- A segítő munka alapvető eleme az interprofesszionális együttműködés, amely során az ellátó rendszer kulcsintézményeivel való kapcsolattartás, dialógus és az intézményközi esetkonferencia fontos szerepet játszik.
- A segítő munkája során a segítő nem kérdőjelezi meg a pszichiátriai konzultációs háttér jelenlétének fontosságát, és nem vitatja a pszichiáter kompetencia körébe tartozó diagnosztikai megállapításokat és terápiás döntéseket, a sürgősségi ellátás kapcsán felmerülő intézkedéseket. Adott helyzetekben azonban saját felelőssége a pszichiátriai konzultációs háttér igénybevételének mérlegelése és a segítségkérés. Ennek során azonban jelen van az a kötelezettsége is, hogy e döntések mérlegelése során a kollaboratív viszony fenntartásával egy nyílt dialógusban folyamatosan ösztönözze a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyt arra, hogy egy realisztikusabb mérlegelés és önbelátás nyomán elfogadja a pszichiátriai segítség szükségességét.
- A pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek segítésében a segítőnek a nehézségekkel küzdőkről alkotott képe, értékorientációja és etikai tartása meghatározó jelentőségű. Ez különös súlyt kap a segítő kliens-képviselési funkciója kapcsán. A korai szociális munka megfogalmazása szerint e funkciójában a szociális munkás a társadalom „felettes énje”, amely szembesít minket a „különösen sérülékeny” kliensek iránti kötelezettségeinkkel. Ez a gondolat újra és újra felbukkan a szociális munka történetében és jelen van ma is a szociális munka „anti-opresszív” stratégiái kapcsán, de megtalálhatjuk a közösségi ellátás gyakorlatában a pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek „személyes céljainak” megvalósítására irányuló törekvésekben is a „személyes felépülés” folyamatában. Fontos felismernünk azonban azt, hogy a személyes felépülés „kimeneti kritériuma” a realitások elfogadásának képessége és a sorsunk iránt vállalt személyes felelősség is. Ebben a vonatkozásban látnunk kell azt is, hogy a segítő nem csupán a kliens vágyainak, törekvéseinek kiszolgálója, és a társadalmi felelősségvállalás „firtatója”, de egyben társadalmi értékek és elvárások közvetítője is.

Az esetvitel módszertani elemei:

A segítő kapcsolat kialakítása: Rapp és Goscha munkájában a segítő kapcsolat kialakítása során alapvetően a személyközpontú megközelítés alapelvei jelennek meg Rogers, valamint Truax és Mitchell nyomán (ld. még Tringer „Gyógyító beszélgetés” c. ismert munkájának a segítő munka aspecifikus tényezőire és a segítő beszélgetés alapelveire vonatkozó fejezetét).

Az erőforrás alapú felmérés: a klienssel folyó interjú során az élet alábbi területeit térképezzük fel:

- otthoni körülmények, napi életvitel,
- anyagi helyzet,
- munka, tanulás, speciális készségek,
- támogató kapcsolatok,
- egészségi állapot,
- szabadidő eltöltése,
- vallási, kulturális érdeklődés, tevékenység, hobbik.

E területek kapcsán a figyelem középpontjában a jelen és múlt erősségei, forrásai, valamint a kliens vágyai, aspirációi állnak (milyen kompetenciákra, forrásokra tud támaszkodni, mi az, amire a múltban támaszkodott, melyek a vágyai, törekvései és ezzel kapcsolatos prioritásai).

A felmérés során az alábbi alapelveket próbáljuk érvényesíteni:

- a felmérés során a kliens számára fontos, jelentős tényezők kiemelésére törekszünk,
- külön figyelmet fordítunk a kliens életének pozitív mozzanataira, tapasztalataira, amelyek a reményt erősíthetik,
- a támpontoknak konkrétnek, részletesnek, specifikusnak kell lenniük (pl. a „szeretem a zenét” helyett: „ amikor gimnazista voltam többször elmentem Cseh Tamás koncertekre – most is szeretem a számait, van 5-6 lemezem tőle és ha feszült vagyok becsukom a szobám ajtaját, felteszem a fülhallgatót és egy-két órán keresztül őt hallgatom – ilyenkor olyan mintha visszamennék az időben – amikor még minden jó volt”),
- a felmérés során arra törekszünk, hogy a kliens perspektívájából nézve, az ő kifejezéseit használva írjuk le a támpontokat,
- fontos, hogy a kliens számára világos legyen a felmérés célja,
- a felmérés stílusának a flexibilis beszélgetés jelleg felel meg leginkább (nem kikérdezés és nem úrlaptöltögetés),
- a felmérést lehetőleg a kliens természetes környezetében végezzük,
- a felmérés nem korlátozódik egy vagy két alkalomra, nem különül el élesen a segítő munka folyamatában – a segítő beszélgetésekben tovább bővül, gazdagodik.

Milyen támpontok kapnak kiemelt hangsúlyt?

- vágyak és aspirációk konkrét, részletes, specifikus támpontok mentén,
- a kliens prioritásai konkrét, részletes, specifikus támpontok mentén,
- a kliens képességei, skilljei konkrét, részletes, specifikus támpontok mentén,
- környezeti források konkrét, részletes, specifikus támpontok mentén,
- ami a kliens számára fontos, jelentős,
- a reményt erősítő támpontok.

A személyes felépülési terv: a személyes felépülési terv kiinduló pontja a felmérés során szerzett támpontok (a jelen és a múlt erősségei és forrásai, valamint a kliens vágyai, törekvései, aspirációi), amelyeket a kliens életének főbb területein azonosíthatunk, és amelyek nyomán megfogalmazhatók a **kliens személyes céljai**. A személyes felépülési terv két szinten fogalmazható meg: egy átfogó, hosszú távú terv formájában, és a rövid távú tervezésnek a személyes célok megvalósításának konkrét lépésekre bontott részletes „ütemterve” mentén.

Amikor hosszú távú célokról beszélünk, akkor a kliens életének különböző területein megjelenő vágyak, aspirációk mentén megfogalmazott célok, mint a kliens „álmai”, reményei fogalmazódnak meg – ezeket Rapp és Goscha személyes, „szenvedélyes” megfogalmazásokként, állításokként írja le (pl. „meg akarom találni a helyem az életben”, „szükségem van barátokra”). Az első jelentős lépés a segítő munkában az, hogy egy közös munkában a hosszú távú célokat a kliens életének különböző területein a jelen kontextusból kiindulva fogalmazzuk meg, és ennek nyomán határozzuk meg a segítő munka fókuszát és prioritásait.

Rapp és Goscha munkájában külön foglalkozik az irreális, grandiózus és téveszmékre épülő célok problémájával, a célok homályos megfogalmazásából adódó nehézségekkel, ill. azzal a problémával, amikor a kliens nem képes célokat megfogalmazni. Kiemelik a kliens aktív részvételének fontosságát és különféle facilitáló módszereket alkalmaznak a személyes célok kibontására. (Pl. átveszik a „megoldás központú megközelítés” keretében kimunkált „csodakérdés” technikáját: „Képzeld el, hogy egy este lefekszik aludni és alvás közben valami csoda folytán megváltozna az egész élete, és reggel, amikor felébred, azt tapasztalná, hogy a problémák, amikkel küszködött, mint egy varázsütésre eltűntek. Miben lenne más az élete?”).

A személyes célok megvalósításához **a rövid távú tervezés során** a cél elérését a cél irányába haladó „mérhető” kis lépések sorozatára bontják, rögzítve azt, hogy mit teszünk meg a következő találkozásig, milyen idői ütemezésben, hogyan és kihez kötve jelennek meg a feladatok és felelőségek. A megfogalmazás konkrét „akciólépéseket” tartalmaz realiztikus, megvalósítható, a kliens számára átlátható és elérhető részcélok mentén (ld. „cél elérési súlyozás” módszerét szintén a „megoldás központú megközelítés” kapcsán). Fontos elem a pozitív megerősítés, a remény fenntartása és az elakadások, kudarcok kockázatának csökkentését szolgáló anticipált tervezés az alternatív elérési utak előzetes mérlegelésével, és az opciók megfogalmazásával.

