

Pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban

Jelige: DVT975

Lezárás dátuma: 2023. január 5.

Tartalomjegyzék

Bevezetés

Stigma és felépülés

Intézménytörténet (OPNI, BMSZKI)

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet története

A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei története

A BMSZKI keretein belül megvalósuló pszichiátriai ellátás

Foglalkoztatási és Lakhatási Iroda a Felvételi Előkészítő Team (FET) munkája

Pszichiátriai betegekkel foglalkozó BMSZKI intézmények

Pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban a statisztikák tükrében

A kérdőíves kutatás eredményei

A pszichiátriai betegek a hajléktalanellátásban témájában készített interjúk eredményei

Befejezés

Mellékletek

1. Kutatási témához kapcsolódó törvények és rendeletek vonatkozó részei
2. Kutatási témához kapcsolódó fogalmak tára
3. Pszichológiai kérdőív a BMSZKI saját használatára/előszűrésre
4. Kérdőív eredmények, melyeket a BMSZKI 3 specializált telephelyén dolgozók töltöttek ki

Irodalomjegyzék

Bevezetés

Szakedolgozatomban a pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban tárgykörét járom körbe.¹ Dolgozatom témaválasztását több tényező motiválta. Elsőként az a tény, hogy évek óta a hajléktalan ellátásban dolgozom, és személyes tapasztalatom, hogy a pszichiátriai betegségben szenvedő hajléktalanok jelenléte a rendszerben egyre jelentékenyebb. Szeretnék képet kapni azzal kapcsolatban, hogy a hajléktalan ellátásban hogyan tudják a pszichiátriai betegeket megfelelően kezelni, ellátni annak tükrében, hogy nem ez a fő profilja az intézményeknek. Mindkét csoport ki van téve a társadalom stigmatizációjának, mely meggátolja mindkét csoportot saját problémáinak, betegségének belátásában, kezelésében/megoldásában, mely alapvetően összekapcsolhatná a két közösséggel foglalkozó, őket segítő szakemberek profilját. Mindezek ismeretében a kutatási kérdéseim a következők:

- milyen szolgáltatást kapnak a budapesti hajléktalan ellátás rendszerében élő diagnosztizált pszichiátriai betegek?
- milyen kihívásokkal néz szembe és lehetőségekkel él a BMSZKI, hogy a diagnosztizált pszichiátriai betegséggel élő hajléktalanokat megfelelően ellássa?

Az elméleti és intézményi keretek megismerése után, statisztikai adatok elemzésével megismertem a hajléktalan ellátásba kerültek számának nagyságát, és jellemzőit. A két fő intézmény (OPNI és BMSZKI) ismertetése mutatja a "probléma összecsúszását," illetve, hogy a BMSZKI-nak új feladata van, és ezt milyen módon igyekszik kezelni. 2018-tól az Ébredések Alapítvány is aktívan részt vesz a BMSZKI működésében a megnövekedett számú hajléktalan pszichiátriai betegek miatt. Részt vesznek a FET előszűrésében, mely a pszichiátriai beteg elhelyezéséhez szükséges, ezen túlmenően a betegek részére Közösségi Pszichiátriai ellátást biztosítanak, illetve a dolgozók részére továbbképzést tartanak Közösségi Pszichiátriai Ellátás címén. 2022 novemberében a főváros által fenntartott Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményeiben mintegy 3000 fő számára közel 600 dolgozó lát el különböző feladatokat. A kérdőívvel a pszichiátriai betegségben szenvedő hajléktalan ellátásban élőkkel foglalkozó kollégák ismereteit és a pszichiátriai betegekhez való hozzáállását vizsgáltam meg. Az interjúk segítségével a hajléktalan ellátás koordinálásával foglalkozó munkatársakat is megkerestem, hogy intézményi szinten is megismerkedjem a problémakezelési megközelítésekkel. Az összegyűjtött adatok, és az elemzett kutatási eredmények összegzése a

¹ A vonatkozó fogalmak definíciói a Melléklet 1-ben találhatóak, melyek az egész dolgozat tartalmára kerültek alkalmazásra.

befejezésben szerepel. Szeretnék köszönetet mondani a kutatásban részt vevő kollégáknak, hogy tapasztalataik és ismereteik megosztásával hozzájárultak kutatásom sikerességéhez.

Stigma és felépülés

A pszichiátriai betegeket és a hajléktalanokat egyaránt gyakran illetik különböző megbélyegző fogalmakkal (bolond, őrült, nem normális). A címkézés egyszerű, ha valami eltérő dologgal találja magát szembe az ember. A társadalom megkülönbözteti a stigmatizált embert, mint aki a többitől alsóbbrendűbb. Goffman a megbélyegzés fogalmát úgy értelmezi, hogy ez a megszemélyesítés egy olyan külsőleg látható jele, ami negatívan megkülönböztet embereket egymástól (Goffman,1998). Három dimenzióját különbözteti meg: a jellemhibákat, a testi elváltozásokat és a társas másságot. A stigmatizált ember a traumatikus események hatására izolálódhat, elszigetelődhet, ami súlyos szorongáshoz vezethet, hisz nincs kihez fordulnia, magára marad. Ezen tényezők elsőprő hátrányt jelenthetnek a stigmatizált embernek.

Számos korábbi hazai és nemzetközi kutatás felhasználásával, ma már hat dimenziós megközelítéssel írják le az időskori és mentális betegségek stigmáinak jellemzőit:

1. Mennyire utasítja el a társadalom, az emberek, a stigmatizáció tárgyát? Belőlük milyen érzelmi reakciót vált ki a megbélyegzett személy?
2. Mennyire látható a stigmatizációt kiváltó tulajdonság?
3. Mennyire végleges és visszafordítható a stigma tárgya a társas kapcsolatokban? Mennyire befolyásolja, akadályozza a megbélyegzettség a társas interakciókat?
4. Mennyire felelős a stigmatizált ember a megbélyegzésért? Itt fontos kiemelni, hogy ez a változás (stigma) veleszületett vagy szerzett.
5. Mennyire van hatással a stigmatizált személy vagy a vele kapcsolatba lépő ember életére a megbélyegzés tárgya? (Vajsz et al., 2021).

Link és Phelan rámutat arra, hogy a korábbi stigma meghatározások kevés figyelmet fordítottak a megkülönböztetésre, a kirekesztettségre, és a megbélyegzett személy saját tapasztalataira és szubjektív élményeire. Definíciójuk szerint a stigma akkor jön létre, amikor egymással kölcsönösen kapcsolatban álló tényezők együtt valósulnak meg, vagyis negatív tulajdonságokat rendelünk valakihez, ezáltal címkézünk, sztereotipizálunk (Link és Phelan, 2001). Később ezt a koncepciójukat kiegészítették a stigmához tartozó érzelmi reakciókkal. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a stigmatizált ember is érzékeli, felismeri a másik személy véleményét a

nonverbális jelekből. Itt fontos kiemelni, hogy érzelmeink a stigmatizált személlyel szemben a későbbi viselkedésünkre is hatással vannak (Link, Yang, Phelan, Collins, 2004).

A mentális betegség stigmája is jellemezhető a fentebb ismertetett dimenziók mentén. A jelenség mentális betegségekkel foglalkozó szakemberek számára lényeges, mert szembe kell nézni azzal, hogy a megbélyegzett félelme elriaszthatja a segítségkéréstől, akadályozhatja a kezelést, az együttműködés hatékonyságát, lassíthatja a gyógyulás folyamatát, mert a stigmatizált személy azt érzékeli, hogy elítélik.

A mentális betegséggel kapcsolatban a stigma három összetevője vizsgálható az egyén szempontjából:

1. Tapasztalt stigma, vagyis a megbélyegzés megtapasztalása egy konkrét eset kapcsán.
2. Észlelt/vélt stigma, ami miatt negatív értelemben másnak érzi magát az ember, mint a társadalom többi tagja, vagy azt gondolja, hogy más, mint a többi ember.
3. Önstigma, amely azt jelenti, hogy az ember már nem igazán hisz a képességeiben és saját magában. Ez fokozza a megbélyegzést, a beteg önbizalma egyre nagyobb mértékben sérül (Sztancsik, 2017).

Bulyáki Tünde, Gallai István, Harangozó Judit, Kaszás Jánosné, Szabó Lajos is megfogalmazták a stigmát, ám ők már nem csak pszichiátriai betegekkel foglalkoznak, hanem a hajléktalan ellátásban élőkkel és az ő stigmatizációjukkal is (2020). Saját tapasztalatom alapján párhuzam vonható a mentális zavarral küzdők és a hajléktalanok között a leírtak alapján. A hajléktalan ügyfelek között is találkoztam olyan esettel, ha megkapta a kezdő lökést ahhoz, hogy vissza tudjon integrálódni a társadalomba, sok esetben siker történetként záródott a sorsa: munkája lett, albérletbe költözött, párkapcsolatot tudott kialakítani. A hajléktalan ügyfelek ugyanazokkal a problémákkal küzdenek, mint a mentális betegségben élő társaik, csak számukra ezek a lelki kisiklások, vagy elakadások átmeneti jellegűek. Csürke József így fogalmazza meg a viszonyt: „Míg a szociális válsághelyzet esetében az egyén környezete felől, a különböző életvilágokon át – azok meggyengülésén, természetes támogató potenciáljának elapadásán keresztül – jut el az individuális /lélektani/ krízisig, addig a pszichológiai értelemben vett krízisállapotban az egyén válsága gyűrűzik szét a különböző környezeti dimenziókon” (2011, 33).

A pszichiátriai betegséggel élő hajléktalanok esetén tehát rengeteg támogatásra, folyamatos megerősítésre van, illetve lenne szükség akár a szociális munkástól, akár a pszichológustól. Sajnos a tendencia azt mutatja, hogy egy-egy ilyen támogató háttérrel ugyan ki lehet törni, de a visszaesések száma elég nagy. Sokukat egy apró kudarc is visszaveti a startvonalra, ahonnan újra el kell indulni akár több alkalommal is. Hosszú az út, apró lépésekkel lehet haladni,

melyhez végtelen türelemmel, alázattal lehet csak hozzáállni. Összegezve azt gondolom, hogy a mentális felépülés minden hajléktalan ember számára fontos, hogy saját maguk önbizalmát visszaépíthessék, az életük feletti irányítást átvegyék és ismét megtalálják a célt amiért érdemes élni, a pszichiátriai betegséggel élők esetén ez még nagyobb feladatokat jelent.

A mentális zavarral élő személyek felépülésének útján legnagyobb akadályként rendszerint a stigma áll, mert elveszi a felépülés reményét. Ez természetesen a hajléktalanokra is igaz, csak ők más módon küzdenek a démonjaikkal, a zavartságukkal. A mentális zavarral élő személyek az életük több területén is diszkriminatív bánásmódot élnek meg. A fogalmat három összetevő jellemzi: tudást érintő, attitűdben felmerülő és a viselkedésben jelentkező problémák (Thornicroft, 2006). A közösségi stigma negatív attitűdök és hiedelmek sokaságát foglalja magában, arra készteti ezáltal az embereket, hogy elkerüljék és diszkriminálják ezeket a személyeket. Például a skizofréniával élő embereket rendszerint veszélyesnek ítélik meg, ám a tapasztalat azt mutatja, hogy nem gyakoribb a bűncselekmények száma a mentálisan beteg emberek esetében (Halmai, 2007).

A felépülés szempontjából fontos a remény az önbecsülés, hogy találjanak valami célt, ami értelmet ad az életüknek. Természetesen nem csak a mentális betegek esetében kell, hogy fontos legyen a remény az önbecsülés, vagy éppen a cél, hiszen az egészséges öntudattal rendelkező embernek is éppen úgy szüksége van arra, hogy valami irányt tudjon követni, hogy legyenek céljai. Ugyanez igaz a hajléktalan emberekre is, akik lába alól sok esetben már többször is kicsúszott a talaj. Számukra is nélkülözhetetlen, hogy tudjanak hinni, remélni, hogy találjanak valami kapaszkodót, ami értelmet ad az életüknek, vagyis elinduljanak a felépülés útján. A felépülés szakaszai során a mentális zavarral élő személyek a következőket élhetik meg: akadályozottság, zavartság, önbizalom csökkenése, saját élete feletti kontroll elvesztése, kapcsolati hálójának beszűkülése.

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 2013-as módosítása szerint pszicho-szociális kockázatnak minősül minden olyan munkahelyi hatás (konfliktus, munkaszervezés, munkarend, munkaviszonyban fennálló bizonytalanság stb.), amely befolyásolja a munkavállaló válaszát ezekre a hatásokra. Ezzel összefüggésben kialakulhat stressz, munkahelyi baleset, lelki eredetű szervi (pszichoszomatikus) betegség. A felépülés szempontjából fontos az egyén felelősségvállalása, mert felelős a saját jólétéért, segítséget, támogatást magának kell keresnie. A felépülést elősegítő tényezők: akaraterő, örömteli célok, támogató családi és baráti kapcsolatok, közösségi pszichiátriai ellátás, sorstársi segítség, munkavállalás. A felépülés folyamatát felgyorsítja, ha az elszigeteltséget érzelmi tartalommal telített kapcsolatok váltják fel; ha a mentális zavarral élő

ember önmagáért vállal felelősséget, ahelyett, hogy másoktól függene, illetve, ha egy közösségbe tartozik.

Jelentősen befolyásolja a felépülést, ha nincs családi támogatás vagy barátok a háttérben, akik támogató kezet nyújtanak. Csürke József leírja, hogy „A szociális munka gyakorlatában az akut krízisállapotok során az egyén vagy a család léte egzisztenciálisan, biológiailag is veszélybe kerül, így a kialakult krízishelyzet az alapszükségletek kielégítését alapvetően veszélyezteti” (2011, 30). A hajléktalan ellátásba bekerülő emberek nem a mentális problémáikkal foglalkoznak, mikor jelentkeznak a rendszerbe, hanem azzal, hogy legyen fedél a fejük felett, mert nincs otthonuk. A bekerülést követően, vagy ha felmerül a gyanú a mentális problémára, kezdenek el foglalkozni a betegséggel, ahol a család helyett a szociális munkások adják a támogató háttérrel. Természetesen ez nem helyettesítheti az otthon adta biztonságot, a család szeretetét, így ezen emberek kevésbé motiváltak, hosszú időre van szükség mire kiépül esetleg a bizalom és elindulhat a kezelésük. Dr. jur. dr. med. Vizi János kiemelte előadásában, hogy a pszichiátriai betegek mennyire kötődnek kezelőorvosukhoz és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárásakor bár átirányították a betegeket új kezelőorvosokhoz, a nagy többségük nem váltott orvost, nem kapta vagy szedte a gyógyszereit, és ezért indult meg a romlás irányába az állapotuk, melynek egyik leggyakoribb következménye lett a hajléktalanná válásuk.²

Bulyáki Tünde és kollégái a pszichiátriai betegek felépülését két módon különböztetik meg (2020):

1., klinikai felépülés: a kimeneti állapotot írja le, a pszichiátria kategória rendszerében. A felépülés kritériumai között szerepel, hogy az adott személy rendelkezik előzetesen felállított diagnózissal. Amennyiben az állapothoz kapcsolódó diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn, több mint öt év elteltével a kórházi felvételt követően a pszicho-szociális funkciói „normál sávban vannak”, két éve stabil a személy állapota, és képes akár tanulni, vagy részmunkára, illetve képes független életvitelre.

A hajléktalan ellátásban az idő nagyon fontos tényező, hisz a bizalom kialakításához időre lenne szükség, ám idő nincs sok. Gyorsan kell cselekedni, hogy az ügyfél ne kerüljön ki az ellátásból, és elindulhasson a segítő folyamat. Egy hajléktalan ügyfél csak két évet tartózkodhat egy szállón, melyet bizonyos esetekben lehet hosszabbítani. Sajnos nagyon elenyésző azoknak a száma, akik jogviszony hosszabbításra jogosulttá válnak, hiszen elsősorban azok kapják ezt

² Dr. jur. dr. med. Vizi János főorvos, pszichiáter, igazságügyi pszichiáter szakértő, klinikai farmakológus, szexuális medicina szakember *A Lipót rejtelsei* című előadása alapján, mely a K11 Művészeti és Kulturális Központban hangzott el 2022.10.03-án.

meg, akiknek idősotthoni elhelyezésük már folyamatban van. A diagnosztizált, kezelt pszichiátriai betegek részére, amennyiben már elindult a kezelés és visszaesés várható, abban az esetben van jogviszony hosszabbításra lehetőség.

2., személyes felépülés fogalma: a mentális zavarral élő személy képes zavarai ellenére az életét irányítani, formálni, miközben akár gyógyszer nélkül is tünetmentes életet élhet.

Mivel egyébként is perifériára szorult emberekről beszélünk, lehetőségeik nagyon korlátozottak, a társadalom is elutasítóan bánik velük. A hajléktalanellátás rendszerében, az ügyfelek többsége elsősorban a mezőgazdaságban, építőiparban vagy takarítóként dolgozik. A hajléktalanok nagy részének nincs megtakarított pénze, így napról-napra élnek. A munkaadók kihasználják, hogy hajléktalan ellátó intézményben élnek, így rendszerint nem kötnek szerződést az ügyfelekkel (feketén dolgoznak). Az ügyfelek amikor csak részben vagy egyáltalán nem kapják meg a fizetésüket, nincs hova fordulniuk. Az elmúlt évek alatt számtalan a rendszerbe bekerülő hajléktalannal folytattam felvételi elbeszélgetést. Ezeken a beszélgetéseken sok esetben az ügyfél azt nyilatkozza, hogy jelenleg munkát keres, mert a munkaadója nem fizette ki, így mivel nincs megtakarítása, a szállódíjat csak később tudja rendezni. Bányai Borbála szintén arról ír, hogy mennyire mostoha a sorsa az egyébként is hátrányos helyzetben lévő hajléktalanoknak a munkaerőpiacon (2014).