A források elérése: A környezeti – intézményi források kapcsán a „Strengths modell” az egyik legradikálisabb álláspontot képviselő megközelítés. A modell állítása szerint a tradicionális intézményrendszer szegregáló gyakorlatával a személyes felépülés akadályaként van jelen. Fenntartásaikat nemcsak a pszichiátriai bentlakásos otthonokkal szemben fogalmazzák meg, hanem a pszichiátriai rehabilitáció és közösségi ellátás olyan intézményeivel szemben is, mint a pszichiátriai betegek nappali ellátása, védett munkahelyek, vagy a pszichiátriai betegséggel élők számára létrehozott lakóotthonok. Álláspontjuk szerint ezek az intézmények mesterségesen létrehozott „szigetek”, amelyek a pszichiátriai betegséggel élők életét elszigetelik a természetes környezettől, és a hasonló sorsúak zárt közösségeibe tereli. E megközelítés képviselői arra törekednek, hogy a kliens természetes életterében jelenlévő közösségi forrásokra támaszkodjanak, és klienseik élete ne különüljön el az őket körülvevő közösség mindennapi életétől. Ennek megfelelően a lakhatás, a munka lehetőségek megteremtése, a közösségi élet szinterei a hangsúlyos társadalmi integrációs törekvések mentén formálódnak, az életviteli támogatás és a pszichiátriai ellátás biztosítása pedig, mint „szolgáltatási hátterek” jelennek meg. A segítő munka sem rendelőkben zajlik, hanem a kliens természetes életterében. Az intézményi szolgáltatásokon túl hangsúlyos szerepet kap a közösségi támogatás. Szemléletük alapja az a feltevés, hogy az egyént körülvevő közösségben mindig fellelhetők olyan közösségi kulcsszemélyek, akik megszólíthatók és nyitottak a támogató szerepek elfogadására, és az ő szerepvállalásuk meghatározó jelentőségű a közösség mobilizálásában, a támogató hátterek kiszélesítésében. A segítő fontos feladata a kliens személyes kapcsolati hálójának feltérképezése, és annak ösztönzése, hogy ennek kulcsszemélyei, és az egyént körülvevő mikroközösség a pszichiátriai betegséggel élő támogató partnereiként jelenjenek meg. A segítő munkának ez a sajátos oldala érdekes módon először a pszichiátriai betegséggel élők segítésében jelent meg a „networking” stratégiáinak kidolgozásával (ennek klasszikus forrása Ross Speck és Carolyn Attneave „Family networks” című, 1973-ban megjelent munkája, amelyben a támogató családi-rokonsági kapcsolatok újraszervezése jelenik meg „retribalizáció” néven). A közösségi mentálhigiéné terén később a közösségi források felhasználása kiszélesedett, napjainkban pedig újra éledő érdeklődést tapasztalhatunk. Rapp és Goscha kiemeli a négy „A” fontosságát (availability, accesibility, accomodation és adevcacy) - ha ezeket a gyakorlatra akarjuk lefordítani, akkor azt

mondhatjuk, hogy a források feltárása során az első lépés a kliens számára felmerülő lehetőségek, alkalmak mérlegelése, majd ezek elérhetőségének vizsgálata az akadályok feltárásával. Ezt követi a forráselérés gyakorlati szempontjainak és autonóm, adekvát felhasználásuknak áttekintése.

A forráselérés stratégiái: Rapp és Goscha az alábbi lépéseket írja le:

- Források vizsgálata a lehetséges alternatívákkal,
- Kié a kontroll? (kivel kell a forrás elérése kapcsán együttműködni?)
- A sebezhetőség mérlegelése (mi a forrás intézmény érdeke, ütközik-e ez a kliens törekvésével, számolhatunk-e ellenállással, negatív reakciókkal, várhatunk-e pozitív megerősítést, bátorítást, kik a megszólítandó kulcsszemélyek, milyen döntési szintek játszhatnak szerepet a forrás elérésében),
- A megfelelő stratégia kiválasztása (informális csatornák, racionális-neutrális megközelítés érvelés, meggyőzés útján, konfrontatív-nyomásgyakorló megközelítés, mediációs stratégiák - egyéni, adminisztrációs és intézményi stratégiai szinten),
- A következmények mérlegelése,
- Implementáció.

Az együttműködés fenntartása: az életviteli támogatás fontos eleme a kliens autonómiájának, önálló életvitelének erősítése. A segítő munka ezen szakaszában a segítő jelenléte, aktivitása nagymértékben a kliens igényeihez igazodik, és egyre inkább egy olyan igénybe vehető háttér szolgáltatásként van jelen amelyet a kliens rugalmasan használhat, és szükség szerint „alacsony küszöbű szolgáltatásként” hosszú távon elérhet. Ahhoz, hogy a segítő el tudja „engedni” kliensét, egy olyan kapcsolati kölcsönösségnek kell kialakulnia, amelyben erős a bizalom és a kliens számára természetes, hogy felmerülő nehézségei kapcsán támaszkodhat a segítőre, és fontos számára az, hogy személyes felépülése során elért autonómiája, hatékony életvitele megőrzése érdekében, ha kell lépéseket tesz és közben tartja saját sorsát.

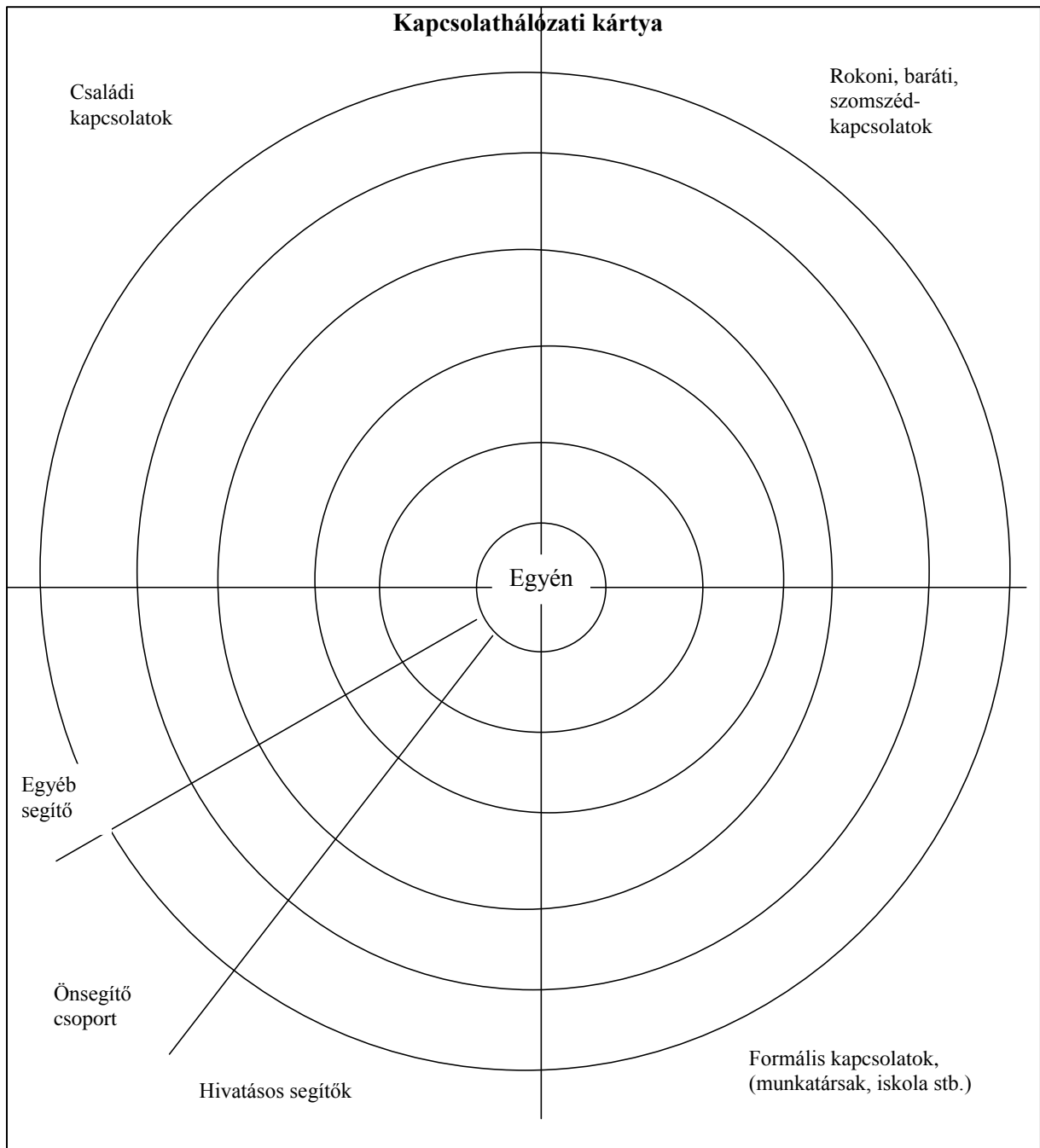
E törekvések erősítése mellett fontos az „eredmények” fenntartását megkönnyítő pszichoedukációs támogatás és a visszaesés megelőzés stratégiáinak alkalmazása (Rapp és Goscha ennek kapcsán utal a közismert „Prochaska – DiClemente modellre”).

A „Strengths modell” nyitott végű, hosszú távú életviteli támogatást körvonalaz. Rapp és Goscha könyvében nem szerepel olyan fejezet, amely az eset lezárásról szólna, de az együttműködés fenntartása kapcsán láthatjuk, hogy az életviteli autonómia megerősödése nyomán tapasztalható egy fokozatos leválás.

Felhasznált irodalom: Rapp, Charles A., Goscha, Richard J. (2012) The Strengths Model: A Recovery-oriented Approach to Mental Health Services – Third Edition, New York, Oxford University Press

17.5. Kapcsolatok feltérképezése

Kapcsolathálózati kártya



Szociális támasznyújtás - Milyen támaszokat vár?

Figyelmesség	□□□□□
<i>dicséret, érdeklődés, amit másoktól kaphat</i>	
Hasznosság megélése	□□□□□
<i>másokon való segítség öröme</i>	
Szeretet	□□□□□
<i>gondoskodás, érzelmi vonzódás, amit másoktól kap</i>	
Testi közelség	□□□□□
<i>közeli intim viszony másokkal, ami érzelmi és fizikai kielégülést jelent.</i>	
Valahova tartozás	□□□□□
<i>közös aktivitások, a valahova tartozás érzése, együttlét másokkal</i>	
Bátorítás	□□□□□
<i>mások által történő megerősítés, annak megélése, hogy bíznak benne</i>	
Elismerés	□□□□□
<i>bizalom és megerősítés, amit másoktól kaphat, elfogadottság érzése, empátia</i>	
Vigasz	□□□□□
<i>vigasz, megnyugtató, valakire való támaszkodás érzése</i>	
Példa	□□□□□
<i>példakép vagy minta, amit mások adhatnak</i>	
Vezetés	□□□□□
<i>tanács, szellemi támogatás másoktól</i>	
Anyagi segítség	□□□□□
<i>másoktól kapott anyagiakban vagy eszközökben megjelenő támogatás</i>	
Tudás	□□□□□
<i>szakszerű, szakmai információk másoktól</i>	
Becsületesség	□□□□□
<i>amikor mások megmondják, hogy ők, vagy mások mit gondolnak Önről, vagy mit érezne</i>	
Kölcsönösség	□□□□□
<i>adás és elfogadás megélése</i>	

A szociális hálózat nagysága és összetétele

1. Írja le azokat a személyeket, akiktől támaszt kap, akikkel kapcsolatban áll! Csak azokat, akik fontosak az Ön számára. (1. oszlop)
2. Jelölje meg, hogy milyen kapcsolatban állnak Önnel! (rokon, szomszéd, barát, hivatásos segítő, munkatárs stb.) (2. oszlop)
3. Kikkel állnak még kapcsolatban ezek a személyek a többiek közül? (3.oszlop)

1. Nevek	2. Milyen jellegű a kapcsolat?	3. Másokkal való kapcsolat

Támasznyújtó rendszer működése

Név	Mióta jelent támaszt az adott személyt? (években)	Milyen gyakori ez a kapcsolat?					Hol lakik ez a személy?					Támasznyújtó személynek tekinti hálózatában?	
		napi	heti	havi	többször egy évben	néha egy évben	ugyan- abban a házban	ugyan- abban az utcában	ugyan- abban a város- részben	ugyan- abban a város- ban	másik város- ban	igen	nem

Támasznyújtó mátrix

Nevek	Figyelmesség	Hasznosság megélése	Szeretet	Testi közelség	Valahova tartozás	Bátorítás	Elismerés	Vigasz	Példa	Vezetés	. Anyagi segítség	Tudás	Becsületesség	Kölcsönösség

17.6. Pszichoszociális fogyatékkal élők felkészítése a korai tünetek felismerésére és a segítségkérésre

A pszichiátriai megbetegedések jelentős részében kell számolnunk az önkép zavarával, ami azt jelenti, hogy a pszichoszociális fogyatékkal élő személyeknek az önmagukról alkotott képe jelentős mértékben eltér a valóságtól. A saját magatartás észlelésének hiánya, vagy torzultsága miatt a pszichiátriai zavarral élők folyamatosan élnek át a valósággal való ütközéseket és konfliktusokat. A támogatott lakhatást igénybevevő lakók részére komoly megterhelést jelentenek az adaptációs folyamat (krízis) során a valósággal való ütközések, amelyek mértéke csökkenthető a kiegyensúlyozott mentális állapot fenntartásával és a konfliktusok kezelésére, a problémamegoldó gondolkodásra és magatartásra történő felkészítésükkel.

A pszichiátriai betegség minél hosszabb ideig áll fenn, annál komolyabb az egészséges személyiségrész károsodása és jelennek meg a tartós pszichológiai következmények, amelyek szerepet játszanak a patológiás állapot fennmaradásában. A krónikus pszichiátriai betegség erősíti a beteg szerepet, amelynek két szélsőséges változata van, ami között bármilyen átmenet előfordulhat. Az egyik véglet a beteg szerep túlzott megélése, amelyet a kórkép és a tünettan önmagában nem magyaráz. A másik véglet a beteg szerep teljes elutasítása, ami a pszichiátriában a betegség tudomásul nem vételétől a betegségtudat teljes hiányáig terjedhet. Súlyos esetben a pszichiátriai betegség tudatának teljes hiánya veszélyeztető lehet és közvetlen veszélyeztető állapot kialakulásához vezethet, amikor jogilag szabályozott kényszerintézkedésekre kerülhet sor. Enyhébb esetben csak az együttműködés hiányáról beszélünk (non-compliance). A betegségtudat megvan ugyan, azonban a betegséggel együtt járó korlátozásokat, kellemetlenségeket a beteg mégsem veszi tudomásul, az orvosi előírásokat nem tartja be (pl.: gyógyszeresedés abbahagyása). A betegség belátás egyik köztes állomása a disszimuláció, amikor a beteg ragaszkodik téveszméihez, amelyekről tudja, hogy a környezete és az orvos azokat kórosnak tartják, ezért megpróbálja nem mutatni illetve nem beszélni róla.