Pszichiátriai betegek esetében ez halmozottan így van, a stigmáknak köszönhetően. A pszichiátriai betegek többségét leszázalékolják, így ugyan némi pénzhez jutnak, de ezzel még nehezebbé válik a munkavállalás lehetősége. Jelenleg Magyarországon a pszichiátriai betegek nem tartoznak a fogyatékosok vagy a rokkantak közé, mert az 1997-es TB szabályozásból kimaradtak. A WHO megkülönböztet károsodást és fogyatékoságot. A károsodás a pszichológiai, fiziológiai, vagy anatómiai funkciók károsodását, abnormalitását jelenti, míg a fogyatékoság a károsodás eredményeképpen fellépő korlát vagy hiány, mely akadályt jelent a normális emberi léthez szükséges cselekvésekben, viselkedésben (Juhász, 2004). Annak ellenére maradtak ki a pszichiátriai betegek a fogyatékos vagy rokkant kategóriából, hogy nekik is vannak orvosi papírjaik. A mentális betegséggel küzdő embereket speciális körülmények között lehet foglalkoztatni, sőt vannak olyan munkák, ahol a diagnózis a munka eredményét nem befolyásolja. A pszichiátriai diagnózissal élő betegek szociális foglalkoztatóban, vagy az állam által működtetett, megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató közhasznú társaságnál, nonprofit szervezeteknél dolgoznak. Azonban a betegek egy része nem rehabilitálható, egészségi állapotuk miatt nincs lehetőségük arra, hogy a munkaerőpiac aktív tagjaivá váljanak, számukra is kell megoldást találni.

Csürke József *KAPCSOLJ EGYBŐL* című tanulmányában leírja: „Az empowerment – mely a szociális munka egyik központi fogalma – erővel, hatalommal való felruházottságot jelent, annak a képességnek és érzésnek az átélését, hogy életünk, sorsunk alakulása felett kontrollal rendelkezünk” (2019, 25), illetve „[A]z egészségi állapot legfontosabb összetevője egyéni és közösségi szinten egyaránt az életmód és egészségmagatartás. Az életmód az egyén szabad döntésein, akaratán túl társadalmi, kulturális kényszerítő körülmények függvénye is” (2019, 26). Vagyis nem csak a hangulatra van negatív hatással, de további egészségi nehézségeket is okozhatnak a lelki problémák. A munkanélküliség, az alacsony iskolai végzettség vagy a munkaképesség csökkenése és az ezzel járó gazdasági lemaradás mind hozzájárulnak ezen tünetegyüttes kialakulásához. A következő fejezetben a két stigmatizált csoporttal foglalkozó budapesti legnagyobb intézmény áttekintése és összekapcsolódása kerül ismertetésre.

Intézménytörténet (OPNI és BMSZKI)

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet története

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, továbbiakban OPNI-ban helyezték el a pszichiátriai betegeket. Ferenc József rendeletére az 1860-as években épült az intézmény, majd 1868. december 6-án nyitotta meg kapuját a Magyar Királyi Országos Tébolyda. Kezdetben 300 beteggel indultak, ám a megnövekedett igény miatt hamar megemelkedett a létszám. Különböző pszichiátriai betegek orvosi kezelésével foglalkoztak, illetve ezt kiegészítették a munkaterápiával és az alkoholmegvonási kutatásokkal. 1898-ban új nevet kapott, és Országos Elme- és Ideggyógyintézet néven működött tovább az intézmény. Végül a 2007-es bezárásig Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) néven látta el feladatát. Az OPNI 849 ágyából a Fővárosi Önkormányzat 410-et, a SOTE 95-öt, a Pest Megyei Önkormányzat 20-at vett át, ám azok a betegek, akiket a család nem fogadott be, hajléktalanná váltak.

Az állampolgári jogok biztosa 2007-ben az OPNI bezárását követően kiadott egy közleményt, miszerint aggályosnak tekinti az intézet bezárását. Megnevezi, hogy ez nem csak a mentálisan sérült vagy neurológiai betegségben szenvedő betegek vagy az egészségügyi dolgozók, de az egész társadalom számára is súlyos problémákat vet fel. A közleményében kifejti, hogy a

valódi problémát, és ezzel a szakmai és alapjogi aggályokat az olyan betegek sorsa jelenti, akik a megszűnő ágyakon feküdtek, és akiket a minél gyorsabb ágyszám csökkentés érdekében elbocsátottak az intézményből. Jelentős számban közülük kerültek ki az ellátás nélkül maradó betegek. Pszichés zavaruk következtében sokuk

nem rendelkezik a betegségükkel kapcsolatos belátási képességgel, ezért visszautasítják a kezelést, és problémáikért nemegyszer az őket kezelő intézményt, orvosukat okolják. Ők azok, akik elbocsátásuk után rövid időn belül, vagy nyomban abbahagyják a gyógyszerek szedését, nem mennek el az ideggondozóba, romló állapotuk következtében az utcán kötnek ki, növelve a hajléktalanok számát. Az immár ellátáson kívül rekedt betegek a fővárosban koncentrálnak. Ezzel összefüggésben a biztos megjegyezte, hogy a nemzetközi tapasztalatok szerint a pszichiátriai ágyak számának csökkenésével arányosan nő a pszichiátriai betegek által elkövetett bűncselekmények száma (Alapvető Jogok Biztosának Hivatala 2007).

Az OPNI bezárásával kapcsolatban leírja, hogy az előkészítetlen áttelepítés miatt több száz beteg sorsa bizonytalanná vált. Az olyan embereké, akik évek óta vártak az OPNI-ban arra, hogy pszichiátriai otthoni elhelyezést kapjanak. Ellátás nélkül maradtak a drogbetegek is, mert az eddig itt működő addiktológia és drogambulancia ugyan átkerült a Nyíró Gyula Kórház ellátási rendszerébe, és ott indították újra, de a több száz Metadon-programos beteg sorsa kérdéses, akik nem vettek részt ebben a programban.

Súlyos problémaként veti fel a 14-18 éves serdülők pszichiátriai ellátását is, mivel megoldhatatlan a fővárosban ennek a korosztálynak az ambuláns ellátása. Az OPNI országos felvevő képességű intézmény volt, melynek bezárása már bizonyítottan fokozódott a szociálisan leginkább rászoruló gyermekek ellátatlansága terén. A lelki betegségekkel küszködő gyermekeket fogadó osztály a bezárást követően a Vadaskerti Alapítványhoz került át.

Bugarszki Zsolt, az OPNI bezárását követően négy évvel írta meg a tanulmányát, mely szakmapolitikai elemzés keretében próbálja körbejárni, vajon beszélhetünk-e intézménytelenítésről Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. Elemzésében a nagy létszámú intézményeket vizsgálta elsősorban. Megítélése szerint az intézménytelenítés a nagy létszámú, zárt intézmények felszámolására koncentrált, pedig ennél sokkal fontosabb az, hogy az önálló életvitelt lehetővé tevő közösségi alapú szolgáltatások hiányoznak belőle. Hogy az intézménytelenítést, mint fogalmat teljessé tegye, egy négy pontból álló kritériumrendszert állított fel:

1. Az intézménytelenítés az elkülönülő, nagy létszámú elmeógyógyintézetek, pszichiátriai intézetek kiváltását jelenti, ám ez nem egyenlő a bentlakásos formák eltűnésével.
2. Az intézménytelenítés nem az állam kivonulását jelenti az ellátásból. Az érintettek számára szükséges egészségügyi, szociális és egyéb szolgáltatásokat a közösség keretei között valósítják meg, a bezárt intézmények helyett.

3. Az intézménytelenítés nem pusztán térbeli, földrajzi elmozdulást jelent, hiszen az ellátórendszer viszonyaiban változások következnek be. Ennek legfontosabb eleme, hogy eltűnik a szolgáltatások létrehozásának motivációi közül az érintettek távoltartása a közösségtől. A szemléletváltásnak köszönhetően a különböző kezeléseket korábban passzív módon elszenvedők, immár a saját szükségleteik alapján tudják igénybe venni a szolgáltatásokat.

4. Az intézménytelenítés folyamata kizárólag tudatos szakmapolitikai lépésként értelmezhető. Az OPNI bezárását követően az ellátórendszerre ható szereplőket három nagy csoportra osztotta - bár belátja, hogy más felosztás is lehetséges, hiszen a szereplők számán, kilétén, valamint a szférán belüli megnyilvánuláson ez nem változtat -:

1. szabályozó, finanszírozó szereplők,
2. szolgáltató, ellátó szereplők,
3. felhasználói mozgalmak.

A szerző kiemelte, hogy a 90-es évek elején 12 000 férőhely volt a pszichiátriai osztályokon országosan. Majd 1997-ben ebben 15%-os csökkenés következett be, és ahogy haladtunk előre az évekkel, az ágyszámok is egyre csökkentek. Az átcsoportosítások azt eredményezték, hogy 2006-ig 9000 ágyszám volt az irányadó, ez annyit jelent, hogy 9 ágy jut 10000 lakosra. 2011-es adatok szerint az országban a Pszichiátriai Szakmai Kollégium mintegy 800 pszichiátert tart nyilván, akik közül a kétharmaduk kórházi osztályokon látja el feladatát. 275 pszichiáter az ország 146 gondozójában dolgozik.

Bugarszki Zsolt leírja, hogy az intézménytelenítés mellett kizárólag csak a felhasználói oldal képviselői álltak ki. És bár az érintettek maguk nem szívesen vennék az intézményeket igénybe, ők is azt gondolják, hogy az intézményeket nem lehet bezárni anélkül, hogy közösségi alapú ellátások ne jönnének létre az azt igénybe vevők részére. Ez az ellátórendszer befolyásolásának leghatékonyabb módja, a jogszabályok megváltoztatása. Fontos lenne szakmapolitikai szempontból is, ha a jogszabályokat átalakítanák, és ennek előkészítésébe a főszerepet játszó minisztériumi apparátust is bevonnák (Bugarszki 2011).

Az OPNI bezárását követően lassan elkezdtek beszivárogni a hajléktalanellátó intézményekbe a pszichiátriai betegek. Ez nem robbanásszerű megjelenést eredményezett, hiszen voltak olyan betegek, akik haza tudtak menni, ám egyre nagyobb terhet jelentettek a családjaik számára, így csak fokozatos létszámemelkedéssel jelentek meg a rendszerben. 2019-től minisztériumi támogatással indult el a BMSZKI rendszerében már a felvételnél az előszűrés, hogy az ügyfél számára leginkább megfelelő szállóra kerüljön be. Most, hogy már látjuk az elmúlt évek alatt, a pszichiátriai betegek hogyan jutottak el a hajléktalan ellátásba, bemutatom a főváros

legnagyobb hajléktalan ellátó intézményét a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, továbbiakban (BMSZKI) felépítését és munkáját.

A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei története

Londonban 1892-ben nyitották meg az első népszállót. Ennek mintájára 1912-ben létrehozták a Népszállót Budapesten a századelő gyártelepeinek fizetőképes egyedülálló férfi munkásai számára a mai Dózsa György út 152 szám alatt. Akkor az épületben 396 hálófülke és 42 hálószoza kapott helyet. A folyosók végén voltak a mosdóhelyiségek. Az alsósinten volt a könyvtár, az étkező, és a vendégek részére a fogadószoza. Az étkezőben egyszerre 288 fő étkeztetett, de a konyhán ezer főre volt kapacitás, annyi ember számára tudtak főzni. Az intézmény egy elkülönített részén volt a betegszoba, orvosi rendelő, az alagsorban pedig a mosókonyha, fürdők, raktárak és a gépház. Az első világháború alatt hadikórház, a második világháború idején laktanyaként funkcionált.

Ezt követően, az 1950-es években, a Fővárosi Tanács dolgozóinak a munkásszállása lett az 1980-as évek végéig. A rendszerváltást követően a munkásszállók eltűnésével a munkásszállást átminősítették átmeneti szállássá, hogy a munkásszállókról kikerülteknek legyen hol lakniuk. 1990-ben megalakult a Menhely Alapítvány, melyen keresztül jutottak be az intézménybe a fizetőképes ügyfelek, ám ekkor még nem hajléktalan ellátó intézményként üzemelt. 1993. január 28-án a Fővárosi Közgyűlés arról döntött, hogy 1993. március 1-jei hatállyal új, önálló intézményként létrehozza a Fővárosi Szociális Központ és Intézményeit (FSzKI). Ugyanebben az évben hatályba lép a Szociális Törvény, mely a hajléktalanellátás területén a már létező alap-, illetve szakosított ellátási formákat nevezi meg (nappali melegedő, hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása). Egyben máig érvényes jogi meghatározást ad arra, kiket kell „hajléktalan” személynek tekinteni. Még ez évben létrejött a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI) a Fővárosi Önkormányzat hajléktalan ellátó szervezete (Melléklet 1, 2).

A BMSZKI mára Közép-Európa legnagyobb hajléktalan embereket ellátó intézménye lett. Országosan megközelítőleg 12 000 hajléktalan ember számára fenntartott férőhely található, ebből közel 3000-et a BMSZKI tart fenn. Az intézményeket tekintve csaknem minden intézménytípus megtalálható a BMSZKI rendszerében, kivéve a hajléktalanok otthonát és a rehabilitációs intézményt. A különböző szolgáltatásokat az ügyfelek szükségletei hívták életre, így például megjelent a fejlesztő foglalkozás, a családok átmeneti otthona, az egészségügyi ellátások, vagy az Ébredések Alapítvánnyal való együttműködés eredményeként a közösségi pszichiátriai ellátás is. Jelenleg 16 telephelyen, 24 szolgáltatási egységben tudnak segítséget

nyújtani azok számára, akik igénnyel fordulnak hozzájuk Budapesten. BMSZKI telephelyeinek elosztása:

- Átmeneti Szálló (6 db)
- Éjjeli Menedékhely (5 db)
- Speciális Éjjeli Menedékhely (2 db)
- Nappali Melegedő (5 db)
- Családok Átmeneti Otthona
- Munkásszálló (3 db)
- Utcai Gondozó Szolgálat
- Szobabérlők Háza
- Foglalkoztatási és Lakhatási Iroda
- Szakmai Fejlesztési és Módszertani Iroda
- Szociális és Információs Központ
- Egészségügyi Szolgálat: járóbeteg ellátás, ambulancia, pszichiátria, nőgyógyászat, lábadozó, háziorvosi rendelés, kórház, mozgó orvosi szolgálat
- HKA egészségügyi alprogram, „Utcáról Bérletbe a Fővárosban” (VEKOP) pályázati program és a Kőbányai út 22-ben zajló „No-slum” bérlet program

Dolgozatom témája miatt ismertetésemet csak a pszichiátriai ellátásra, a Felvételi Előkészítő Csoportra és a pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézményekre koncentrálok.

A BMSZKI keretein belül megvalósuló pszichiátriai ellátás

Pszichiátriai járóbeteg ellátás:

2003 decembere óta pszichiátriai szakrendelés működik a Kőbányai úti telephelyen járóbeteg ellátó rendszerben. Mivel a hajléktalan emberek tartós lakcím híján kiszorultak a területi ellátás elve alapján működtetett egészségügyi szakellátásból, hiánypótló ez az ellátási forma, különösen a hajléktalanság és a pszichiátriai betegségek együttes fennállása, halmozott jelentkezése miatt.

- 2013-ban összesen 2936 fő jelent meg pszichiátriai szakrendelésen. Ez 16% -kal több mint az előző évben.
- 2014-ben összesen 3482 fő
- 2016-ban összesen 3380 fő
- 2018-ban összesen 2758 fő
- 2019-ben összesen 2846 fő
- 2020-ban összesen 2782 fő

- 2021-ben összesen 3341 fő jelent meg, mely 20%-os növekedést jelentett.

A megnövekedett számú pszichiátriai beteg hajléktalanok miatt szükségessé vált szakemberek bevonása. Így 2018-ban megállapodást kötött a BMSZKI az Ébredések Alapítvánnyal, hogy a FET-en az előszűrésben kérje segítségüket, és így lehetőség szerint már felvételtkor kiszűrhessek a pszichés beteg ügyfeleket, akiket az arra szakosodott intézmények valamelyikében tudnak elhelyezni. Ezen kívül a szociális alapellátás keretében a betegek részére Pszichiátriai Betegek Közösségi Ellátását biztosítja az alapítvány. A dolgozók részére továbbképzéseket tartanak Közösségi Pszichiátriai Ellátásból, melynek során megismertetik a pszichiátriai kórképeket, azok kezelési módját és a Közösségi Pszichiátriai Ellátást.

Pszichológiai segítségnyújtás:

2013 óta a Dózsa György úti átmeneti szálláson működik a pszichológiai tanácsadás. Két pszichológus (az egyikük 2013-ban, míg a másikuk 2019-ben csatlakozott a BMSZKI-hoz) járja a telephelyeket, 4-4 területre felosztva. Átlagosan kéthetente jutnak el egy-egy helyszínre, ahol beszélgetnek azokkal az ügyfelekkel, akiknek erre szüksége van. Előre egyeztetett időpontban, előjegyzéssel történik a pszichológiai tanácsadás. A pszichológiai segítséget kérő ügyfelek nagyobb százaléka férfi (56%). Jellemzően a középkorúak kérnek segítséget (átlagéletkor: 44 év). Éves viszonylatban kb. hét alkalommal találkozik a pszichológussal az ügyfél, ami nagyon kevés a segítő beszélgetés eredményességéhez. A hosszú várólistának köszönhető, ami akár 1-1,5 hónap is lehet, sokan nem mennek el a megadott időpontra, vagy addigra aktualitását veszti a problémájuk, vagy elmennek, de pár alkalom után abbahagyják. Az ügyfelekben kialakult az az elgondolás, hogy szinte lehetetlen bekerülni a pszichológushoz a hosszú várakozás miatt, így jelenleg inkább olyan kliensek jelentkeznek, akik valóban motiváltak a terápiás munkára, vagy az életük megváltoztatására. Hatékony munkát csak ezekkel az ügyfelekkel lehet elérni, mert minimum 9-16 vagy annál több találkozásra van szükség ahhoz, hogy maradandó változást lehessen elérni, ami több mint 4 hónapos terápiás munkát jelent összességében. Ezeknél az ügyfeleknél, akik száma a fent leírt okok miatt elenyésző, sikereket könyvelhettek el, mert találtak munkahelyet, vagy párkapcsolatuk rendeződött. A Vaspálya utcai szenvedélybeteg ügyfeleknél szintén sikert lehetett elérni, mert absztinenciát tartottak, sok esetben a szállóról a munkavállalást követően albérletbe tudtak költözni.