A nagy pszichiátriai intézményekben a segítő és a beteg viszonya, a köztük lévő kapcsolat természeténél fogva aszimmetrikus. A hagyományos szemlélet a beteget a következő jelzőkkel írja le: gyenge, bizonytalan, tudatlan, szenvedő, passzív, önző, elfogult, meg nem értett. A segítőket pedig: erős, határozott, szakértő, egészséges, aktív, önzetlen, elfogadó, tárgyilagos. A modern pszichiátriai ellátás alapja, hogy a segítő és a beteg egymással partneri viszonyba kerül, kapcsolatuk szimmetrikusabbá válik és változnak a segítő és a beteg szerepre illő jelzők is. A beteg megrendelő, aktív résztvevő, döntéseket hozó és kontrollgyakorló lesz, a segítő pedig szolgáltató, konzultánszakértő, alternatívákat kínáló és a kontrollt elfogadó. A közösségi alapú pszichiátriai ellátás elvei ebből a szolgáltatás alapú szociálpszichiátriai szemléletből nőttek ki. A sikeres fejlesztés eredményeként a beteg aktivitása és motiváltsága fokozódik, képessé válik saját sorsát maga alakítani és nem elszenvedője, hanem aktív résztvevője lesz szükségletei kielégítésének. A felépülés alapú szemlélet lehetőséget biztosít a betegnek, hogy „felnőtté” váljon és hogy életének „ügyvitelét” saját kezébe vegye az általa igényelt professzionális, vagy önkéntes alapú támogatás mellett.

Felkészítés a korai tünetek felismerésére, a segítségkérésre

A felkészítés célcsoportjai:

- a pszichoszociális fogyatékkal élő személyek, akik a „biztonságos”, standard és folyamatos egészségügyi és szociális támogató ellátásból átkerülnek a „támogatott lakhatás” rehabilitációs, reintegrációs és fejlesztő program tárgyai, szolgáltatói és humán feltételrendszerébe,
- a különböző szolgáltatók segítő munkatársai,
- a hozzátartozók, családtagok és a gondnokok,
- barátok, ismerősök,
- munkatársak, munkahelyi vezetők,
- közvetlen lakókörnyezetben élők.

A felkészítés tartalma:

- Korai tünetek

A pszichiátriai betegségeket lényegében a gondolkodás, az érzelmi élet és a viselkedés területén megjelenő zavarként érzékeljük. A megjelenő tünetek többsége magatartás tünet. A magatartás többféle módon is tünetté minősülhet:

- lehet a magatartás az adott helyzetben teljesen indokolatlan,
- lehet valamely magatartásforma túlzottan gyakori,
- lehet, hogy valamely magatartásforma túl ritkán, vagy egyáltalán nem jelenik meg.

A magatartás tünetként való értékelésénél a kliens saját normáira támaszkodunk elsősorban, ugyanakkor figyelembe vesszük környezetének és kultúrájának elfogadott normáit is. A magatartás, mint tünet mindig az adott konkrét helyzetben, azzal egységben értelmezhető. A segítőnek és a környezetnek a legnagyobb nehézséget az jelenti, ha a tünet a kliens valamelyik szubjektív élményéhez kapcsolódik és csak a kliens elmondása alapján van róla információnk. Az érzékszálódásoknak (pl. hallucinációknak) egy részét közvetett jelek alapján észlelhetjük, más részét viszont nem, mert ezek nem nyilvánulnak meg feltűnően a viselkedésben. A korai tünetek felismerése során a kliens panaszát akkor is komolyan kell venni, ha a panasz és a kliens észlelt magatartása között ellentmondás látszik. Több pszichiátriai betegségnek testi tünetei is vannak. Leggyakrabban észlelt korai tünetek a vegetatív idegrendszer zavarai, az alvás-ébrenlét ciklusának felborulása (alvászavar, vagy túlzott aluszékonyság), az étvágy tartós változása (étvágytalanság, vagy túlzott táplálkozás), amelyek jelzik a mentális betegség kialakulását, vagy fellángolását.

- A pszichiátriai betegségek lefolyása

A pszichiátriai betegségek jelentős része (szkizofrénia, mániás-depressziós bipoláris kedélybetegség, major depresszió, szorongásos zavarok) elhúzódó, tartós folyamat, amely során az aktív fázisok váltakoznak a nyugodtabb, kevesebb tünettől rendelkező illetve tünetmentes szakaszokkal. A már kialakult betegséghez való viszonyulás, a betegség elfogadása, a szükségszerű korlátozások elviselése szempontjából a betegek különbözőek. A betegség lefolyásával párhuzamosan változik a betegek viszonya betegségükhöz a betegség belátás hiányától, a részleges betegségbelátáson keresztül a betegség elfogadásáig, illetve a betegség túlzott megéléséig. A betegséggel kapcsolatos alapvető beállítódás, nemcsak a betegség kimenetelének, hanem a rehabilitációnak is lényeges eleme.

- Segítségkérés útjai

A megvalósuló segítségkéréshez fontos szempont, hogy a támogatott lakhatás keretei között élő pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek tisztában legyenek betegségükkel, ismerjék a korai figyelmeztető tüneteket és motiváltak legyenek a segítő szolgálatokkal való együttműködésre. Rendszeres tájékoztatásra van szükségük az egészségügyi és szociális ellátók elérhetőségéről és a lehetséges rendelkezésre álló segítségnyújtás jellegéről.

A jelzőrendszer széles alapon szerveződik és mindenki részese, aki kapcsolatba kerül az egyénnel, így:

- család,
- szűkebb és tágabb környezet (barátok, szomszédok, ismerősök),
- közösségi ellátás (közösségi gondozó),
- szociális szolgálatok, szolgáltatók,
- házi orvos,
- pszichiátriai gondozó,

- munkahely (munkatársak, munkahelyi vezető)
- képzőhely (tanulótársak, tanárok),
- családsegítő (családgyógyász),

A jelzés a korai figyelmeztető tünet megjelenéséről, vagy veszélyeztető állapot kialakulásáról megjelenhet közvetlenül az esetfelelősnel, vagy valamelyik szolgáltatónál. Az állapot sürgősségétől és súlyosságától függően a probléma megbeszélésre kerül a segítői team ülésén és meghatározásra kerülnek a szükséges teendők, vagy gyors döntés alapján az otthon közeli ellátásban résztvevő segítők oldják meg a helyzetet a beteg lakókörnyezetében. Szükség esetén a pszichoszociális fogyatékkal élő egyén bekerül kórházba.

A pszichiátriai betegek rehabilitációja és a harmadlagos megelőzés (tercier prevencio) során, de a támogatott lakhatás szolgáltatás keretében különösen fontos és elengedhetetlen a szociális és az egészségügyi szolgáltatók rendszeres információcseréje, olajozott együttműködése és a helyzetnek megfelelő intenzitású közös fellépése.

A jelzőrendszer együttműködése természetes módon létrejöhet a résztvevő szolgáltatók és munkatársaik kellő motiváltsága és szemlélete esetén. A relapszus miatti pszichiátriai osztályos kezelés során az esetmenedzser (esetgazda) aktív tevékenysége tartja fenn a támogatott lakhatás keretei közé történő visszatérés lehetőségét és a kórházon kívüli szolgáltatók koordinációját a kliens szükségleteinek megfelelően. Az aktív pszichiátriai ellátást követően természetesen ismét felmérésre kerül a kliens gondozási szükséglete és ennek megfelelően határozza meg a segítő team a támogatás különböző formáit és helyét.

Pszichoedukáció

A pszichoedukáció tevékenysége a pszichiátriai betegséggel élő személy és természetes támogatóinak felvilágosító tájékoztatása az adott pszichiátriai betegségre vonatkozóan.