Mindkét pszichológus a bázis telephelyen is lát el pszichológiai tanácsadó munkát. A Dózsa György úti telephelyen nemcsak az intézmény lakói részére, hanem más BMSZKI telephelyen élő kliensek számára is elérhető a segítő beszélgetés, melyre előre egyeztetett időpontban van

lehetőség. Ide elsősorban azon ügyfelek érkeznek, akiket a személyes szociális munkásuk küld, úgymond javasolja nekik a pszichológiai tanácsadáson való részvételt és nincsenek benne abban a 8 intézményben, ahová kijárnak a pszichológusok, így számukra csak ezen a módon van lehetőség a segítő beszélgetés igénybevételére.

Foglalkoztatási és Lakhatási Iroda a Felvételi Előkészítő Team (FET) munkája

A Foglalkoztatási Iroda 2005 novemberében, míg a Lakhatási Iroda 2012 júniusában nyílt meg. A két iroda összevonásával 2017. március 4-én jött létre az Álláskereső- és Lakhatási Iroda. Az átmeneti szállóra való bekerülés a Felvételi Előkészítő Team döntése alapján történik, itt koordinálják, hogy a 9 átmeneti szálló közül melyik az ügyfél számára legmegfelelőbb intézmény. A FET-et felkereső hajléktalan emberekkel első körben egy rövid beszélgetés keretében ismerkednek meg, itt kiderül a lakhatási szükségletük a jövedelmi viszonyaik, egészségügyi állapotuk, jelenlegi élethelyzetük. Amennyiben az ügyfél nem BNO kóddal érkezik, és a kérdőív alapján sem merül fel gyanú pszichiátriai betegségre, abban az esetben az ügyféllel közösen kiválasztják a számára legmegfelelőbb lakhatási megoldást. A bekerülés nem azonnali, három hetente meg kell erősíteni a szándékot telefonon vagy személyesen a FET irodában. Több olyan intézmény is található a BMSZKI rendszerében, ahová egyéni felvételi rend alapján kerülnek be az ügyfelek, ilyen például a Vaspálya utcai átmeneti szállás, ahol szenvedélybeteg hajléktalan emberek számára nyújtanak felépülés központú segítő programot. 2018-ban a megnövekedett számú pszichiátriai beteg jelentkezők, és az első megnyitott mentális betegségekkel küzdő hajléktalan átmeneti szálló szükségessé tette, hogy a hajléktalan emberekkel való szakmai munka eszköztára bővüljön, így egy pályázat keretében sikerült megvalósítani, hogy szükség szerint pszichiáter bevonását is igénybe tudják venni. A FET tapasztalatai alapján nagy segítség a pszichiáter jelenléte. Az ügyfelek felvételi kérelmüket már adott diagnózissal, BNO kóddal tudják beadni az elhelyező csoporthoz. Természetesen jelentkeznek olyan leendő kliensek is, akiknek akár nincs kialakult betegség tudatuk, vagy nem is tudnak betegségükről. Abban az esetben, amikor az ügyfél BNO kóddal érkezik, vagyis diagnosztizált, könnyű a helyzet, mert akkor automatikusan az arra szakosodott intézmény felé irányítják, ám ha a kliensnek nincs betegségtudata, vagy nem tud betegségéről, akkor az előszűrést segítő kérdőív (Melléklet 3.) alapján választanak számára lakhatást biztosító intézményt. 2019 augusztusában vezették be ezt az előszűrést, mely jó megoldás arra, hogy a leendő ügyfelet a megfelelő intézménybe irányítsák.

A felvétel folyamán, ha csak a gyanú is felmerül az adott klienssel kapcsolatban, akkor van lehetőség pszichológus szakemberek, illetve kéthetente pszichiáter bevonására is. Amennyiben

az ügyfél megtagadja a kérdőív kitöltését, ám a szociális munkás a FET-en úgy látja, szükség lenne arra, hogy az ügyfelet szakemberek lássák a döntés előtt, akkor háromféle beszélgetés történik különböző pszichológus szakemberekkel (ASI és MAWI tesztfelvétel, valamint munkapszichológiai beszélgetés). A FET koordinálja ezt a projektet, az utómunkák folyamán feldolgozzák a beérkezett adatokat, amelyek bekerülnek a MENEDÉK nevű belső kizárólag BMSZKI dolgozók részére hozzáférhető adatbázisba az ügyfél neve alá.

ASI (Addikció Súlyossági Index) teszt:

Az ASI egy több szempontú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja alkohol, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott probléma területen. 1992-ben már ötödik alkalommal módosították, és azóta is ezt az interjúformát használják, hogy feltérképezzék a függőséghez hozzájáruló- és a függőség miatt kialakuló problémákat, illetve annak érdekében, hogy a leghatékonyabb gyógykezelési módot tudják kiválasztani az ügyfél számára. Az ASI mintegy 160 kérdése 7 nagy terület problémáit képes feltárni:

1. Egészségi állapot
2. Foglalkoztatás és megélhetés
3. Jogi státusz
4. Családi és társas kapcsolatok
5. Alkoholfogyasztás
6. Drogfogyasztás
7. Pszichiátriai státusz.

Az interjú kb. 30-40 perc alatt felvehető, minden egyes problématerület felvételének végén a megkérdezett és az interjúkészítő külön értékelő skálán jelöli az áttekintett probléma súlyosságát. Mindezek mellett az interjúkészítő értékeli a páciens által szolgáltatott információk megbízhatóságát, őszinteségét is.

MAWI teszt:

A MAWI teszt kétfaktoros szerkezetű, van egy verbális és egy performációs feladatokat tartalmazó része, melyek 5-5 részpróbát tartalmaznak fokozódó nehézségi sorrendben követve egymást.

Verbális:

1. Ismeretek
2. Helyzetmegértés
3. Számismétlés

4. Számolás

5. Összehasonlítás (főfogalom-megnevezés)

Performációs feladatok:

6. Rejtjelezés

7. Képrendezés

8. Képkiegészítés

9. Mozaikpróba

10. Szintézispróba

A teszt összeredménye alapján megállapítható az általános IQ-mutató, ezen felül kiszámítható még a vizsgált személy verbális (VQ) és performációs IQ-ja (PQ) is. Az átlagos IQ 91-109 között, az extrém alacsony IQ a 68-as érték alatt mozog. 2019 augusztusa óta 98 ügyfelet tudtak kiszűrni a fentebb említett pszichológiai kérdőív, illetve a tesztek alapján, és tudtak elhelyezni arra szakosodott intézményben a pszichiáter és a pszichológusok segítségével.

Munkapszichológiai beszélgetés:

A munkapszichológiai beszélgetés fontos területe a Foglalkoztatási Iroda tevékenységének, hiszen az ellátásba bekerülésnek egyik feltétele, hogy a szállón való tartózkodás szállódíj fizetéshez kötött. Így akik nem rendelkeznek jövedelemmel (rokkantsági ellátás, nyugdíj stb.), azoknál megvizsgálják, hogy az adott személy képes-e egy bizonyos munka vagy munkakör ellátására. A szakemberek ezáltal nagy segítséget nyújtanak az ügyfelek számára ahhoz, hogy a munka világába vissza tudjanak integrálódni figyelembe véve az iskolai végzettséget, fizikai állóképességet, és a mentális állapotot. Ehhez természetesen lényeges a motiváció, hogy az egyént biztosítsák arról, hogy képes lesz az általa választott munka ellátására. Erre nagy szükség van, hiszen sok esetben olyan emberekről beszélünk, akik talán hosszú éve nem dolgoztak már.

Pszichiátriai betegekkel foglalkozó BMSZKI intézmények

A BMSZKI a megnövekedett igények miatt jelenleg három szállót tart fenn annak érdekében, hogy a kiszűrt pszichés betegek a lehető legjobb kezelést kaphassák meg.

Táblás átmeneti szálló:

A 80 férőhellyel rendelkező intézményben elsősorban olyan pszichés problémákkal küzdő ügyfelek elhelyezése történik, akik rendelkeznek diagnózissal valamilyen mentális zavar tekintetében, vagy a delegáló szakemberek és a felvételi csoport véleménye szerint mentális

zavarral élnek. Legfontosabb célkitűzésük a pszichiátriai betegséggel élő személyek felépülésének támogatása, az önálló életvitel irányába ható pszichoszociális rehabilitációs folyamat kidolgozásával és megvalósításával. Itt művészterápiás foglalkoztatást is tartanak számukra.

Kálvária átmeneti szálló:

A 48 férőhellyel rendelkező szállón olyan hajléktalan személyek laknak, akik életvezetési képességeik valamely terén, krónikus vagy pszichés betegség, mozgáskorlátozottság folytán hátrányt szenvednek. A pszichiátriai és addiktológiai érintettségű esetek az ellátottak körében jelentős, 90-95%. A szállón lakók fele-háromnegyede szed valamilyen pszichiátriai gyógyszert, ellátásuk folyamatos figyelmet igényel. A szálláson olyan integrált szociális szolgáltatást nyújtanak, amely a lakó állapotának, korának, egyéni adottságainak megfelelő. Személyre szabott bánásmódot, a hiányzó, vagy részben meglévő funkciók megállapítását, ha lehetséges, helyreállítását célozzák meg a kezelések.

Váci út éjjeli menedékhely:

A 77 főt befogadó intézmény 2019. május 1-én profil váltáson esett át, mert kaotikussá vált a BMSZKI intézményeiben a szakszerű elhelyezés. Egy-egy intézményen belül pszichiátriai és más betegek, fogyatékkal élők, mozgássérültek, idősek együttes ellátása nem volt lehetséges. Ez nagyban megnehezítette a hatékony, eredményes munkát, és a lakókat is épp úgy megterhelte, mint az intézményben dolgozókat. Az intézmény a profil váltást követően pszichiátriai érintettségű és/vagy ápolási szükséglettel rendelkező és/vagy mozgásában korlátozott női ügyfeleket fogad, főként olyanokat, akiknek az elhelyezése más módon nem oldható meg. Egészségi és mentális állapotukat tekintve a pszichiátriai érintettségű ügyfelek aránya magasabb a szállón, az ápolási szükségletükhöz képest. Sokaknak nincs betegségtudata, elvesztették a kapcsolatot a valósággal, és a realitásérzékük is megszűnt, így az ő megközelítésük, segítő szakemberhez irányításuk sok energiát, türelmet igényel.

Az intézményi keretek és azok változásainak megismerése után a hajléktalanellátás rendszerébe került pszichiátriai betegeknek nyújtott szolgáltatások megismeréséhez használt kutatási módszerek ismertetése következik.

Pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban a statisztikák tükrében

Amikor elkezdtem dolgozatom írását, azt gondoltam könnyen kideríthető a statisztikákból, beszámolókból, hogy az OPNI bezárását követően a BMSZKI rendszerébe mennyire változott a pszichiátriai betegek aránya az elmúlt 15 évben. Az adatokat BMSZKI statisztikájából Február 3 (F3) kérdőív alapján és az interjúk segítségével sikerült összegyűjteni, ám még ezek ismeretében sem lehet kijelenteni, hogy pontos adatok birtokában lennék.

Minden év február 3-án, az év leghidegebb napján kérdőíves adatfelvétel zajlik a hajléktalan emberek körében, melyet a Menhely Alapítvány kezdeményezett. Az anonim kérdőíven alapadatokra, a hajléktalanná válásra, a hajléktalanként eltöltött időre, a jövedelemre, munkavállalásra, és életmódra vonatkozó kérdések szerepelnek. A kérdések egy része minden évben azonos, míg bizonyos specifikus kérdéscsoportok évről évre változnak. Az F3 kérdőívben országos szinten vizsgáltak több olyan helyzetet, amikor a pszichiátriai betegség is lényeges szerepet játszik egy-egy hajléktalanná vált ember életében (Gurály et al., 2003). Az F3 statisztikából nem derül ki azonban, hogy ezen pszichiátriai betegek rendelkeznek-e BNO kóddal, vagyis diagnosztizált mentális problémákkal küzdenek-e. Azt kell írjam, hogy évekig ezekről az adatokról nincs megfelelő információ, így csak országos szintű eredményekre tudok támaszkodni.

A 2018-as F3 kérdőív adatfeldolgozása folyamán, melyet Budapesten 3550 ember töltött ki, már az is kiderült, hogy minden negyedik hajléktalan férfi, a hajléktalan nők közül pedig minden második küzdött lelki vagy pszichiátriai problémákkal. A legmagasabb iskolai végzettség vizsgálatakor derült ki, bár számszerű adatok nem állnak rendelkezésre, a rendszerben megjelentek magasan kvalifikált nők is, akik feltételezhetően személyes sorsuk, tragédiájuk miatt kerültek bele a hajléktalan létformába. Ezen nők között a pszichiátriai betegséget, mint egyik kiváltó okot is megemlíti a kérdőív kitöltésekor. 2018. évi adatfelvétel alapján azt mondhatjuk, hogy a csak koldulók között több a nő, mint a férfi, illetve a csak koldulók/kéregetők rosszabb helyzetben vannak, mint azon társaik, akik kukázásból/gyűjtögetésből élnek. A kéregető hajléktalanok körében lényegesen nagyobb arányban vannak, akik pszichiátriai problémákkal küzdenek. Arra a kérdésre, hogy „*Van-e valami, amit szégyell?*”, ugyan csak néhányan, de volt, aki azt válaszolta, hogy számára a pszichiátriai betegsége szégyenre ad okot. Úgy gondolom, a szégyenérzetük inkább abból fakad, hogy félnek attól, hogy a stigma miatt megalázzák őket, illetve a pszichiátrián való

megjelenés számukra megalázó, és megbélyegző. A 2018-as F3 kérdőívben szerepel már az a kérdés is, hogy „*Tud-e arról, hogy van valamilyen lelki/pszichiátriai problémája, vagy hallotta-e már másoktól, hogy Önnek ilyen problémája lehet?*” Az összes (országos szintű) válaszadók (8599 fő) 26%-a válaszolt igennel. A kutatás kimutatta, hogy a volt állami gondozott hajléktalanok körében magasabb arányt találunk (31%) (Győri, 2021).

Első alkalommal 2020-ban kérdezték meg a hajléktalanokat, akik akár intézményes keretek között, akár az utcán éltek, hogy „*Volt-e pszichiátriai kezelésen?*”. Itt nagyon fontos kiemelni, hogy összességében a válaszadók közül 63% már igénybe vette valamikor az élete folyamán a pszichiátriai ellátást, ami azt jelenti, hogy minden harmadik ember, aki a hajléktalan ellátásban él. A „*Kezelték-e idegosztályon, neurológián?*” kérdésre adott válaszok az előző kérdéshez hasonló eredményt adtak. A hajléktalanok között a 29% igen magas arány, de ha azt nézzük, hogy a válaszadók 37%-a volt állami gondozott, akkor kiugróan magas ez a százalékszám. Az, hogy ezen ügyfelek mennyire vannak tisztában azzal, hogy mi a különbség a neurológia és a pszichiátria között nem derül ki a kérdőívből, így erre a kérdésre a választ úgy kell értelmezni, hogy már kezelték őket pszichiátrián (Breitner et al., 2021).³

Bár a hajléktalan ellátó rendszerbe bekerülők egyre idősebbek és betegebbek (mozgásszervi, súlyos egészségi, sok esetben alkohol okozta belgyógyászati problémákkal küzdenek)⁴ őket megfelelő egészségügyi ellátó intézménybe nem lehet eljuttatni. Sőt mi több, a kórházban lévő ágyak számának csökkentése nem járt együtt a szociális intézmények férőhelyének növekedésével, így a támogatásra szorulóknak, mint például a fogyatékkal élők, a pszichiátriai betegek vagy a szenvedély betegek tovább növelik a hajléktalanok táborát. Jól ismert tény, hogy mind az időotthonokba, mind a pszichiátriai betegek otthonába való bekerülésre végtelenül időigényes, szinte lehetetlen. A KSH adatai szerint országos szinten közel 9000 fő intézményes elhelyezésére volt szükség 2021-ben (KSH, 2022). Ez a várólistás rendszer még aggasztóbb, mivel a mentális betegek szakszerű ellátása nem halasztható. Így ők sokszor a hajléktalan ellátó rendszerben maradnak, de ott sem tudnak maradni, hiszen ezen intézményekben a házirendben is rögzítésre kerülnek a jogviszony feltételei. Ezek közül a pszichiátriai betegekre vonatkozó, számukra releváns pontok az alábbiak:

³ Az F3 kérdőívezésben a dolgozat készítője maga is részt vett, a BMSZKI felelős vezetői engedélyezték ezeknek az adatoknak a felhasználását a kutatás és a dolgozat elkészítéséhez.

⁴ Győri Péter *A hajléktalanság legégetőbb, aktuális kérdései* című előadása keretében hangzott el az Apor Vilmos Katolikus Főiskolán, Vácott, 2022.11.05-én.

- Sikeres felvételt követően, egy 30 napos (naptári) szerződés kerül megkötésre, melyet az intézmény vezetője és az ügyfél, illetve amennyiben szükséges törvényes képviselője is aláírásával hitelesít.
- Ha a jogviszony a 30 naptári napot meghaladja, akkor az intézményvezető és az ellátást igénybe vevő között egy új megállapodás születik, mely határozott időre, de legfeljebb 12 hónap időtartamra szól.
- Amennyiben az ügyfél betartja a házirendet és a rá vonatkozó feltételeket, kölcsönös megállapodással ez még 12 hónapra hosszabbítható. Ez kivételes esetben hosszabbítható csak meg, például, ha elhelyezési kérelme van az ügyfélnek bentlakásos pszichiátriai otthonba, vagy részt vesz a közösségi pszichiátriai ellátás programjában.⁵ Ezen esetekben nem kizárt, hogy éveket töltenek el így a BMSZKI rendszerében az ügyfelek.

Nagyon sokan nem jutnak el odáig, hogy egyáltalán a közösségi pszichiátriai ellátás programjába bekerüljenek, hisz nincs bennük betegségtudat, sokan nem szedik az orvos által felírt gyógyszereket, ezáltal nem tartják be az orvosi utasításokat és magatartásukkal, viselkedésükkel zavarják az intézményben élők nyugalma. Ez jogviszony megszüntetést von maga után, vagyis akár hónapokkal érkezésük után ismét az utcára kerülhetnek.

A kérdőíves kutatás eredményei

Kutatásom során kérdőívvel a pszichiátriai betegségben szenvedő hajléktalan ellátásban élőkkel foglalkozó kollégák ismereteit és a pszichiátriai betegekhez való hozzáállását vizsgáltam meg. A kérdőívet korábbi, hasonló kutatások során alkalmazott kérdések alapján, azokat kiegészítve állítottam össze (Ács, 2020). Az első rész a megkérdezettekre vonatkozik (nemük, iskolai végzettségük stb.), majd 24 állítás véleményeztetésével a mentális betegséggel élőkkel kapcsolatos ismereteiket és hozzáállásukat vizsgáltam meg. Ezt követően személyes és munkatapasztalataikra vonatkozó kérdések következtek a kérdőív szerkezetében.

Kutatásom nem reprezentatív, mivel csak Budapesten, a főváros által fenntartott BMSZKI-ban, és azon belül is csak a három, kizárólag pszichiátriai betegekre szakosodott intézmény dolgozói

⁵ A pszichiátriai betegek „szakosodott” BMSZKI intézmények részletes házirendje az alábbi oldalakon található: https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-326/hazirend_tablas_atmeneti-1.pdf; https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-328/K%C3%A1lv%C3%A1ria_H%C3%A1zirend_2019_05_31.pdf; https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-303/V%C3%A1ci%20%C3%89jeli%20Mened%C3%A9khely_H%C3%A1zirend_2019_05_31.pdf (utoljára megtekintve: 2022.11.20.).

között végeztem kérdőíves kutatást. A kérdőív létrehozása és kiértékelése is a számítógép segítségével történt, azokat online juttattam el a célcsoport számára. A kérdőívek kitöltése teljes egészében önkéntes alapon történt. Előnye, hogy a névtelenség és önkéntesség miatt nagyobb volt a valószínűsége az őszinte válaszoknak (Babbie, 2008). A rendszer automatikusan a statisztikát is elkészítette (Melléklet 4.).

Intézmény neve	Dolgozók száma	Ügyfelek száma	Kérdőív kitöltők száma
Kálvária átmeneti szállás	10 fő	48 fő	3 fő
Táblás átmeneti szállás	10 fő (1 fő szülési szabadságon)	80 fő	5 fő
Váci éjjeli menedékhely nappali szállás	13 fő (1 fő GYES)	77 fő	7 fő

1. ábra: A kérdőíves kutatásban résztvevő BMSZKI telephelyek adatai

A felmérés 2022. október 7 és 21 között valósult meg két hét alatt. Előzetesen felvettem az intézmények szakmai vezetőivel telefonon a kapcsolatot, beszámoltam kutatásom céljáról, és megkértem őket, hogy küldjék ki a dolgozók felé a kérdőívet. A megadott időkeretben tizenöt embertől kaptam választ (1. ábra). A válaszadók közül 7-en a Váci úti éjjeli menedékhely/nappali melegedőben látják el feladataikat, 5-en a Táblás pszichiátriai betegek számára fenntartott átmeneti szálláson, míg a legkevesebb számban, 3-an a Kálvária pszichiátriai betegek számára fenntartott átmeneti szálláson. A válaszadás önkéntes alapon történt, és a fenti táblázatból egyértelműen kiderül, hogy a Kálvária szállón a munkatársak 30%-a, a Váci úti szállón 53,8%, míg a Táblás szállón a dolgozók 50%-a töltötte ki a kérdőívet. A kérdőív kitöltésére mutatott hajlandóság fordított arányosságban áll az egyes szállókon a dolgozók leterheltségével (ügyfélszám : dolgozósám aránya). Bár nem ismeretes a leterheltség esetleges módosulása (például dolgozók hiányzása miatt) a vizsgálati időszakban, mégis arra lehet következtetni, hogy a kérdőív kitöltése valóban önkéntes, a dolgozók szándéka alapján történt. A válaszokból kiderült, hogy a kérdőívet kitöltők 93,3% nő és csak 1 férfi van közöttük. Ez a különbség a BMSZKI-n belül több területen is megmutatkozik, a nemek arányát tekintve elsősorban nők dolgoznak az intézményekben.

Végzettség	Munkakör	Táblás	Kálvária	Váci
Érettségire épülő: ápolási asszisztens	segítő		X	
Felsőfokú alap	szociális munkás		X	
Felsőfokú alap	szociális munkás		X	
Mesterképzés	szociális munkás	X		
Mesterképzés	szociális munkás	X		
Mesterképzés	ellátási egység vezető	X		
Felsőfokú alap	szociális munkás	X		
Mesterképzés	szociális munkás	X		
Felsőfokú alap	szociális munkás			X
OKJ egyéb	szociális segítő			X
Felsőfokú alap	szociális munkás			X
Felsőfokú alap	szociális segítő			X
Felsőfokú alap	szociális munkás			X
Érettségire épülő	szociális segítő			X
Felsőfokú alap	szociális munkás			X

2. ábra: A kérdőíves kutatásban résztvevők munkaköre és végzettsége

Az iskolai végzettséget tekintve elmondható, hogy a dolgozók 80%-a diplomával rendelkezik, mely jó alapot biztosíthat a BMSZKI által folyamatosan szervezett és előírt továbbképzések teljesítéséhez. A kérdőív alapján az nem derül ki, hogy a szakemberek milyen területen szereztek diplomát, csak az, hogy körülbelül 2:1 arányban vannak a BA szintű és az MA szintű diplomával rendelkezők (2. ábra). Egy 2019-ben megjelent cikk szerint, a szakmát hígítják, a jogszabályok lazításával egyre könnyebb szakképesítés nélkül bekerülni a szociális szférába, ami hosszú távon problémát fog okozni. Jelenleg nyolc általánossal is bárki lehet szociális segítő, de bármilyen diploma elegendő ahhoz, hogy szociális munkatársként valaki emberekkel foglalkozzon, “Pedig nagyon nem mindegy például, hogy az ápoló-gondozó munkakörökben milyen képzettséggel és tapasztalattal látják el az arra rászorulókat” (Csengel, 2019).

A dolgozók 66,6%-a diplomával szociális munkatársként látja el a feladatát különböző területeken, ami azt jelenti, hogy az ügyfelek minden esetben tudnak szakmailag képzett szakemberhez fordulni, ami az ügyfél részére biztonságot ad. Kilenc ember, a válaszadók $\frac{3}{5}$ -e dolgozik szociális területen minimum tíz éve, ami alapján úgy tűnhet, hogy a megkérdezettek elégedettek a választott hivatásukkal. Azt azonban fontos tudni, hogy a BMSZKI nagy területet ölel fel nem csak telephelyek számában, de ellátási területeken is. Így rengeteg lehetőség adódik az intézeten belül egy pályát váltó részére. Bár nagy a vándorlás intézményen belül, és bár rengeteg a lehetőség, mégis óriási a pályaelhagyók aránya is. 2019-es információk alapján a szociális szférában 20-25% munkaerőhiány van, a belépő dolgozók jelentős része 1 évnél tovább nem marad a munkahelyen. (Csengel, 2019). A Szociális Ágazatban Dolgozók Szakszervezetének (SZÁD) elnöke Köves Ferenc egy 2019-es cikkben elmondta, hogy a dolgozók kimerültek, másfél-két ember helyett dolgoznak, ami kiegészítéshez vezet. (Csengel, 2019).

A 24 állítást véleményeztető kérdőív rész elemzéséből kiderült, hogy a válaszadók 53,3%-a teljes mértékben tagadja vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy ha valaki átélte egy mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle. Ezzel ellentétben a megkérdezettek 26,7% inkább egyetért ezzel a felvetéssel, ami nem elenyésző arány. Ez a "kettősség" arra enged következtetni, hogy az azonosított mentális betegséggel szenvedő ügyfelekkel dolgozóknak nincs egységes álláspontja, mely kérdésessé teheti az általuk nyújtott szolgáltatások szükséges következetességét.

A válaszok 93,3%-a egyáltalán, vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy a mentális betegségben szenvedők mind csódtömegek. Ez jól mutatja, hogy a válaszadók nem állnak elutasítón az intézményekben élő ügyfelekkel szemben, és a mentális betegségben szenvedők stigmatizációját tagadják, amely biztosítékot adhat az együttműködésre. A válaszok sokféleségében ugyanakkor megmutatkozik, hogy az ügyfeleket a válaszadók bár nem tartják csódtömegeknek, de sokan belátják, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek nem is lesznek olyanok, mint a többi ember. Mégis az előző kérdéssel összevetve észlelhető a megkérdezettek ártatlan optimizmusa, mely a szakmájukkal is magyarázható, ami magas fokú empátiát és szociális érzékenységet igényel.

A válaszadók közül kilencen úgy gondolják, hogy teljesen vagy inkább nem értenek egyet azzal, hogy egy mentális betegségben szenvedő embernek élete végéig gyógyszert kell szednie. A válaszok megosztottsága itt is megjelenik, hiszen 33,3%-a válaszadóknak ellentétes (az állítással inkább egyet értő) válaszlehetőséget jelölt meg. Feltételezhetően azért adtak ennyiféle

választ a kérdésre, mert eltérő típusú és fajtájú mentális betegségekben szenvedő ügyfelekre gondoltak a válaszadásnál.

Tizenegy válaszadó azt válaszolta, hogy egyáltalán vagy inkább nem ért azzal egyet, hogy meglátszik egy emberen, ha mentális betegségben szenved. Bár fontos lett volna tisztázni, hogy az ügyfélnek van-e betegségtudata, vagy milyen betegségben szenved, mégis fontos tudni, hogy a pszichés betegségek egyes típusainál vannak jól felismerhető tünetek, melyeket az alábbi táblázatban mutatok be (3. ábra).

Betegség neve	Tünetei
paranoid skizofrénia	érzelmi elsivárosodás, depresszió, kiüresedés, álmatlanság, hallucináció, téveszmék, lehetséges agresszió, ön és közveszély
skizofrénia	nehezen érthető beszéd, mozgásbeli különbségek, üresség érzés, hallucinációk vagy téveszmék
alkohol- és gyógyszerfüggőség	ingerlékenység, májzsugor, szellemi működés hanyatlása, agresszivitás, kézremegés, alkohol utáni, illetve a szer újbóli fogyasztására irányuló sóvárgás, személyiségváltozás, kontrollvesztés, hangulatváltozás
bipoláris zavar	fokozott önértékelés, csökkent alvásigény, fokozott beszédkésztetés, hevesen cikázó gondolatok, gondolatrohanás, kritikátlan, meggondolatlan cselekedetek, könnyen elterelhető figyelem, szokatlanul felfokozott aktivitás, önutálat, motiváció hiánya, halállal, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok
depresszió	szomorúság, rosszkedv, örömképtelenség, öngyűlölet, motiválatlanság, produktivitás és aktivitás alacsony, energiahány, görnyedt testtartás, halk beszéd, negatív ön-, világ- és jövőkép, pesszimizmus, reményvesztettség, fejfájás, emésztési zavar, fogyás vagy hízás, szédülés, alvászavar

3. ábra: A hajléktalan ellátásban előforduló leggyakoribb pszichiátriai betegségek és tünetei: (Füredi, 2013)

Tíz válaszadó azt a választ adta, hogy egyáltalán, vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek. A megkérdezettek szakmájukból adódóan fordulhatnak minden ember felé egyformán. Számomra kérdéses, hogy ez a feltétlen bizalom a dolgozók részéről mennyire lehet esetleg veszélyes.

A válaszadók 73,4%-a egyáltalán vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy a mentális betegségek könnyen felismerhetők. Az 5-ös számú, "Meglátszik egy emberen, ha mentális betegségben szenved" kérdéssel szemben, ahol szintén tizenegyen egyáltalán vagy inkább nem értettek egyet

az állítással, a 7. pontnál már 3 ember gondolta úgy, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy felismerhetőek a mentális betegségben szenvedők. A megváltozott vélemény mögött akár a kérdőív kitöltésének folyamata is állhat, hiszen a kérdések célzottan vizsgálják a megkérdezett dolgozók és a mentális betegséggel élő ügyfelek viszonyát.

A válaszadók 86,7% azt válaszolta, hogy egyáltalán, vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek. Az, hogy a mentális betegségben szenvedők mennyire veszélyesek önmagukra vagy másokra, nagyban függ a diagnózistól, hogy szedik-e a gyógyszereiket, kontrollált-e a betegségük. Amennyiben megfelelően kezelt a pszichiátriai beteg, és szedi a gyógyszereit, vagy orvosi ellenőrzés mellett adagolva van számára, úgy valóban intézményes keretek között nem veszélyes, vagy csak minimális a kockázat. Mindezek alapján a válaszokból arra következtethetünk, hogy a vizsgált szállókon élő mentális betegségben szenvedő hajléktalanok egészségügyi állapota jól kezelt.

Nagyon széttagolódnak a válaszok a pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak kérdésnél, ami alapján feltételezhető lenne az is, hogy a megkérdezettek nem rendelkeznek egységes tudással. A pszichiátriai betegekkel való foglalkozás egy specifikus és fiatal része a hajléktalan ellátásnak, csupán 2018-ban nyílt az első hajléktalan ellátó intézmény pszichiátriai betegek részére. Ugyanakkor fontos tudni, hogy a pszichiátriai gyógyszereknek csak bizonyos halmaza okozhat függőséget. Ha valaki évekig nyugtatót szed az egyértelmű függőség, ám ha az alkoholizmus talaján kialakult epilepszia elleni gyógyszert szedi, az már nem az. Vannak olyan betegek, akik nyugtatót szednek, vannak, akik hangulat stabilizátort. Az egyik függőséget okoz, míg a másikat a betegség javulásával akár el is lehet hagyni. Mivel az ügyfelek számtalan különböző típusú diagnosztizált mentális betegségben szenvednek, a kérdésre adott válaszok emiatt is lehetnek ennyire eltérőek.

A megkérdezettek 86,7%-a azt a választ adta, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy egy mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni. Bizonyos mentális betegségben szenvedők képesek valóban munkavégzésre, azonban nem szabad elfeledkezni azokról, akiket soha nem lehet visszaintegrálni a társadalomba, akik soha nem lesznek képesek dolgozni, akik a hajléktalan ellátó intézményekből egy tartós elhelyezéssel majd pszichiátriai otthonokba fognak kerülni, ahol életük végéig orvosi felügyelettel, irányított gyógyszerkezelést fognak kapni, hogy sem magukra, sem másokra ne legyenek veszélyesek. Emiatt kérdéses, hogy a megkérdezettek 60 %-a, akik maximálisan egyetértenek azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő személyek képesek dolgozni, valóban teljeskörű ismerettel rendelkeznek-e a mentális betegségekről, mely szükséges munkájuk ellátásához az erre specializált hajléktalan ellátó intézményekben.

Tizenhárom ember azt a választ adta, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy egy mentális betegségben szenvedő személyt ki lehet képezni egy munkára. Ezt a kérdést az előzővel együtt vizsgálva megállapítható, hogy a megkérdezettek közel 90%-a (86,7%) azon a véleményen van, hogy a mentális betegségben szenvedő személyek képesek, illetve megtaníthatók valamilyen munkavégzésre. Itt fontos kiemelni, hogy azoknak a mentális betegségben szenvedő ügyfeleknek, akikre ez az állítás valóban igaz, olyan munkahelyet kell találni, ami végzettségének, képességének, betegségének és állapotának megfelelő.

A válaszok ismét eléggé széttagolódtak a következő állítás esetén, ugyanis 66,6% úgy gondolja, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel. Érdekes kiemelni, hogy ez az érték 20%-kal kevesebb, mint amit a munkavégzéssel, vagy egy munkavégzés elsajátításával kapcsolatban választottak a kérdőív kitöltői. Ezek szerint a munkán kívüli nehézségekkel a megkérdezettek kisebb arányban gondolják, hogy a mentális betegséggel élő emberek képesek megküzdeni. Sőt 26,7% úgy látja inkább nem ért azzal egyet, hogy a mentális betegséggel élők képesek megküzdeni velük. Itt sem elhanyagolandó, hogy azon betegek, akik a hajléktalan ellátó intézmények lakói, elég kevés százalékban tartják a családdal, rokonokkal a kapcsolatot, ami segítheti az életben felmerülő kihívásokra adandó válasz megtalálását és megvalósítását. Ez nagyban megnehezíti a felépülésüket is. Az intézményes keretek között éppen ezért elsősorban a bizalmat kell kiépíteni a mentális betegségben szenvedő ügyfelekben, amihez szükséges, hogy a dolgozó az ügyfél számára egy fix pont legyen, egy olyan ember, akivel mindent meg tud beszélni.

A megkérdezettek 80%-a úgy gondolja, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy ha valaki pszichiátriai gyógyszert szed, még nem lesz más, mint a többi ember. Kiemelném, hogy nem magától a pszichiátriai gyógyszertől lesz más, vagy marad ugyanaz az ember. A pszichiátriai utókezelés, gondozás, segítő foglalkozás mellett maradhat ugyanaz, vagy ezek elmaradásával lehet más ember a beteg. Érdekes, hogy három válaszoló a középső (3) értéket jelölte meg, mely jelenthet közömbösséget, vagy a véleménynyilvánítástól való elzárkózást. Az is feltételezhető, hogy az, aki ebben a kérdésben a válaszra adható számskála középső értékeinek valamelyikét adta meg, az nem rendelkezik elég ismerettel, és azért próbált esetleg semleges maradni.