A pszichoedukáció során érthető és könnyen elsajátítható módon közös munka keretében megtanulásra kerül minden fontos információ az adott pszichiátriai, mentális zavarról, továbbá feltérképezésre kerülnek az állapotrosszabbodásokat (relapszusokat) megelőző korai figyelmeztető tünetek is.

A pszichoedukáció a betegség természetéből adódóan a gondozás, a szolgáltatás teljes időtartama alatt folyamatosan végzett tevékenység. A pszichoedukáció során a kliens információt szerez a változást, gyógyulást elősegítő tényezőkről és a rizikófaktorokról egyaránt, megtanulja a nagy érzelmek, rossz gondolatok kezelését. A kliens ismerete bővül az adott pszichiátriai betegségre vonatkozóan, de a közös munka eredményeként a segítő szakember is megismerheti a kliens pszichiátriai problémához fűződő érzéseit, megoldási stratégiáit, az együtt élő személyek tapasztalatait, megfigyeléseit.

Tapasztalatok szerint a pszichoedukációs foglalkozások során javul a mentális zavarral élő személy és hozzátartozóinak együttműködése egymással, a segítő szakemberekkel, és felelősségteljesebben vesznek részt a felépülést támogató rehabilitációs folyamatban.

A pszichoedukáció az alábbi résztevékenységekből épül fel:

- Tájékoztatás - gondozóorvos bevonásával - az adott pszichiátriai betegségre vonatkozóan,
- Tájékoztatás az adott pszichiátriai probléma okaira, jellemzőire vonatkozóan,
- Tájékoztatás az adott pszichiátriai probléma kimenetelére, lefolyására kezelésére vonatkozóan,
- Korai figyelmeztető tünetek felismerésének segítése,
- Krízisterv készítése.

A pszichoedukációs foglalkozás strukturált tréningen keresztül történik, ahol az ismeretek konkrét átadása mellett fontos a „házi” feladat, mely gyakorlatilag a tanult ismeretek írásban történő

feldolgozását elmélyítését is jelenti. A szakirodalmi elemzések azt mutatják, hogy a csoportos formában (pszichiátriai betegséggel élő személyek és hozzátartozóik csoportjában) megszervezett tréningek ugyanolyan hatékonyak, mint a családgondozás, a közösségi pszichiátriai ellátás keretében elérhető foglalkozások.

A pszichoedukáció leghatékonyabban egyéni esetkezelésben alkalmazható rehabilitációs stratégia. A tevékenység keretében szükséges megemlíteni a különböző pszichiátriai betegségről szóló tájékoztató munkafüzeteket, szórólapokat, kisfilmeket, amelyek segítik a szóbeli tájékoztatást.

Az ismeretek átadásánál (pl. gyógyszeres terápia) a pszichiátriai betegséggel élő személyt gondozó pszichiáter bevonása szükséges a pszichoedukációs folyamatba, de a szociális szakemberek részéről is feltétlenül szükséges a speciális pszichiátriai egészségügyi-szociális komplex ismeret, tudás megléte.

A támogatói tevékenységet a pszichoedukációs tevékenység végigkíséri pl. állapotrosszabbodáskor vagy a gyógyszerek szedésének az abbahagyásakor a segítő szakember visszautal a pszichoedukáció során elsajátított ismeretekre. A pszichoedukáció a pszichiátriai célcsoport tekintetében a segítő munka egyik leghatékonyabb eleme, ami az egész segítőtevékenység szemléletét meghatározza.

Végül két fontos felismerés, amelyek ismerete könnyebbé teheti a pszichoszociális fogyatékkal élő emberek életét és a segítők munkáját:

Az a hit, hogy befolyásolhatjuk az eseményeket, még akkor is csökkenti a szorongást, ha ezzel a lehetőségünkkel sosem élünk.

Egy stresszkeltező esemény bekövetkezésének előrejelzése általában még akkor is csökkenti a stressz súlyosságát, ha a személy nem képes azt befolyásolni.

17.7. Terápiás módszerek

Günter Ammon táncterápiája pszichiátriai betegeknek

Günter Ammon pszichoanalitikai képzése után az Egyesült Államokban a Menninger testvérek intézetében dolgozott a dinamikus pszichiátria területén. 1965-ben tért vissza Németországba és München Menterschwaigében alakította ki pszichodinamikai klinikáját. Alapítója volt a német Pszichoanalitikus Akadémiának, valamint a Dinamikus Pszichiátriai Világtársaságnak. A dinamikus pszichiátria megközelítés a pszichés betegségeket, mint „folyamatos spektrumot” fogja fel, az egészségestől a beteglétig bezárólag. Megközelítésének kulcsfogalmai: a konstruktív agresszió (amely a környezethez való aktív viszonyulást jelenti), az emberi lehetőségek és képességek potenciálja, egészséges személyiség modell, szociálenergetikai elv (a személyiséget az emberi kapcsolatokban szerzett tapasztalatok, személyközi kölcsönhatások is alakítják - Buda 1995). Ammon tehát olyan terápiás szemléletet vezetett be a pszichiátriában, amely a személy egészséges részeit fejleszti, s a lehetőségekre, nem a kóroki kérdésekre összpontosít. Felfogásában a lelki betegség az alapvetően többdimenziós ember egydimenziós beszűkülése. Ammon terápiájában a páciens sohasem kizárólag egy terapeutához, hanem egy csoporthoz, akár több csoport rendszeréhez tartozik. A „dimenziók” találkozásának helye a heti rendszerességgel megtartott nagycsoport, amelyen a team tagjai és a betegek is részt vesznek (Körmendy 1994).

Ammon (1998a) szerint az agresszió *konstruktív*, ha a személy képes új kapcsolatok kialakítására, újfajta viszonyulásokra, s felfogása szerint a *destruktív agresszió* különösen jellemző a borderline és pszichotikus pácienseknél. Ezeknél a betegeknél a csoportterápiás keretek lehetővé teszik, hogy konfrontálódhassanak saját destruktivitásukkal, s belátásuk növelésén keresztül ez átdolgozhatóvá válik. Az agresszió feldolgozása központi jelentőségű a csoportterápia során, mintegy a terápiás munka alapját képezi. A *szociális energia* vésősonon jelenti a mások és csoport iránti megértés és

érdeklődés kifejlesztését, a másik személy elismerését törekvéseivel, érdekeivel, nehézségeivel együtt.

Intézetében szkizofréniás (1998c), borderline (1998b) és szerfüggő személyekkel is foglalkoznak. A verbális terápiák mellett hangsúlyosak a non-verbális egyéni- és csoportterápiák. A Günter Ammon által kidolgozott táncterápiás módszer kiemelkedő jelentőségű, amelyet összekötve és összehangolva alkalmaznak az egyéb terápiás módszerekkel. A módszer lényege, hogy minden résztvevő, köztük a nézők is, élményt szerezzenek arról, hogy mozgáson keresztül mi minden kifejezhető és megmutatható. A nézők előtt zajló bemutatóknak rendje és szabályai vannak: előtte és utána ellazítás, a mozgás bemutatása, a bemutatott mozgás megbeszélése (ezt a bemutató személy kezdi, a terápiás segítő folytatja, hozzászólhatnak a nézők, végül a bemutató személy zárja). A bemutató személy szabadon mozoghat, a neki tetsző módon (tánc, torna, stb.), mozoghat zenére vagy a nélkül. Amikor a bemutató befejeződött, a terápiás vezető megtapsolja, majd megköszöni a bemutatást. Előfordul, hogy a bemutatást végző személy még folytatni szeretné a mozgást, erre is lehetőséget kap.

Günter Ammon módszerét *humánstrukturális táncterápiának* nevezik, mert a humánstrukturális személyiségelmélethez kapcsolódik a módszere. A tánc igen tág értelemben vett mozgást jelent. A tapasztalat azt mutatja, hogy olyan szkizofrén betegek is, akik alig-alig beszélnek, a táncterápiában kifejezetten jól mozognak, és jól fejezik ki magukat. Az Ammon-féle terápia nyitott abban az értelemben is, hogy akár páciens is lehet a bemutatók vezetője („karmestere”), hiszen ez az eljárás a terápiás közösség szemléleti keretébe jól illeszkedik.