86,6% úgy gondolja, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek manapság fel tudnak épülni. A gyógyulásban nagyon nagy szerepe van a szociális hálónak, a segítőknak és a pszichiátriai ellátásnak. A hajléktalan ellátásban élők szociális kapcsolatai beszűkültek, a rendszerben dolgozók aránya és

fluktuációja, valamint a pszichiátriai ellátás minimálisnak mondható szintje közel sem ideális a felépülés biztosításához. A BMSZKI rendszerében a pszichiátriai betegségek széles spektruma megtalálható, van, amikor csak megfelelő pszichiátriai otthoni elhelyezés elképzelhető. Mindezek alapján meglepő a kérdésre adott pozitív válaszok magas aránya.

A válaszadók közül tizenketten inkább, vagy teljes mértékig egyetértenek azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk. A támogatást minden esetben meg kell adni a pszichiátriai gondozó és a szakszolgálat részéről, szükség esetén kórházi elhelyezéssel. A szociális segítő és az orvostudomány területén dolgozó pszichiáter ebben a kérdésben szakmailag is maximálisan azonos elveket követ, mely a válaszadók többségi válaszában is tetten érhető.

Ugyanakkor tízen úgy nyilatkoztak, hogy inkább, vagy teljes mértékig egyetértenek azzal az állítással, hogy a mentális betegségben szenvedő embereknek speciális segítséget kell kérniük. Minden esetben a segítő el tudja dönteni, hogy szükség van-e speciális (pszichiáter, pszichológus, addiktológus) segítségére. A 15. kérdéssel összevetve ismét látható, hogy a segítő szakembereknek a szakmájukból adódóan magas fokú empátiájuk és szociális érzékenyséjük van. Nemcsak, hogy nem szabad feladniuk, de segítséget is kell kérniük ahhoz, hogy elinduljanak a gyógyulás útján. Nagyon fontos a támogató közeg, hogy érezzék még szükség van rájuk.

Tizenketten azt a választ adták, hogy egyáltalán vagy inkább nem értenek egyet azzal, hogy ha valaki mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van. Egy pszichiátriai intézményben élő beteg számára is fontos, hogy legyen kivel megbeszélni a dilemmákat, gondolatokat. Intézményes keretek között fontos, hogy ez ne csak egyénileg, hanem minél szélesebb körben, csoportosan is megvalósuljon. A BMSZKI-n belül is léteznek csoportfoglalkozások (kertészkedés, alkotó csoport, film klub stb.), melyek azt a célt szolgálják, hogy megismerjék egymást az emberek. A lényege is az, hogy információt adjanak egymásnak át, de a feldolgozás, vagyis a beszélgetés nem egyénre szabott, hanem csoportos. Így nem csak tanulnak egymástól az adott mindenkit érdeklő témában, de érzi is mindenki, hogy ugyanazért a célért vesz részt a csoport tevékenységében. Ugyanakkor pontosan azért, hogy a társadalomba vissza tudjanak integrálódni, és elhiggyék, hogy lehetnek még ugyanolyanok, mint a többi ember, szükség van "egészséges" emberi kapcsolatokra, vagyis arra, hogy ne csak olyanokkal legyen kontaktban, akik hasonló betegséggel küzdenek.

Egy másik kérdésre adott válaszok alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek mindegyike egyáltalán vagy inkább nem ért egyet azzal, hogy jobb, ha egy mentális betegségben szenvedő

ember elkerüli a többi embert. Ha úgy közelítjük meg a kérdést, és azt valljuk mi segítők is, hogy a mentális betegségben szenvedő ember ugyanolyan, mint a többi ember, akkor a kérdésre ez a jó válasz. A segítőnek az a feladata, hogy az esetleges elszigetelődést annak minden negatív hozadékaival (depresszió, szuicid szándék) együtt megakadályozza. Ezen a ponton is azonosítható a pszichiátriai betegekkel foglalkozó és a szociális segítők munkájának összekapcsolódása.

Bár a válaszok nagyon sokfélék voltak, ám megállapítható, hogy a megkérdezettek 46,6 %-a úgy gondolja, hogy ha valaki mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt. Ha a mentális beteg felismeri, hogy beteg, van betegségelátása, és vannak egészséges családi kapcsolatai (ami a hajléktalanoknál elenyésző, vagy nagyon minimális), abban az esetben segítség lehet a családtagokkal, barátokkal folytatott nyílt kommunikáció. Ebben a kérdésben az egyik legfontosabb segítség, a szociális munkással vagy a segítővel kialakult bizalmi kapcsolat, melyre alapozva a kérdésre megfogalmazott válasz kialakítható. Öt ember inkább vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk/barátaik számára, míg nyolc ember számára ez a kérdés közömbös. Úgy látom, a válaszok szétagolódása különböző mentális betegségekre vonatkozhatnak, ezért nincs egység abban, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik-e magukat. Öten azt a választ adták, hogy inkább egyetértenek azzal, hogy alsóbbrendűnek érzik magukat, ők valószínűleg elsősorban olyan betegekkel foglalkoznak, akik számára szükséges minden segítség, hogy ne érezzék magukat perifériára szorultnak.

Itt kiemelném azt a kilenc választ, amely inkább, vagy teljes mértékig egyetért azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek. A társadalom jellemzője, hogy nem fogadjuk el a beteg embereket általában. Nem tudjuk őket kezelni, és éppen ebből kifolyólag hátat fordítunk nekik. Extrém esetben a mentális betegeket megalázzák, kigúnyolják, fizikai bántalmazás áldozatai, és családjuk sem tud elfogadóan fordulni feléjük, ezért fontos a fenti kérdés alapos megfontolása. A válaszadók 80%-a inkább egyetért azzal, hogy a mentális betegségben szenvedő embereket nehezen érti meg a többi ember. A válaszadók a számukra ismert pszichiátriai betegségekből kiindulva adhatták ezt a választ és az általuk ismert pszichiátriai betegek miatt válaszolhattak olyan eltérően arra a kérdésre, hogy a mentális betegségben szenvedő emberek általában felelősnek érzik magukat a problémájukért. Betegség függő az, hogy van-e az ügyfélnek a betegségére objektív rálátása. A mentális beteg csak segítséggel képes ráébredni mind a felelősségre, mind a gyógyulás útjára.

A „Milyen típusú betegségekkel találkozott már a hajléktalan ellátásban?” kérdésre nagyon sokrétű válasz érkezett, ami az ügyfelek sokfélesége mellett a szükséges ellátási feladatok összetettségét is mutatja. Ezek közül kiemelhetők a demencia, amit 15-en választottak, a nikotin függőség és a depresszió, melyet 14-14-en jelöltek meg. Szintén magas arányban, tizenegy fő jelölte meg, az epilepsziát, a skizofréniát, az alkoholizmust, a mentális retardációt és a főbiát. A szklerózis multiplex és a paranoia 10-10 jelölést kapott, ami szintén nem kis arány. A delirium tremens 9 választ kapott, ami szintén nem elhanyagolható. Volt, aki megjelölte a szadizmust, az autizmust, a narkolepsziát, a heroin függőséget, a pedofiliát, a hisztériát, vagy a Parkinson-kórt is, mint olyan betegséget, amivel a hajléktalan ellátásban találkozott már. Ezekből a válaszokból is egyértelműen látszik, hogy a hajléktalan ellátásban élő ügyfelek mennyire sokfajta betegségben szenvednek, emiatt is különösen fontos a megfelelő tudás és szakértelem az ilyen típusú ügyfelek ellátásában.

Arra a kérdésre, hogy „Melyik betegséget tartja Ön a 3 legsúlyosabb kórképnek a munkája során?” tizennégy válasz érkezett. A válaszok alapján megállapítható, hogy a dolgozók az alkoholizmust, a demenciát és a skizofréniát tartják a legsúlyosabb kórképeknek a munkájuk során. Többen megjelölték a paranoiát, a depressziót és a heroin- vagy drogfüggőséget is. Nagyjából látható, ki milyen profilú intézményben, milyen betegekkel foglalkozik elsősorban. Ezen válaszok alapján fontos, a megfelelő szintű képzés, hogy ezeket betegeket olyan szakemberek vegyék körül, akik tudják kezelni nem csak a betegségüket, de az azzal járó viselkedési-, magatartásbeli anomáliákat is.

Szintén csak tizennégy ember adott választ arra a kérdésre, hogy „Melyik az a 3 betegség, amellyel Ön a leggyakrabban találkozik a munkája során?”. A leggyakrabban előforduló betegségek között a skizofréniát jelölik meg a legtöbben az első helyen. Mint a többi hajléktalan ellátó intézményben, az alkohol és a vele járó pszichés betegségek is nagy számban előfordulnak a vizsgált három helyszínen. Bár nincs igazán egységes állásfoglalás azzal kapcsolatban, hogy hogyan alakul ki a skizofrénia, az már megállapítást nyert, hogy öröklődés és környezeti hatások együttes hatása játszik szerepet (Simmelweis Egyetem, 2022). Ezek az emberek sokkal érzékenyebbek és a különböző nehéz életszakaszok: válás, munkanélküliség, traumatikus élmények, stressz, mind felerősíthetik a betegség tüneteit. A hajléktalan ellátásba pont az ilyen típusú emberek kerülnek be elsősorban. Ezek a beteg emberek csak gyógyszeres kezeléssel képesek normális életet élni, ugyanis a skizofrénia nem gyógyítható, kezelés nélkül majdnem mindig visszatér. Fontos és elengedhetetlen a segítő szakmában dolgozók mentális védelme nem csak a kiegészítő elkerülése végett, hanem a szakmai kompetenciák fejlesztése miatt

is. A BMSZKI nagy hangsúlyt helyez arra, hogy ne csak csoportosan, hanem egyénileg is megkapják a dolgozók a segítséget.

A válaszadók 93,3%-a a munkája során naponta találkozik pszichiátriai beteggel, azonban csak egyetlen válaszadó jelölte meg, hogy családjában, baráti körében is akad ilyen jellegű betegséggel küzdő ember. Mivel a legtöbb ember csak munkája során találkozik ilyen típusú pszichiátriai betegekkel, elengedhetetlen a megfelelő tudás és szakmaiság, hogy a betegeket a legjobb tudásuknak megfelelően tudják ellátni. A továbbképzések mellett elengedhetetlen az egyéni és csoportos szupervízió, a rekreáció, hogy elkerüljék a szakemberek a kiégést.

Tizenegy ember oktatás keretein belül, négy ember pedig önszorgalomból tanult a pszichiátriai betegségekről. Azon szakemberek, akik szociális területen tanulnak, belelátanak a pszichiátria tudományába is képzésük során. A hajléktalan ellátásban megjelenő pszichiátriai betegek egyre növekvő száma miatt fontos lenne, ha a képzésekben nem csak a betegségtípusok, de a betegek kezelése is megjelenne.

2018-ban indult az Ébredések Alapítvány és a BMSZKI együttműködése keretében a dolgozók számára három alkalommal biztosított éves képzés. A 600 alkalmazott közül 2020 évvégére összesen 63 dolgozó vett részt a továbbképzésen (4. ábra).

Év	Résztvevők száma
2018	36
2019	16
2020	11

4. ábra: Az Ébredések Alapítvány képzésén résztvevő BMSZKI alkalmazottak száma

A válaszadók 66,7%-a részt vett az Ébredések Alapítvány által nyújtott továbbképzésen, ami 10 főt jelent. Tizenegy ember, minden kérdést kitöltő, válaszolta azt, hogy hasznosnak érezte az Ébredések Alapítvány nyújtotta képzést. 72,7% válaszolta azt, hogy a mentális betegséggel küzdő ügyfelekkel a munkája során a rendszeres találkozás alkalmával, míg a tizenegy válaszadóból három az eseti találkozások során tudja alkalmazni a tanultakat. A válaszok alapján egyértelműen látszik, hogy az elsajátított tudást a szakemberek, tudják hasznosítani a munkájuk folyamán. Egy válaszadó válaszolt erre a kérdésre úgy, hogy “nem olyan helyzetben találkozom ilyen emberekkel, amelyekről tanultam a közösségi pszichiátriai ellátás

továbbképzésén”. Ez az illető nem vett részt az Ébredések Alapítvány általi képzésen az előzetes válaszai alapján.

A szakemberek válaszaiból egyértelműen kitűnik, hogy a hajléktalanok ellátásában jelentős problémát okoz a pszichiátriai betegekhez értő szakemberek hiánya. A jelenlegi helyzetben az ott dolgozó ápolók és szociális munkások nem képesek felmérni a mentális betegségek külső jegeit, ezáltal sajnos gyors szakszerű kezelést sem tudnak nyújtani. Válaszaik alapján fontos lenne, ha maximális segítséget kaphatnának a továbbképzések terén, hogy minél nagyobb rálátásuk legyen arra, hogyan kell felismerni egy pszichiátriai beteget, hogyan kell kezelni egy adott pszichiátriai betegséget, és hogyan tudnak a pszichiátriai betegekkel a leghatékonyabban foglalkozni.

A pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban témájában készített interjúk eredményei

Tanulmányom során az interjú módszerét választottam, hogy a hajléktalan ellátást koordináló szakemberek tudása, tapasztalata, meglátásai hozzájáruljanak az általam megfogalmazott kérdések megválaszolásához. Az interjúalanyokon (Győri Péter és Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes) keresztül a kérdésre adott válaszban az ő tapasztalataikat is átadták számomra, ezáltal nagyobb rálátásom lett kutatási témámra (Kvale, 1996). Győri Péter a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményeiben 2002-2018 között látott el szakmai igazgató-helyettes munkakörben feladatokat, illetve a Menhely Alapítvány kuratóriumi elnöke 1990-es megalapításától. Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes ellátás egység vezetőként 17 éve dolgozik a BMSZKI-nál, mely éppen azt az időszakot fedi le, mely a kutatási témám szempontjából legkritikusabbnak mondható. Győri Péter tapasztalatai által rálátással bír a rendszerbe áramló pszichiátriai beteg hajléktalan ügyfelek helyzetéről, és problémáiról. Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes által vezetett intézmény koedukált. Itt élnek szerhasználók, alkoholisták betegek különböző stádiumú mentális betegséggel küzdők, de akár említhetném a mozgássérülteket, akik már csak segédeszközzel tudnak közlekedni, illetve természetesen azon hajléktalanokat is, akik dolgoznak, próbálnak vissza integrálódni a társadalomba, így ő a helyzet komplexitásával napi szinten szembesül.

• Miért választották ezt a pályát?

Győri Péter elmondja, hogy alapvetően lakásügyes, vagyis lakáspolitikai nélküli lakás politikus. A fővárosban lakásügyi bizottsági elnök volt 12 évig, de mivel megszűnt a

lakáspolitikára, így jutott el a lakástalan politikához, tehát a hajléktalan ügyszor. Számára a történelem hozta ezt a váltást, de mint mondja az agya a mai napig lakás politikus is. Előtte is foglalkozott a hajléktalan ellátással, és már a 80-as években is nagyon sokat dolgozott kilakoltatással kapcsolatos ügyeken, de akkor még nem gondolta, hogy ez a hajléktalanság, inkább azt, hogy ez lakáspolitikára.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes jogász végzettséggel került a BMSZKI-hoz. Számára a hajléktalan ellátás olyan tevékenységeket foglal magában, mely segítséget jelenthet mikro szinten az egyének és makroszinten a társadalmi rétegek számára.

- *Milyen módon érintette a hajléktalan ellátást a 2007-ben bekövetkező OPNI bezárása?*

Győri Péter szerint nem érintette közvetlenül, mert nem az történt, hogy bezárták az OPNI-t és onnan egyszerűen átsétáltak volna a hajléktalan ellátásba a betegek. Mivel a bátyja főorvos volt az OPNI-ban, így bejáratos volt személyesen is, mint családtag, így elég rálátása volt a rendszerre. Borzasztó nagy negatív lépésnek tartja az OPNI bezárását, hisz nem lehetett tudni, hogy közvetlen a bezárást követően hová kerültek az emberek. Volt, akiket el tudtak akkor helyezni egy pszichiátriai betegek otthonába, de a nagy része a betegeknek az OPNI bezárását követően vagy visszakerült a családba, vagy valahol meghúzódott. Ám az elkövetkező években mégiscsak folyamatosan bekerültek, beszivárogtak az OPNI-s betegek a rendszerbe, hisz más lehetőség nem lévén a hajléktalan ellátásba jönnek be azok az emberek, akik hajléktalanná is váltak és pszichiátriai betegek is. Évszámot ugyan nem tudott pontosan behatárolni, de szerinte előbb zárt be a Pomázi Alkohol Rehabilitációs Intézet, ahol sokkal, még az OPNI-nál is sokkal rosszabb körülmények között élt 200-300 ügyfél. Ott keveredett az alkoholizmus a pszichiátriai betegségekkel és ezek a betegek sokkal gyorsabban tűntek fel a rendszerben, mint az OPNI-ból kikerültek.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes elmondja, hogy mentális betegek mindig is voltak a hajléktalan ellátásban, de azt gondolja, hogy az intézet bezárása után több ilyen beteg kerülhetett a hajléktalan ellátásba. Úgy gondolja, hogy a betegeket átirányították más intézményekbe, de az orvos és a környezetváltozás feltehetőleg visszavethette ezen betegek gyógyulását. Az OPNI bezárása után úgy tudja 5%-kal esett vissza a krónikus skizofrén betegek gyógyszereinek forgalma, ami csak 2009-ben állt ismét vissza.

- *Mikor és hogyan vált szükségessé és jelentőssé a BMSZKI rendszerében a pszichiátriai betegek ellátása?*

Győri Péter fontosnak tartja kiemelni, hogy hajléktalan ellátás szempontjából mind a pomázi intézmény, mind az OPNI bezárása nagy hatást gyakorolt negatív értelemben a rendszerre,

hiszen a pszichiátriai betegek megjelenése szempontjából lényeges, hogy két nagy létszámú intézményt zártak be. Ezek az emberek kerültek aztán be az ellátó rendszerbe, illetve az utcai szociális munkások látókörébe.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes szerint a pszichiátriai betegek ellátása mindig része volt intézményükben is a szakmai munkának. Úgy gondolja, hogy a mentális zavarral élők különösen sérülékeny csoportba tartoznak, ennek megfelelően kell felkészíteni a velük foglalkozó szociális munkásokat is, és úgy alakítani az intézményi elhelyezési feltételeket, szolgáltatásokat, hogy az számukra megfelelő legyen.

- ***Mennyi és milyen plusz feladatot jelent(ett) ezen betegek ellátása a BMSZKI-nak?***

Győri Péter pontokba szedte a lényeges hatásokat és ezzel a feladatokat is. Első pontként megemlíti, hogy a hajléktalan ellátásra szorulóknak száma megnövekedett, de szerinte nagyobb hatással van a hajléktalan ellátásra, hogy egyszerűen folyamatosan zárva vannak azok az ellátási formák, amik segíthetnének az ügyfeleken. Második pontként kiemeli, hogy akár a diagnosztizált pszichiátriai betegek, akár a nem diagnosztizált pszichiátriai betegek mindennapi szakmai ellátására a BMSZKI szociális segítő stábjában nem volt felkészülve szakmailag, a hozzá nem értés miatt. Erre próbáltak bizonyos továbbképzéseket felállítani, ahogy fogalmaz, ez ilyen kármentés volt, mert hát ugye a tanfolyamokkal vagy előadásokkal csak bizonyos értelemben lehet pótolni ezt a szakmai tudást. Fontos lenne a szakmai tudás, a készségek, a komplett betegség fajták felismerése, illetve lényeges lenne felismerni a betegségeket, és az azzal járó kommunikációs megoldásokat. Ez komoly szakmai tudást és tapasztalatot igényel, és ezzel nem rendelkeztek a dolgozók, és csak részlegesen tudták pótolni ezen hiányosságokat. Úgy gondolja, ha valaki nem ért szakmailag ehhez a területhez, akkor egész egyszerűen nagyon rossz lépést is tehet, mert nem tudja, hogy az egyik pszichiátriai beteggel nem úgy kell kommunikálni, mint a másikkal. Ez részben azt jelenti, hogy ezek a betegek nem tudják megkapni a megfelelő ellátást, mivel egész egyszerűen nem olyan emberek veszik körül őket. Számára egy másik nagyon nagy probléma a lakók közötti együttélés. Hogyan lehet pszichiátriai betegeket és nem pszichiátriai betegeket együtt elszállásolni, gondozni, főleg ha legkülönbözőbb pszichiátriai betegekről van szó? Kiemelte, hogy a BMSZKI-ban, aki nem pszichiátriai beteg, az is rengeteg probléma hordozója. Kiemeli, bár hosszú a sor, a gyógyszerelés problémájának fontosságát. Nem kis kihívás a szociális munkások számára sem szakmailag, sem emberileg, mely akkor merül fel, ha az ügyfél már gondozás alatt áll, tehát fel van írva neki a gyógyszer. Végezetül megemlíti, a kórházak pszichiátriai osztályainak folyamatos szűkítését, mely az elmúlt 10-12 év alatt nem csak országosan, de Budapesten is kihatása van a mindennapos munkára. A probléma országos, mégis rendszerint maga a vidéken

dolgozó szociális ellátásban foglalkoztatott kolléga, vagy akár a kórházi egészségügyi dolgozó küldi fel Budapestre az ügyfelet, mondván ott van még működő pszichiátriai osztály, és talán talál valami szállást is. Természetesen mindezt jó szándékkal, mert vidéken már teljesen bezártak.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes kiemeli, hogy a pszichiátriai beteg ügyfelekkel kapcsolatban nehézség egyes esetekben a betegségtudat-, a diagnózis hiánya, ebből kifolyólag a kezeletlen betegség, továbbá a gyógyszeresedés rendszertelensége. Azt is elmondja, hogy emellett a betegek állapotából fakadó mindennapi nehézségek problémát okozhatnak a szállón a többi lakóval való együttélésben, továbbá az együttműködésben.

- ***Volt-e más azonosítható külső tényező, amely nagymértékben befolyásolta a BMSZKI rendszerébe kerülő diagnosztizált mentális betegek számát?***

Győri Péter az OPNI és a pomázi intézmény bezárása, illetve a kórházi pszichiátriai osztályok szűkítése mellett a legfontosabb tényezőnek a területi ellátások szűkülését tartja. Sok ember folyamatos lakóhelyi gondozás, odafigyelés, gyógyszerelés nélkül maradt. Bár az elmúlt 15 évben javult a munkába elhelyezkedési lehetőség, de a pszichiátriai betegek és a speciális fogyatékkal élők munkavállalása nem javult, sőt talán még romlott is, és ez oda vezetett, hogy a lakásukat sem tudták fenntartani, így utcára kerültek. Kialakult a jövedelmi probléma a rokkantnyugdíj megszüntetésével, a rokkantosítás megszigorításával, ami sok diagnosztizált pszichiátriai beteget érintett. 2017-2018 körül történt egy változás, mert akiket részmunkaidőben tudtak foglalkoztatni, vagy képesek voltak rehabilitációs munkát ellátni, azokat a munkaerőpiacra felvették, viszont akiket nem tudtak részmunkára vagy képzettség nélküli munkára felvenni betegségük miatt, azok maradtak jövedelem nélkül, az ő arányuk nőtt meg a hajléktalan ellátásban. Amit leginkább nem tudnak, de feltételezik, hogy mintha a családok és a lakókörnyezet is kitaszítaná őket. Bár ezek az emberek korábban is teherként jelentek meg a családoknak, de valahogy jobban kiszektálódtak az elmúlt időszakban a lakó környezetükből.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes véleménye szerint a szociális védőháló, továbbá az egészségügyi ellátórendszer működése befolyásolhatja az intézménybe kerülő betegek számát.

- ***Hogyan lehet segíteni a mentális betegséggel diagnosztizált hajléktalan emberek kezelését?***

Győri Péter szerint a mentális beteg embereket valamilyen szakember által végzett kezelésre, vagy annak a tanácsai szerinti felmérésre kellene eljuttatni. Továbbá az intézményekben legalább annak a tudatában, hogy nem tudják sem meggyógyítani, sem igazán szakszerű, szakmai ellátáshoz juttatni a betegeket, számos hétköznapi dolgot meg kell tenni. Az egyik a

kommunikáció megtanulása, hogyan beszélgesse a segítő egy mentális beteggel, legyenek egyéni foglalkozások és a csoportfoglalkozások. Szakmai vezetőként is fontos volt számára, hogy olyan csoportfoglalkozások zajlanak az egyes szállókon, amelyek egyfelől megfelelnek az ottani lakók igényeinek, másfelől teljesen megfelelnek a szociális munkások igényeinek is (kertészkedés, kézműveskedés, agyagozás, főzés, stb). A lényeg a szociális munkás is értse, szeresse és élvezze, amit csinál, mert akkor a betegeket is magával tudja ragadni a lelkesedése. Ettől még nem fog meggyógyulni a beteg, de abban az időszakban, amíg náluk van, nem épül le, mentálisan jó színvonalon marad.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes azt gondolja, hogy ez a munka szakképzett, felkészült munkatársakkal lehet csak eredményes. Meg kell teremteniük az intézményben egy megértő, elfogadó közeget, ahol a szociális munkás tud tenni azért, hogy az ügyfelet a megfelelő ellátáshoz segítse. A kórházi kezelés alatt is fontos szerepe lehet a szociális munkásnak, hogy támogató erőforrásként álljon az ügyfél mellett.

- ***Hogyan lehet a diagnosztizált pszichiátriai betegséggel küzdő hajléktalan embereket ösztönözni arra, hogy tegyenek a saját jólétükért a hajléktalan ellátó rendszeren belül?***

Győri Péter elmondja, hogy a szociális segítőnek soha nem szabad feladnia, hogy valamilyen szakellátás felé terelje a beteget, amely szakellátás esélyt adhat arra, hogy ő esetleg egy bizonyos állapoton túl tovább lépjen a saját betegségén belül. Úgy véli, hogy többen ezek közül az emberek közül, nyilván nem mindenki, de sokan, több évet fognak a rendszerben tölteni. Így számolni kell azzal, hogy esetenként évekig lakók lesznek, mert nem tudnak kitalálni nekik igazán olyan utat, mert nem olyanok a körülmények, ami ténylegesen talpon tudná őket tartani az ellátáson kívül. Egy igazi megoldásnak - tapasztalatai alapján - a rendszeres segítő beszélgetést tartja. Olyan formában, ahol figyelembe veszik, hogy a másik ember ilyen vagy olyan, de azt az embert teljesen egyenrangúként kezelik, nem infantilizálják. Szerinte ez tudja a legnagyobb változást elérni egy embernél, ez a titka annak, hogy ösztönözhesék az ügyfelet bármire is.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes tájékoztat arról, hogy segíteni tudnak abban szakemberek bevonásával, hogy az ügyfelek el tudjanak sajátítani olyan készségeket, melyek révén hatékonyabban tudják megoldani a problémáikat. Ebben kiemelt szerepe van a szociális munkásoknak, továbbá intézményükben pszichiáter is rendel, és tapasztalati szakértő segítségét is igénybe tudják venni az ügyfelek szükség esetén.

- ***Tapasztalatai alapján a diagnosztizált pszichiátriai betegséggel küzdő hajléktalanok számára mik a felépülést segítő legfontosabb tényezők?***

Győri Péter elmondja, hogy nem biztos, hogy fel kell adni az ügyfelekkel kapcsolatban, hogy ők is mindent tegyenek meg felépülésük érdekében, de be kell látni, hogy ennek számos akadálya van. Fontos, hogy úgy kell tudniuk együtt, egymást nem zavarva élni, hogy mindenki érezze magát a lehető legjobban a körülményeik között. Lehetőleg minél öntevékenyebben a másik figyelembevételével, mert ez egy hosszabb távú lakhatási körülmény. Nagyon fontosnak tartja szakmailag és emberileg is, hogy amíg ők a vendégeik, vagy a lakhatásukra szorulnak, addig ők a lehető legjobb kondícióban legyenek lelkileg. Ez egy nagyon nagy kihívás a stáboknak, nagyon nehéz megoldani, de szerinte nincs más alternatíva.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes vonatkozó tényezőknek gondolja a lakhatás biztonságát, a támogató szociális munkás segítségét, a gyógyszeresedés rendszerességét, a nyugodt, elfogadó közeget, mely hozzá tud járulni a pszichés egyensúly megtartásához.

- ***Miért van egyre több diagnosztizált pszichiátriai betegséggel küzdő ember a hajléktalan ellátásban?***

Győri Péter kiemeli, a kérdés, hogy egyáltalán fogadja-e a hajléktalan ellátás ezeket a betegeket. Míg, ha valaki ittas, annak azt mondják, pihenjen és szellőztesse ki magát, míg kijózanodik, és akkor igénybe veheti a szolgáltatást. Ezzel ellentétben egy pszichiátriai betegnek nem mondhatják, hogy amíg nem járta le a nem létező kezeléseket, addig nem jöhet be a szállóra. A hajléktalan ellátó intézmények „magukra eresztik”, be is engedik ezeket az embereket. Ez jellemző a magyar hajléktalan ellátásra, hogy majdnem bárkit beengednek, ha van rá helyük. Ezt nem tartja rossznak, de akkor megvannak a következményei annak, hogy valóban össze-vissza bemennek a szállókra. Szükségesnek tartja felsorolni a hajléktalan ellátó rendszeren belüli emberek csoportjait: a pszichiátriai betegek, a mentálisan sérült emberek, az alkohol- és drogfüggők, az idősek, a kerekesszékesek. Ezek a legsérültebb csoportok, kiszorulnak ma is a munkaerőpiacról, és közben az őket ellátó szakellátások egész egyszerűen már lassan a nullához közelítenek, eltűnnek. Emiatt torlódnak a hajléktalan ellátásba ezek az emberek.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes számára nehéz megítélni, hogy miért van egyre több diagnosztizált pszichiátriai beteg a hajléktalan ellátó intézményekben. A mentális zavarral küzdő ügyfelek intézményrendszerből történő kilépése tapasztalatai szerint sok esetben nehezebb, vagy több időt vesz igénybe, ebből kifolyólag több időt töltenek az ellátórendszerben, emellett azonban új mentális betegek is bekerülnek az intézményekbe.

- ***Milyen lehetőségeik lesznek ezen hajléktalan diagnosztizált pszichiátriai kezelést igénylő betegeknek, ha kikerülnek a BMSZKI védőhálójából?***

Győri Péter úgy tudja, hogy ha valaki diagnosztizált beteg, akkor orvosi papírral még „végtelenített jogviszonyt” is kaphat, amíg nem helyezik őt el a megfelelő intézménybe. Ezért lesznek emberek, akik hosszú távon a hajléktalan ellátó rendszerben töltik az életüket, erre kell beállniuk. Ez egy nagyon fontos szakmai váltás is. Nem ért azzal egyet, hogyha az ügyfél jogviszonya megszűnik, átteszik őt egy másik intézménybe. Ez számára csak akkor elfogadható, amikor van valami értelme az áthelyezésnek, például kiléptető szállásra kerül, vagy valami speciálisabb helyre.

Dr. Pohlne dr. Orosz Ágnes elmondja, hogy amennyiben az ügyfél hozzájut a szükséges ellátáshoz, és rendszeres gyógyszeresedés mellett az állapotromlás megelőzhető, az alapot adhat ahhoz, hogy intézményből kikerülve az ügyfél gyógyulása tovább folytatódhasson. Az intézmény feladata többek között, hogy minden lehetséges támogatást és segítséget megadjon az ügyfélnek ahhoz, hogy pszicho-szociális rehabilitációja elkezdődhessen, megtörténhessen.

Befejezés

Kutatásomban a pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban témáját dolgoztam fel. Célom az volt, hogy a főváros által működtetett BMSZKI rendszerében a pszichiátriai beteg hajléktalanok esélyeit feltérképezsem és az esetleges problémákat bemutassam. A pszichiátriai betegségben szenvedőket és a hajléktalanokat érő társadalmi megkülönböztetés párhuzamba állítható, abból a szempontból is, hogy az őket érő stigmatizáció meggátolja mindkét csoport problémaleküzdő, betegség-belátó, illetve kezelő képességét és hajlandóságát. Bár mindkét csoportot segítő szakemberek munkájához elengedhetetlen az empátia és az előítélet-mentesség, a két csoport sokszor akár ellentétes karakterológiájú is lehet, számtalan szempontból eltérő szolgáltatásokat igényel. A BMSZKI vezetése, mindezt felismerve kialakított egy új típusú felvételi eljárást, pszichiátriai kezeléseket és elkülönített ellátási helyszíneket.

A kutatás során kiderült, hogy az ügyfelek nagy része alkohol- és szerhasználat okozta pszichés betegségekkel küzd, míg mások skizofréniával, amely mutatja a csoport és így a számukra szükséges szolgáltatások sokszínűségét. Ehhez kapcsolódóan a szakmai hiányosságok is gondot okozhatnak, hiszen szociális munkások látják el azokat a feladatokat, amiket a Nyíró Gyula Kórház pszichiátriáján csak és kizárólag arra kiképzett szakemberek látnak el. A pszichiátriai betegekkel foglalkozó három intézményben összesen 205 beteget lát el 33 dolgozó. A belépő dolgozók átlagosan egy évnél tovább nem maradnak a munkahelyeken. Látható, hogy egy

ekkora rendszerben nincs elég megfelelő ember, aki részben tehermentesíthetné a már meglévő dolgozókat.

Az interjúk során fény derült arra, hogy pszichiátriai betegek nem új közössége a hajléktalan ellátási rendszerben élőknek, sőt számtalan más, égető kérdés is jelen van a rendszerben. Ilyen például a hajléktalanok elöregedése, aminek következtében az ellátórendszernek nemcsak időszakos szolgáltatást, a társadalomba visszaintegráló funkciót kellene biztosítani, hanem egy hosszú távú, szinten tartó és/vagy megfelelő életkörülményeket, életcélokat biztosító ellátást kellene nyújtania. A BMSZKI-ban dolgozó szociális munkások és segítők, bár kaphatnak képzést, azonban szükséges, hogy az gyakorlatorientált legyen, hogy a feltárt összetett problémákra reagálva a konkrét feladatok ellátásához segítse a dolgozókat. Hiszen például a pszichiátriai betegségben szenvedő hajléktalanok is öregednek, és egyre kevesebb az olyan más ellátó intézmény, mint az öregek otthona vagy a pszichiátria, ahova ezek a csoportok át tudnak kerülni.

A pszichiátriai betegségekre lebontott statisztikai adatok nehézséget okoztak számomra, mert sok esetben sem a felmérés helyszíne, sem a megkérdezettek betegségtudata mellett, annak diagnosztizáltsága sem derült ki. Szintén kihívást jelentett, hogy bár a pszichiátriai betegekkel foglalkozó intézmények dolgozóinak kis létszámához (24 fő) képest jó arányban, mégis csak 15 fő töltötte ki a kérdőívet. A két interjúalanyon kívül szerettem volna az intézmény pszichiáterével is beszélni, aki a BMSZKI-ban dolgozik 15 éve, de megkeresésemre nem reagált. Mind az interjúk, mind a kérdőívet kitöltők válaszaiban sok esetben azt éreztem, hogy vagy közömbösen reagálnak, esetleg elzárkóznak az őszinte véleménynyilvánítástól, vagy nem ismerve a pszichiátriai betegségek lehetséges következményeit, ennyire bíznak az ügyfelekben.

További kutatással még rengeteg aspektust lehetne vizsgálni. A pszichiátriai betegek ellátásának nehézségeit jobban meg kellene ismerni, mert az intézmények bezárása és a kevés ágyszám, vagy a jövedelemhiány miatt egyre jobban kiszorulnak az ellátásból. Szintén fontos lenne azt is kutatni, hogy a pszichiátria beteg ügyfelet kinek a feladata gyógyszerelni, hogy ne merüljenek fel dilemmák, ne ütközzön semmilyen módon a szociális munkás értékrendjébe a feladat, akinek se egészségügyi végzettsége, se kompetenciája nincs. Mindezek a kutatási kérdések is rámutatnak a téma jelenlegi és jövőbeli aktualitására és jelentőségére.