Felhasznált irodalom:

Buda Béla (1995): Günter Ammon. *Psychiatria Hungarica*, 4:6: 441-443.

Kappéter István (2002): Günter Ammon-féle táncterápia pszichiátriai otthonban. *Psychiatria Hungarica*, 17:1: 87-88.

Körmendy Györgyi (1994): Mengerschwaige, a megvalósult elmélet és az elméletté váló praxis. *Psychiatria Hungarica*, 3:1: 59-66.

Günter Ammon az agresszióról (1998a). *Psychiatria Hungarica*, 7:2: 133-136.

Günter Ammon (1998b): Korunk betegsége, a borderline szindróma. *Psychiatria Hungarica*, 7:5: 369-372.

Günter Ammon (1998c): Neurózis és szkizofrénia – elmélet, klinikai tapasztalatok és következtetések. *Psychiatria Hungarica*, 7:6: 453-458.

Színházterápia alkalmazása pszichiátriai betegek új életminőségének kialakításában, „lelkük felszabadításában” - Mentálhigiénés Intézet, Ferrara⁴⁸

„Társadalmunkban vannak bizonyos helyek, ahol megbújik az igazság. A valódi emberi igazság. Ilyen helyek a pszichiátriai terápiás közösségek. Ezeken a helyeken bizonyos értelemben, folyamatos színház zajlik. Állandó színház, mert a pszichiátriai betegek nem tudnak hazudni... folyamatosan kénytelenek őszintének, hitelesnek lenni. Az örületük hitelessége mély emberi minőség...” (Horacio Czertok, Ferrara)

A *Franco Basaglia* által 1973-ban elindított pszichiátriai reformot követő negyven évben számtalan projekt, köztük színházterápiás projektek valósultak meg Olaszország szerte, így Emilia Romagna tartományban is. A gyakorlati tapasztalatok és eredmények szakirodalmá is jelentős, amely ismeretanyagként szolgál az immáron egyetemeken folyó művészetterápiás szakirányú képzésekhez. Az 1977-1978-tól Ferrarában is fejlődésnek induló színházterápiás kezdeményezésből az évek folyamán egy a régió szervezeteit összefogó formális szerveződés jött létre, azzal a céllal, hogy a professzionális szintű együttműködést koordinálja, a munkát kiértékelje, és a fejlesztéseket irányítsa.

⁴⁸ <http://www.teatralmente.it/Engine/RAServePG.php/P/253311440605/L/1/T/DSM-Ferrara>

A szervezet tagjai az önkormányzatok, egészségügyi intézmények, mentálhigiénés intézetek, civil szervezetek és egyetemek. A számos partner között néhány olyan európai szervezet is megtalálható, amelyek osztják azt az elképzelést, hogy a színházterápia alkalmazása a pszichiátriai betegek rehabilitációjában páratlan fejlesztési eshetőségekkel bír.

Dr. Paola Daniela Turilli: Színház és lelki egészség (kézirat, részlet)

„A hatvanas éveket mindenképpen ki kell emelnünk, hiszen ekkor valódi találkozás és rezonancia jött létre a színház és a mentális betegségek kezelése között, új színházi műhelyek alakultak (elég csak Grotowskit megemlíteni), újfajta elképzelések láttak napvilágot a színészmesterség képzése területén is, a figyelem középpontjába került a színházi antropológia, megújult a pszichoterápiás gyakorlat, valamint új pszichológiai és pszichoterápiás elméletek születtek. 1968-ban Peter Brook „Az üres tér” c. műve újra felfedezi az arisztotelészi koncepciót, a színházi aktusra, mint felszabadító élményre tekint úgy a színész, mint a néző szempontjából.

Ennek az időszaknak alapvető jelentőségű története, hogy a színházi produkciók kikerülnek a kőszínházakból és a legkülönbébb szociális terekbe helyeződnek át. Az uralkodó elképzelése, hogy a színház újradefiniálásával a színháznak ki kell lépnie a zárt színházi kultúrából és keresnie kell valami újat, ami nem csupán az akadémikus klisék által meghatározott. Egy olyan fajta színházcsinálásról van szó, amely nem csupán tükröt tart a társadalom elé, hanem részt vesz annak megváltoztatásában is, egy olyan színház víziója, amely kilép a hagyományos színházi keretek közül és missziójának tekinti a világ megváltoztatását. Ennek eredményeképpen a színház elmozdul a marginális szituációk irányába, a problémával terhelt helyek felé, beleértve az elmeegógyintézeteket, börtönöket, kábítószerfüggők terápiás közösségeit, fogyatékosok intézményeit, ifjúsági centrumokat, egészen az utcáig bezárólag.

A hetvenes évek olasz pszichiátriai kultúráját erősen átítatta a változás és változtatás Franco Basaglia által elindított mozgalom gondolkodásmódja, s amely mozgalom eredményeként született meg a 180. törvény Itáliában. E törvény értelmében a zárt pszichiátriai osztályok helyébe a Mentálhigiénés Központok léptek, s a pszichiátriai betegek visszakaphatták az őket is megillető emberi méltóságukat és állampolgári jogukat. Az új pszichiátriai irányzat, amely kilépett a szigorúan klinikai szemléleti keretből, másféle tudások gyakorlatába építve elősegítette az emberi lélek változását a zene, a tánc, a képzőművészet és a színház nyelvén alapuló innovatív terápiás és rehabilitációs formák kidolgozásával. A színház által kínált eszközök különösen alkalmasnak bizonyultak a változás elősegítésére, tekintve, hogy szoros kapcsolat mutatkozik a kreatív-művészi kifejezés és az érzelmi szabályozás folyamata, valamint a kognitív átdolgozás között.

Az elmúlt negyven év alatt számtalan projektet valósítottak meg Olaszországban és a mi régióinkban, Emilia Romagna-ban is, a gyakorlati tapasztalatok és eredmények szakirodalma is jelentős, amely ismeretanyagként szolgál az egyetemeken folyó szakirányú képzésekhez.

Ferrarában is gyorsütemű fejlődésnek indult a terület a '77-78-as évektől kezdve, amikor a “Nucleo Színház” részt vett az elmeosztály kinyitásában és később tevékenykedni kezdett a ferrarai Mentálhigiénés Intézetben, mígnem néhány évvel ezelőtt fontos megállapodás született e terápiás irányultságú színházi gyakorlat folytatására az önkormányzat, a járás, az egyetem, az egészségügyi intézmények és önkéntes szolgálatok között is. Az a motiváció, amely ezt az újfajta színházcsinálást ösztönzi, számos szervezet összekapcsolódását eredményezi, beleértve néhány olyan európai partner bekapcsolódását is, akik osztják azt az elképzelést a színházterápiás aktivitással kapcsolatosan, hogy az páratlan terápiás – rehabilitációs potenciállal bír.

A színház a rehabilitációban olyan új aktivitási formát teremt, amely illeszkedik a kliensek önkifejezési szükségleteihez, továbbá ezek az aktivitások egyfelől örömet és meglepedettséget adnak, másfelől hozzájárulnak a betegek kapcsolati és szociális készségeinek javításához. A tapasztalataink azt mutatják, hogy a színház más rehabilitációs metódusokkal összehasonlítva a kliensek terápiában való elköteleződését fokozza, fejleszti az intellektuális, kognitív, kommunikatív, kapcsolati, kifejező és művészi képességeiket. A kreatív folyamaton keresztül a kifejezetlen potenciák felszínre kerülnek: a

színházi munka facilitál és orientál. A színházi munka alapvető eleme a közösségformáló erő: a csoport szociális terében a tapasztalatok, tervek, emóciók, élmények megoszthatók. Így a saját magunkkal való jobb kapcsolat megéléséhez vezet és erősíti az önbecsülést.