Mellékletek

1. Kutatási témához kapcsolódó törvények és rendeletek vonatkozó részei

Jogi meghatározás a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján

"Az 1993. évi III. törvény a hajléktalan emberek esetében kétféle meghatározást ad. Az első - igazgatási típusú - definíció értelmében „hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye hajléktalan szállás" (Szt.4.(2)). E definícióból adódóan "a hajléktalan személyek ügyében szociális igazgatási eljárásra az a szociális hatáskört gyakorló szerv illetékes, amelynek illetékességi területét a hajléktalan személy az ellátás igénybevételekor nyilatkozatában tartózkodási helyeként megjelölte" (Szt.6.). A hajléktalan emberek részére nyújtott pénzügyi és természetbeni ellátások esetében e szerint a definíció szerint kell eljárnia önkormányzatoknak. A szociális törvény második - ellátási típusú - definíciója értelmében: "hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti" (Szt.4.(3)). Az a definíció a szociális ellátás szempontjait követi. Ebből a meghatározásból adódóan "a települési önkormányzat, tekintet nélkül hatáskörére és illetékességére, köteles az arra rászorulóknak átmeneti segélyt, étkeztetést, illetve szállást biztosítani, ha ennek hiánya a rászorulóknak az életét, testi épségét veszélyeztet" (Szt 7.(1)). Ehhez a definícióhoz köti a szociális törvény a hajléktalan emberek részére fenntartott személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat. Vagyis ezt a meghatározást köteles alkalmazni az önkormányzat akkor, ha nappali melegedő, éjjeli menhely vagy átmeneti szállás formában nyújt személyes gondoskodást (Szt. 78, 84, 89 §.). Ez azt is jelenti, hogy ezen ellátások igénybevételekor feltétlenül nem köthető ki lakcím vagy utolsó lakcím szerinti területi illetékesség" (Gyuris - Orros 1999).

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.)

Magyarország Alaptörvénye 2011. április 25-én lépett érvénybe

Szabadság és felelősség

XXII. cikk

(1) Az állam jogi védelemben részesíti az otthont. Magyarország törekszik arra, hogy az emberhez méltó lakhatás feltételeit és a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítsa.

(2) Az emberhez méltó lakhatás feltételeinek a megteremtését, továbbá a közterület közcélú használatának védelmét az állam és a helyi önkormányzatok azzal is segítik, hogy törekszenek valamennyi hajlék nélkül élő személy számára szállást biztosítani.

(3) Tilos az életvitelszerű közterületen tartózkodás.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.)

ENSZ alapelvek

Az ENSZ közgyűlése által 1991-ben elfogadott Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről.

"A szakértői anyagok üzenete az, hogy egy adott közösség lelki egészségének nem a kórházak, intézmények, terápiás beavatkozások az igazi letéteményesei, hanem sokkal szélesebb értelemben, a közösség életének számos területén kell segítséget nyújtani, elsősorban a mentális problémák megelőzése érdekében".

https://www.doki.net/tarsasag/pszichiatria/upload/pszichiatria/document/mpt_etikaikodex2001_20171026.pdf?web_id= (utolsó megtekintés: 2022. november 20.)

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 2013-as módosítása (**2013. évi LXII. törvény**) kibővítette a fogyatékos fogalmi meghatározását. 1. § A törvény alkalmazásában a fogyatékos személy fogalma megváltozott: „az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja.

<https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300062.TV> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.)

2. Kutatási témához kapcsolódó fogalmak tára

szociálpedagógia:

A szociálpedagógia nem kizárólag általános értelemben vett társadalom és neveléstudományi diszciplína, hanem egyúttal különleges szakmai intézmények, mindenekelőtt az ifjúságsegítés és szociális munka intézményeinek elmélete. Mint neveléstudományi diszciplína a szociálpedagógia azokkal a társadalmi és intézményi struktúrából adódó konfliktusokkal foglalkozik, amelyek a gyermekek és az ifjúság szocializációs folyamatában jelentkeznek: azokkal a konfliktusokkal, amelyek a gyermekek és az ifjúság szubjektív törekvései és képességei, valamint a család, az iskola, a munka világa és a közösség által közvetített társadalmi és intézményes követelmények között alakulnak ki. A szociálpedagógia megpróbálja ezeket a konfliktusokat megérteni, következményeiket előre jelezni és ebben az összefüggésben a nevelési segítség alapjait kifejleszteni. Egy másik helyen Böhnisch a különböző életkorok megküzdési és integrációs problémáit jelöli meg a szociálpedagógia tárgyaként: „a szociálpedagógia a szociális segítség interaktív feltételeinek és lehetőségeinek tudománya, amely a különböző életkorokra jellemző szociális helyzetekben és összefüggésekben fellép megküzdési és integrációs problémák során nyújt segítséget. A két meghatározás lényeges állításai szerint tehát a szociálpedagógia: – a neveléstudományok és a társadalomtudományok körébe sorolható tudomány

- a szakmai intézmények sajátos elmélete az egyén és a társadalom viszonyával foglalkozik
- az egyén és a társadalom viszonyában elsősorban a konfliktusokra összpontosít
- a szociális konfliktusok kezelésére törekszik
- segítséget kínál különböző életkorok megküzdési és integrációs problémái estén (Sárkány, 2011).

szociális munka:

A szociális munka olyan gyakorlat alapú szakma és tudományág, amely elősegíti a társadalmi változást és fejlődést, a társadalmi összetartozást, az egyének, csoportok, közösségek működésének javítását, valamint az emberek hatalommal való felruházását és felszabadítását. A szociális munkában az emberi jogok, a társadalmi igazságosság, esélyegyenlőség elvei alapvetőek. A szociális munka a hátrányos helyzetben lévőket segíti, a szegénység visszaszorításáért, az elnyomottak elfogadásáért, támogatásáért küzd. A szociális munka az egyén és a környezete közötti kölcsönhatásokkal foglalkozik, az értékek, elméletek és a gyakorlat egymással szorosan összekapcsolódó rendszere. A szociális munkás feladata, hogy képessé tegye az embereket lehetőségeik maximális kihasználására, javítsa az életszínvonalukat, továbbá megelőzze, valamint kezelje a hibás működést, a devianciát. Beavatkozására akkor van szükség, amikor egy adott helyzetben elkerülhetetlen a változás és a fejlődés szükséges kell, hogy legyen akár az egyén, család, kiscsoport, közösség vagy társadalom szintjén (Hegyesi – Talyigás, 1996).

pszichiátria:

A pszichiátria (elmeorvosás) a funkcionális, vagyis lelki eredetű zavarokkal, mentális kórképekkel foglalkozik. Az emberi test és lélek egységének figyelembevételével célja a lelki betegségek gyógykezelése. Az orvostudomány minden ágával és egyéb tudományokkal is szoros kapcsolatban van (Egészségügyi Fogalomtár, 2022).

pszichiátriai beteg fogalma:

Az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.” Ennek alapján ide sorolhatjuk például a skizofréniát, depressziót és a demenciát is, ám e gyakoribb eseteken kívül még számos megbetegedés is erre a helyre tartozik (Bakos, 2016).

3. Pszichológiai kérdőív a BMSZKI saját használatára/előszűrésre

Név:.....

Születési idő:.....év.....hó.....nap

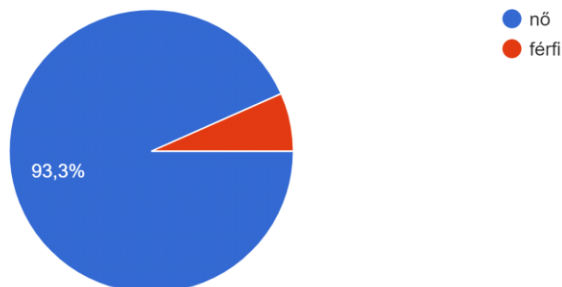
Édesanyja neve:.....

1. Voltak-e nehézségei az elalvással az elmúlt héten?	igen	nem
2. Korán ébred?	igen	nem
3. Romlott mostanában az étvágya?	igen	nem
4. Tapasztalja-e mostanában, hogy nem érdekli semmi, nincs kedve semmihez?	igen	nem
5. Sokat aggódik a mindennapos problémái miatt?	igen	nem
6. Nehézséget okoz bármire koncentrálni?	igen	nem
7. Feledékenyebbé vált-e mostanában?	igen	nem
8. Van-e olyan, hogy úgy érzi nem érdemes élnie?	igen	nem
9. Volt-e már úgy, hogy azt kívánta, hogy vége legyen az életének?	igen	nem
10. Vannak-e egyedi szokásai, amit mások furcsának tartanak?	igen	nem
11. Van úgy, hogy szívdobogás, izzadás, hidegrázás vagy szédülés fogja el, erős félelemérzet kíséretében?	igen	nem
12. Szóvá tette-e valaki, hogy beszéde furcsa lett, vagy nehezen érthetővé vált?	igen	nem
13. Volt-e olyan élménye, hogy hangokat, embereket hall, amikor senki sem volt maga körül?	igen	nem

4. Kérdőív eredmények, melyeket a BMSZKI 3 specializált telephelyén dolgozók töltöttek ki

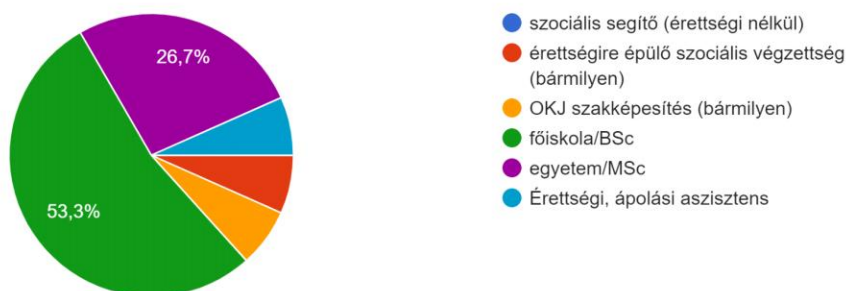
Neme

15 válasz



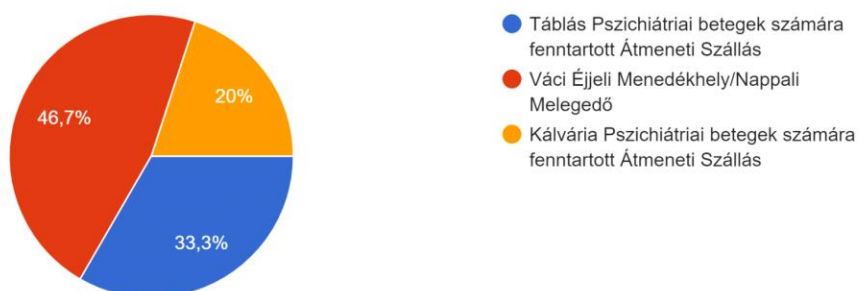
Legmagasabb szakmai végzettsége

15 válasz



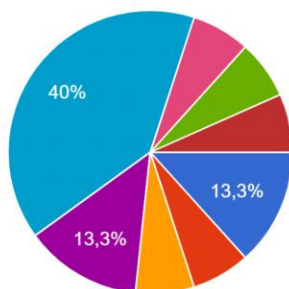
Hol dolgozik? (melyik telephelyen)

15 válasz



Milyen szakterületen dolgozik? (milyen munkakörben dolgozik)

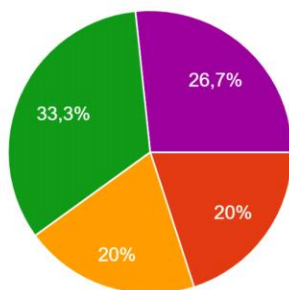
15 válasz



- szociális segítő/éjjeli menedékhely
- szociális segítő/átmeneti szállás
- szociális segítő/napnali melegedő
- szociális segítő/speciális ellátás
- szociális munkatárs/éjjeli menedékhely
- szociális munkatárs/átmeneti szállás
- szociális munkatárs/napnali melegedő
- szociális munkatárs/speciális ellátás
- ellátási egységvezető

Mennyi ideje dolgozik a szociális területen?

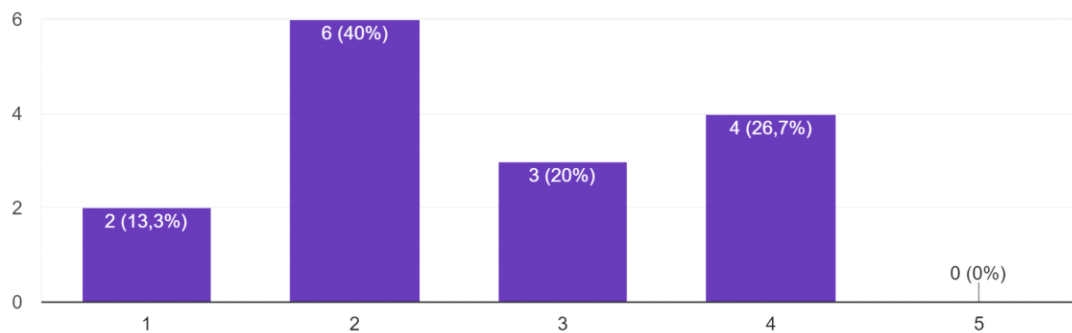
15 válasz



- 1 év alatt
- 1-5 év
- 6-10 év
- 11-15 év
- 15 év felett

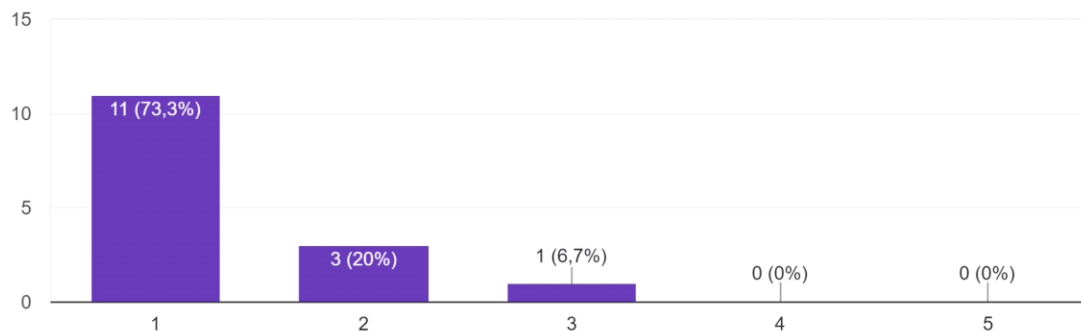
1. Ha valaki átélt egy mentális betegséget, élete végéig szenvedni fog tőle.

15 válasz



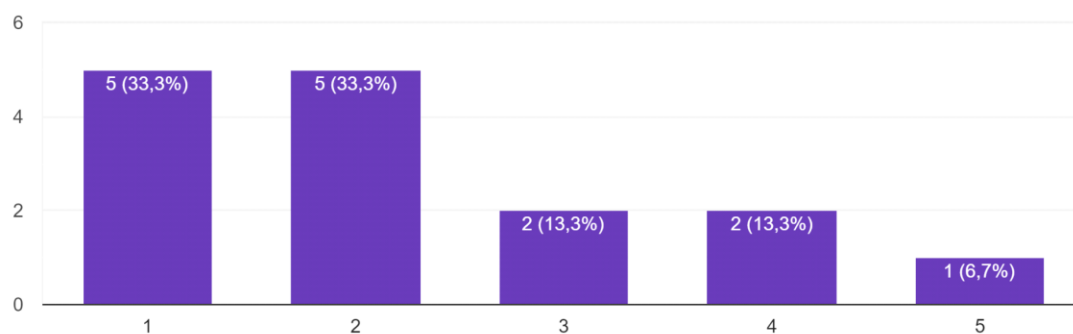
2. A mentális betegségben szenvedő emberek mind csődtömegek.

15 válasz



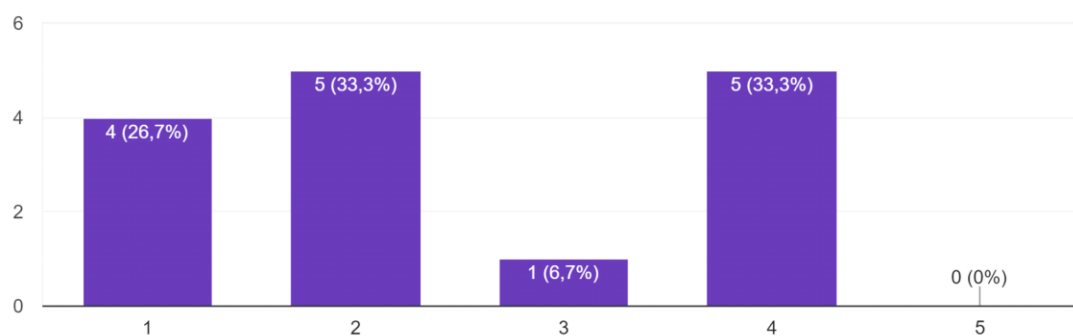
3. Minden erőfeszítés ellenére, a mentális betegségben szenvedő emberek sosem lesznek olyanok, mint a többi ember.

15 válasz



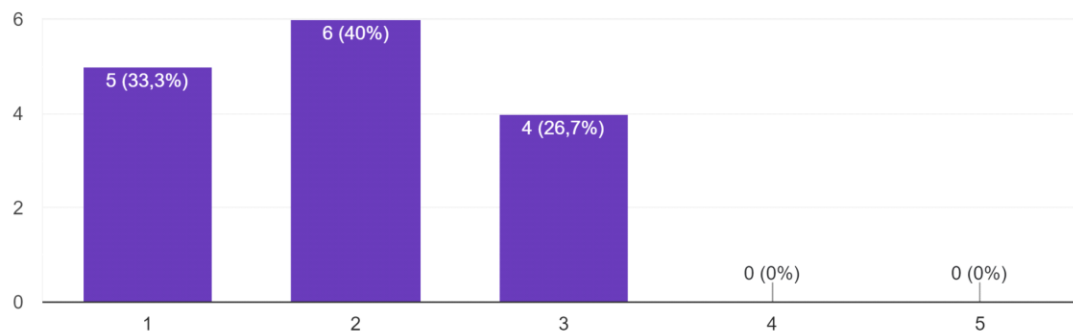
4. A mentális betegségben szenvedő embereknek életük végéig gyógyszert kell szedniük.