A színházi munkán keresztül, s azáltal, hogy a páciensek kreatív képzeletük és saját érzelmeik mozgósításával különböző szerepeket játszanak el – amely során a színpad az érzelmeik számára konténerként, tartályként szolgál – az érzelmeik szabályozása tanulható, így a kliens önismerete, rugalmassága és adaptív kapacitása is fejlődik. A színházi aktivitás a maga szerepjátékra épülő kontextusával olyan eszközt jelenthet, amellyel a kölcsönösség elsajátítható: a színházi közeg által nyújtott tágabb kapcsolati és szociális kontextus a külvilággal, a várossal és végső soron a világgal való dinamikus kölcsönhatást eredményez.

Egy darab színrevitele, vagy még inkább nézők előtti bemutatása pedig destigmatizációs hatású. Az előadások jelentős mértékben hozzájárulnak az előítéletek csökkentéséhez, "érzékenyítik" a közösséget, s tudatosítják a pszichiátriai betegek emberi méltóságához való és egyéb állampolgári jogait. A közönség a tekintetével és saját érzelmei kifejezésével dinamikus kölcsönhatásba lép a színésszel, a tükör funkcióját látja el. A taps az elismerést fejezi ki, növeli az önbecsülést, megerősíti az identitást. A klienseink előadásai kettős effektust produkálnak: túl az előadás üzenetén, a szöveg és szcenikus elrendezés közvetítette érzelmeiken, a közönség által megélt tapasztalat a pszichés nehézségek megközelítéséhez való újfajta hozzáállást is gazdagítja.

A szorosan vett klinikai értelemben, Mentálhigiénés Intézetünkben a színházterápiás aktivitás eredményeként javul a páciensek pszichés állapota, a klinikai szimptomák kevésbé kifejezettek, olyannyira, hogy visszatérnek tanulmányaikhoz, szakmát tanulnak, az életminőségük és kapcsolatuk a családtagjaikkal javulást mutatnak, izoláltságuk csökken, interperszonális kapcsolataik kevésbé konfliktusosak, az érzelmi funkciók összehangoltabbak, bizonyos esetekben a sürgősségi beavatkozások és kórházi ellátások száma csökken.

A színházi aktivitásban résztvevő személyek magabiztosabbak lesznek, a horizontok és érdeklődés terének kitágulásával újraindítható saját létezésük és történetük, képessé válnak másféle kapcsolatot kialakítani saját szenvedésükkel, jobban megismerni saját határaikat és lehetőségeiket is. A színház tehát segíti klienseinket abban, hogy új értelmet, jelentést adjanak gyakran elvesztettnek hitt életüknek."

„Marco Cavallo” Futballtorna pszichiátriai betegek számára a trieszti Polisportiva Fuoric’entro szervezésében⁴⁹

Fuoric’entro azt jelenti, hogy „visszatérni”, akkor is, ha a körülmények miatt valaki a perifériára kényszerül. A **Polisportiva Fuoric’entro** egy nonprofit szervezet, amelynek célja, hogy a mentális egészség fejlesztésén túl a pszichiátriai betegek és marginális helyzetű személyek erejét, tartalékait, erőforrásait mozgósítsa (empowerment), továbbá hozzájáruljon a környezet fenntarthatóságához.

Az egészség fogalmát tágabban értelmezik, s kiterjesztik a szegénység és diszkrimináció elleni küzdelemre, a minél teljesebb társadalmi integrációt és szolidaritás erősítését tűzve ki célul. A Polisportiva Fuoric’entro célját a sportaktivitásokon keresztül kívánja elérni, egy olyan fajta modell építésével, amely a sportot - elsősorban futball, kosárlabda, röplabda - a marginalizált helyzetű személyek (pszichiátriai betegek, migránsok) számára teszi elérhetővé.

⁴⁹ <http://www.fuori-centro.org/>

A „**Marco Cavallo**” elnevezésű futballkupa szervezője a trieszti Polisportiva Fuoric'entro elnevezésű szervezet. A pszichiátriai betegek számára szervezett, évente megrendezésre kerülő futballkupa több mint 15 éves múltra tekint vissza. A „Marco Cavallo” elnevezés az azúrkék színű Marco lóra utal, amely szimbólumává vált a *Franco Basaglia* által elindított trieszti pszichiátriai mozgalomnak. „Marco Cavallo”, a papírmásé ló, amely a szabadság szimbólumává vált, az egykori trieszti elme-kórházban elindított kísérleti műhely egy kézzelfogható „végterméke”. Az ötlet, hogy valamilyen „kollektív műhelymunkába” kezdjenek a trieszti pszichiátriai kórházban, Franco Basaglia fejéből pattant ki egy baráti összejövétel alkalmával 1972 karácsonyán Velencében. Művész barátainak mindössze annyit javasolt, hogy készítsenek valamilyen „nagy tárgyat” papírmáséból. Az ötlet lelkes fogadtatásra talált, s 1973. január 4-én gyűlést hirdettek a kórházban, amelyen orvosok, szociális munkások, szociológusok és néhány egyetemista vett részt. Nem sokkal ezt követően, január 10-én a kórház üres „P” osztályára beköltöztek a művészek, s az egyik fiatal pszichiáter, *Peppe Dell'Acqua* közvetítésével az érdeklődő betegek, nővérek, orvosok is csatlakoztak a formálódó csoporthoz. A beszélgetések és közös rajzolások alkalmával az egyik nőbeteg egy geometrikus formájú lovat rajzolt és azt mondta: „Készítsünk egy lovat”. Február 25-én, a harmincötödik napon a gigantikus méretű azúrkék ló és kísérete a domboldalon lassan leereszkedve maga mögött hagyta a kórházat, s elindult, hogy bejárja Trieszt utcáit (Scabia 2011).



Felhasznált irodalom:

Scabia, G (2011): Marco Cavallo, Da un ospedale psichiatrico, La vera storia che ha cambiato il modo di essere del teatro e della cura. Merano, *Edizioni alpha beta Verlag*, 17-35, 146-153.

Sport és terápia

Miért a sport? Miért a futball? A sportról, idevágó tapasztalataink alapján azt gondoljuk, hogy potenciálisan szinte nélkülözhetetlen identitásfejlesztő, közösségi életre szocializáló tevékenység. Valószínűleg nem véletlen, hogy pl. a neves angolszász közép- és felsőfokú iskolákban a tanulás, a sport és a jótékony tevékenység hármasságára építenek. További tapasztalataink szerint a sportaktivitások alapvető értéket közvetítenek (egység, szolidaritás, szociális inklúzió) egy erősen individualista és elidegenítő világban. A futball a maga aggregatív természeténél fogva sajátos terápiás lehetőségeket kínál (közösségi érzés és csoportidentitás fejlesztése, kapcsolati fejlődés, a bizalom erősítése és az együttműködés fejlesztése). A szabályok világosak és mindenki által követendőek, a játékosok gyakorolják a fair play „üzemmódot”.

A futball egy globális sport, képes összekapcsolni különböző közösségeket: a játékosokat, szurkolókat, csapatokat, edzőket, önkénteseket, civil és állami szervezeteket egyaránt. A futball „nyelve” univerzális, hatékony platform. A futball alkalmas a társadalmi befogadás ösztönzésére, a kirekesztés, a diszkrimináció kezelésére. A futballesemények, ahol a nézők is nagy számban jelen vannak, kétséget kizáróan destigmatizáló hatásúak. Jelentős mértékben hozzájárulnak az olyan előítéletek csökkentéséhez, mint a pszichiátriai betegek veszélyessége, haszontalansága, megbízhatatlansága, s arra ösztökélik a közösséget, hogy nagyobb érzékenységet tanúsítson a mentális betegséggel küzdő csoportok irányában.

Az úgynevezett „*informális futball*” elvei és értékei – tolerancia, befogadás, saját maga és mások (csapatársak vagy ellenfelek) megértése – a pszichiátriai betegekkel végzett sportaktivitás során is

érvényesülnek. Szigorúan klinikai értelemben véve a sportaktivitások javítják mind a fizikai, mind a lelki kondíciót, csökkentik az izoláció mértékét, vitalizálják az interperszonális kapcsolatokat. A sport erős motivációs hatással bír, a képességeket középpontba helyezve a páciens meglévő belső tartalékait és lehetőségeit hangsúlyozza. Reményt nyújt, perspektívát ad az életnek és a jövőnek.

Számtalan példa bizonyítja, hogy népszerűségének köszönhetően változatos területeken alkalmazható eredményesen a futball, az egészségfejlesztés, a hátrányos megkülönböztetés és társadalmi integráció területén. Néhány példa a futball sokszínű alkalmazására: 2002 óta szervezik meg drogoterápiás közösségek számára a „Soccer without Drugs Cup” elnevezésű futballtornát különböző európai helyszíneken. Az első hajléktalanok számára szervezett futball világbajnokságot 2003-ban rendezték meg Grazban. A sorozat folytatódott, s később női csapatokkal egészült ki a torna. Magyarországról az Oltalom Sportegyesület indult több alkalommal ezen a világbajnokságon. Pszichiátria betegek számára is rendszeresen szerveznek futballtornákat, többek között Olaszországban („Marco Cavallo” futballkupa, „La Testa nel Pallone” futballkupa). A társadalmi inklúziót elősegítő, sportaktivitásra épülő nemzetközi projektek szerveződnek (pl. www.insportproject.eu), céljuk, hogy a sport eszközeivel segítsék elő a sérülékeny, hátrányos helyzetű csoportok integrációját.

Az 2010-ben elfogadott „*Europaen Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europa*” dokumentum szerint Európában hat emberből egy valamilyen formában hátrányos helyzetűnek tekinthető. A hátrányos helyzetűek a körében a szegénység mértéke 70%-kal meghaladja az átlagos populációra jellemző rátát. A *United Nation Convention on the Rights of Persons with Disabilities* állásfoglalása szerint hátrányos helyzetű az a személy, aki tartósan fizikai, mentális, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely akadályozza őt a hatékony társadalmi részvételben. A stratégia célja, hogy elősegítse az érintett személyek teljes körű társadalmi beilleszkedését és jogaik csorbitatlan érvényesülését. Összesen nyolc akcióterületet hirdettek meg, ezek egyike a társadalmi részvétel erősítése, amely magában foglalja a különféle sporteseményeken és sportaktivitásokban való részvétel lehetőségét is. A stratégia kitér arra, hogy a hátrányos helyzetű emberek részvételét erősíteni szükséges sporteseményeken, továbbá fejleszteni a számukra létrehozott speciális szerveződések.

Zöldgondozás

A *zöldgondozás (green care)* az utóbbi évtizedben jelent meg az egészségügyi-, szociális gondozás területén. Jelentése meglehetősen tág, magában foglalja a szempontunkból lényeges *szociális és terápiás kertkultúrát (hortikultúra)*, a *gyógyító kerteket*, a *zöld élményt (green exercise)* és az *állatasszisztált terápiákat* is. A cél az egyén fizikai, mentális és szociális jól-létének elősegítése mind az élő, mind az élettelen természet elemeit felhasználva.

„Zöldgondozás” akkor valósul meg, ha a gondozás az egészségpromóció, vagy a szociális rehabilitáció elemeit is magában foglalja. A zöldgondozás nem feltétlenül természeti közegben történik, rehabilitációs otthonok, kórházak is lehetnek a helyszínei (pl. a terápiás állatokat beviszik a gondozottak lakóhelyére). Lehetnek kontraindikációk is, mint allergia, félelem, esetleg az érdeklődés hiánya.

Fogalmi-elméleti háttér, hatótényezők, folyamatok, célok

A zöldgondozás egyik általános célkitűzése a természettel való *újrapcsolódás*, ami a terápia központi dinamikai elemének tekinthető. A terapeuta nem-specifikus szerepe inkább facilitáló, a kliens újrapcsolódásának előmozdítása. Maga a természettel való kapcsolat egészségvédő hatású, az erre vonatkozó tudományos kutatások az utóbbi időben kezdődtek meg.

A *gyógyító környezet* vagy *gyógyító kertek (healing garden)* egy intézményen belül különösen hatékonyak felépülőben lévő személyek esetében. Az esztétikailag vonzó kertek, amelyek szemlélődésre, sétára adnak lehetőséget - akár egyénileg vagy csoportosan -, csökkentik a stresszt, a fizikai tüneteket, elősegítik a jó közérzet kialakulását mind a gondozottak, mind a személyzet

vonatkozásában. Általánosságban pedig növelik az intézménnyel kapcsolatos elégedettséget. A kertek különböző zónái más-más tevékenységeknek adnak terepet. A kerti élmény szinte minden érzékszervre hat (látás, hallás, tapintás, szaglás). A figyelem egy-egy részletre irányítható, javíthatók a kognitív képességek, az emocionális státusz.

A *pszichiátriai gyógyító kerteknek* biztonságosnak kell lenni, a mérgező és irritáló tapintású növényeket kerülni kell. A kert legyen átlátható, ne növelje a konfúzió érzését, ám túlságosan unalmasnak se tűnjön. Az utak legyenek jól kijelöltek, a kert nyújtson védelmet, de növényzete ne takarja el a benne tartózkodókat.

A *felépülőben lévő betegek kertjei* a rehabilitáció, felépülés időszakában szolgálják a pácienseket. Alkalmas terepe a szemlélődésnek, meditációnak. A „kertben való lét” segíti a környezeti szépségek (újra)felfedezését, de csoportfoglalkozások is tarthatók a kertben. A kert alkalmas családi látogatások, egyéni konzultációk, ünnepek megtartására, s egyéb kreatív tevékenységekre is, mintegy a felépülés szolgálatába állítható. A kert szimbolikus tartalmakat közvetíthet, pl. az út metaforája, az elültetett fa meggyökerezése, növekedése és fejlődése, a gyümölcs érése, a kert életének változása és ciklikussága.

A *városi táj* is lehet gyógyító táj: egy kanadai pszichiátriai betegek számára létesített intézmény megépítésekor olyan építészeti eszközöket alkalmaztak, amelyek nem akadályozták a betegek a társadalmi integrálódást (a városi épületek között helyezték el az épületeket, s maguk az új épületekkel a környék rehabilitációját is elősegítették).

A *zöldgondozás elméleti háttere*:

- 1./ *Biofilia*, az ember belső érzelmi vonzódása az élő organizmusokhoz, amely más komplex viselkedési folyamatokhoz hasonlóan tanulható.
- 2./ *Figyelem-helyreállítás* (Kaplan & Kaplan), a mentális fáradtságból való felépülés, a „puha” környezet ellazító hatású, több teret enged a reflexiónak, míg a „kemény” környezet intenzív élményeket ad.
- 3./ A *jelenlét-elmélet* (Kal) értelmében a gondozói jelenlét biztonságot ad, a nem-hierarchikus kapcsolatban ott lenni, együtt lenni, közösen csinálni valamit terápiás hatású.
- 4./ A *felépülési modell* kulcsszavai a fenntarthatóság, holisztikus megközelítés, autentikusság, növekedés és fejlődés.
- 5./ A *WHO Ottawai Kartája* értelmében az egészségfejlesztés magában foglalja az egészséges és támogató környezetben zajló közösségi aktivitásokat is.

Felhasznált irodalom:

Rácz, J (2011): Betegség-egészség és a zöldkörnyezet. *Addictologia Hungarica*, 10:1, 56-110.