15 válasz



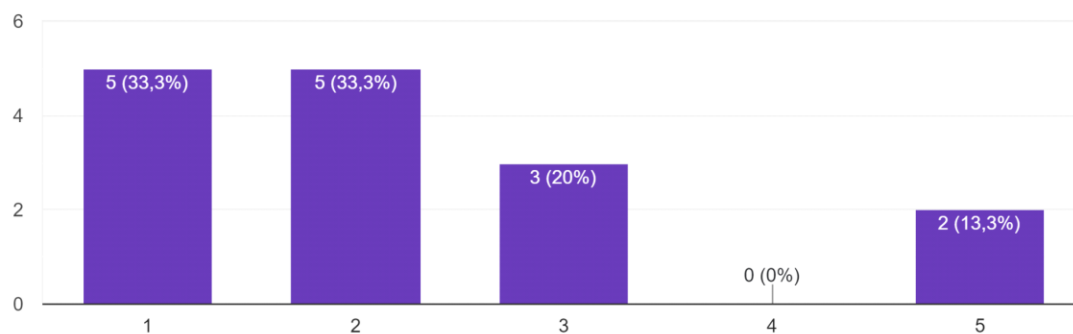
5. Meglátszik egy emberen, ha mentális betegsége van.

15 válasz



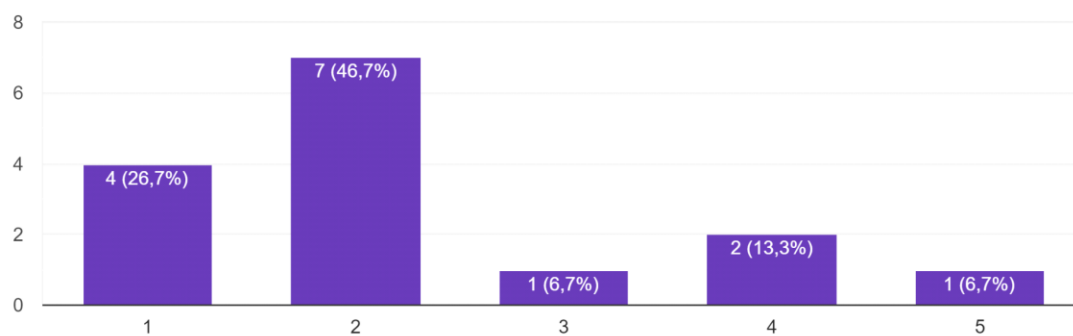
6. A mentális betegségben szenvedő emberek nem olyanok, mint más emberek.

15 válasz



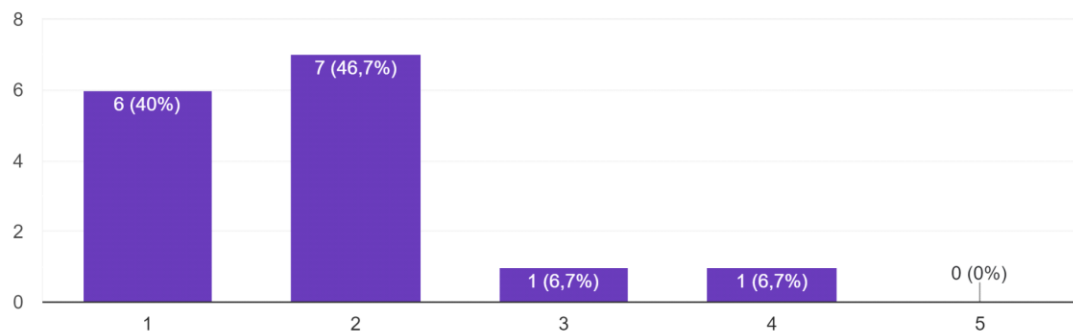
7. A mentális betegségek könnyen felismerhetők.

15 válasz



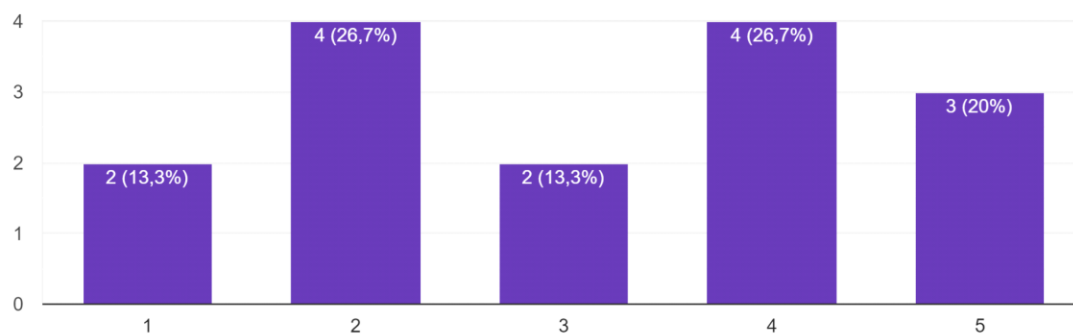
8. A mentális betegségben szenvedő emberek veszélyesek.

15 válasz



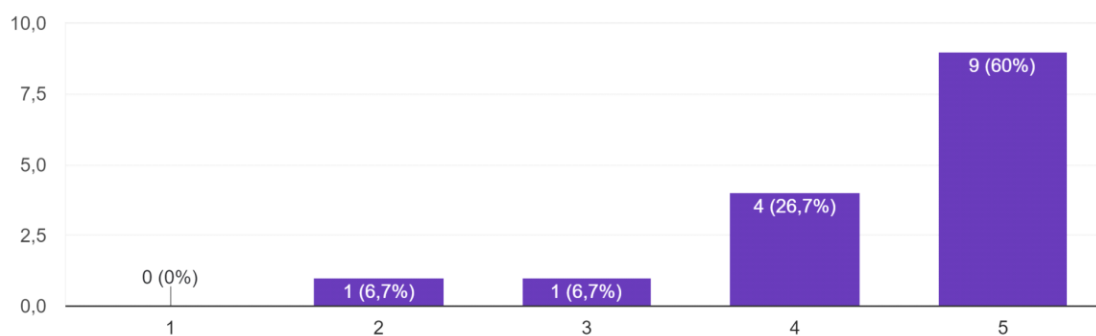
9. A pszichiátriai gyógyszerek függőséget okoznak.

15 válasz



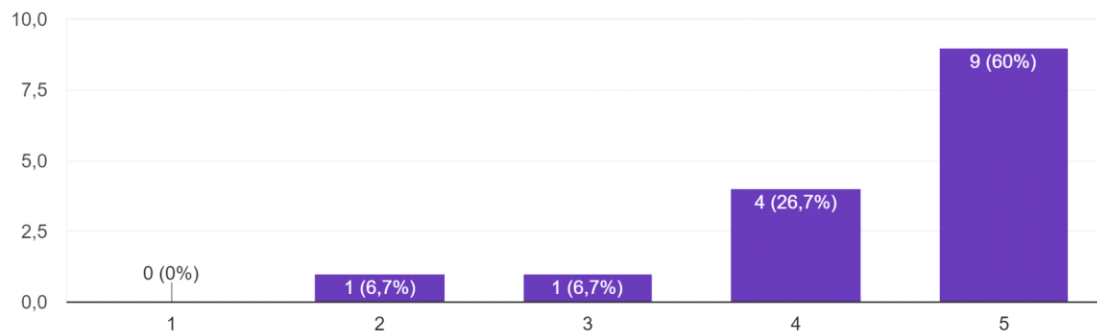
10. Egy mentális betegségben szenvedő személy képes dolgozni.

15 válasz



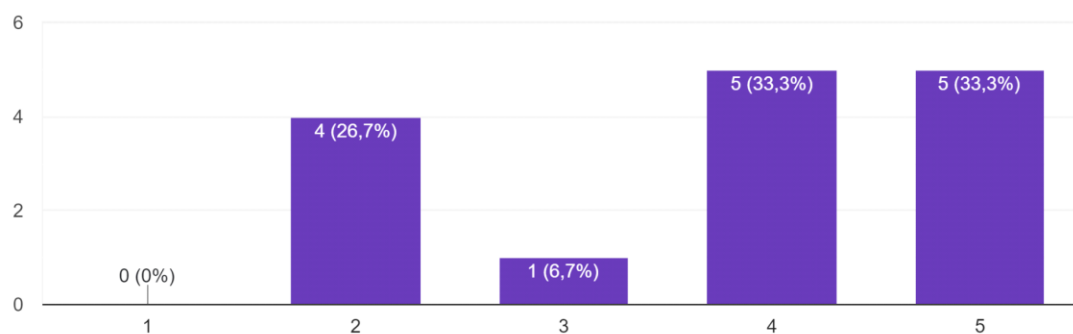
11. Egy mentális betegségben szenvedő személyt ki lehet képezni egy munkára.

15 válasz



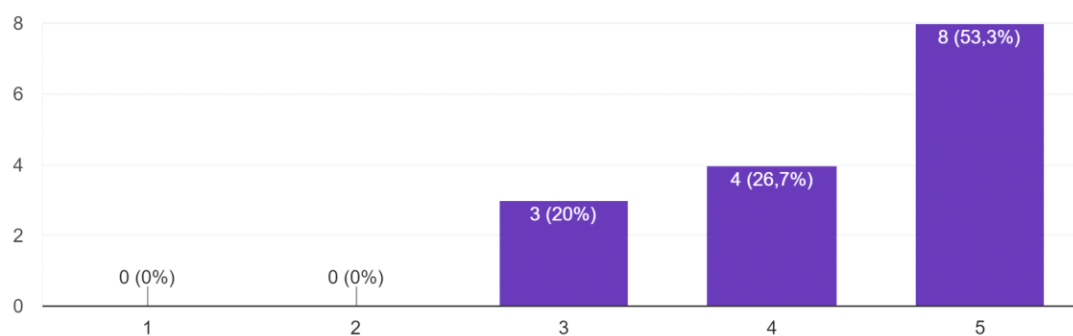
12. A mentális betegségben szenvedő emberek képesek megküzdeni az életben felmerülő nehézségekkel.

15 válasz



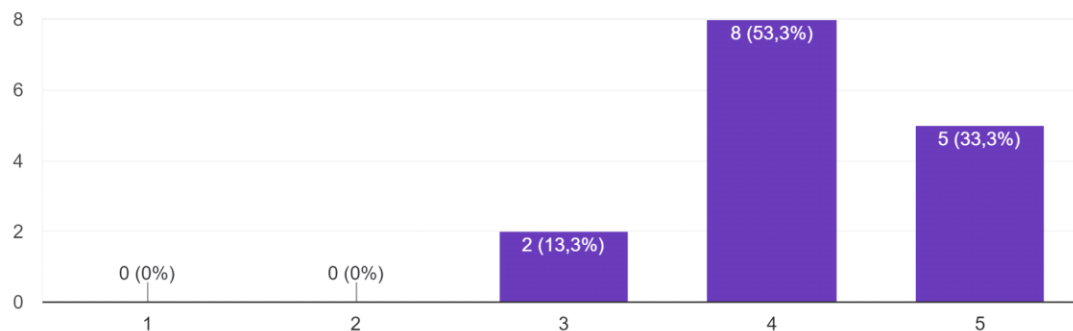
13. Attól, hogy valaki pszichiátriai gyógyszert szed, még nem lesz más, mint a többi ember.

15 válasz



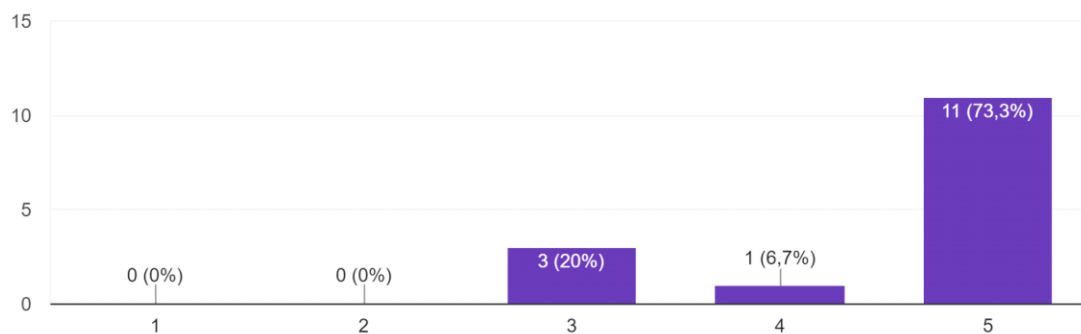
14. A mentális betegségben szenvedő emberek manapság már fel tudnak épülni.

15 válasz



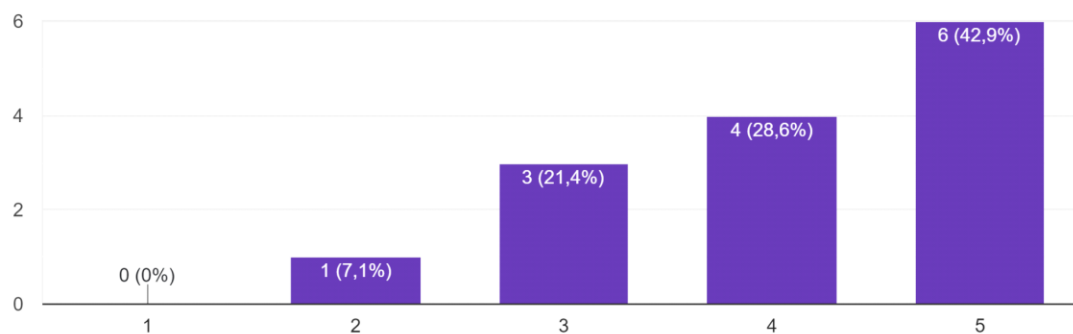
15. A mentális betegségben szenvedő embereknek nem szabad feladniuk.

15 válasz



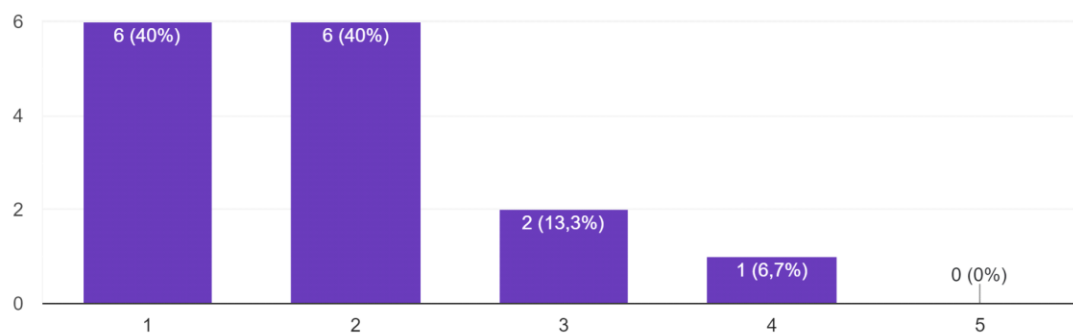
16. A mentális betegségben szenvedő embereknek specialista segítségét kell kérniük.

14 válasz



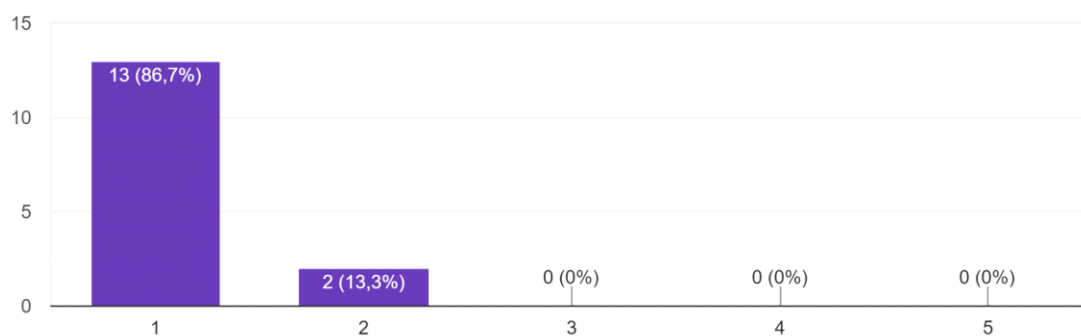
17. Ha valaki mentális betegségben szenved, jobb, ha olyan emberekkel barátkozik, akiknek ugyanilyen problémájuk van.

15 válasz



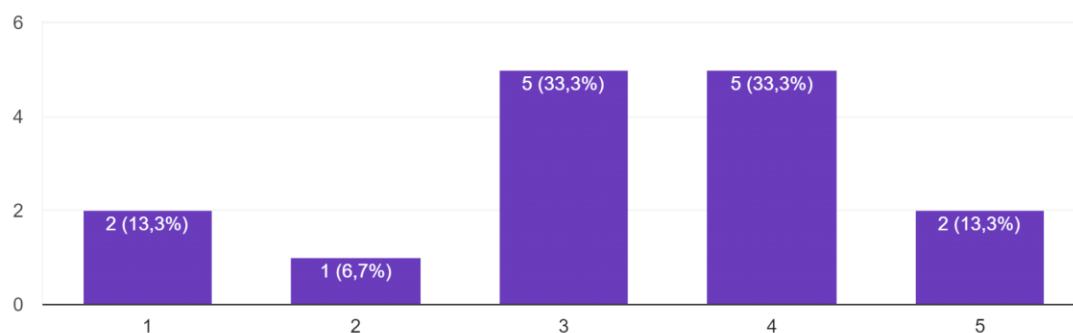
18. Jobb, ha egy mentális betegségben szenvedő ember elkerüli a többi embert.

15 válasz



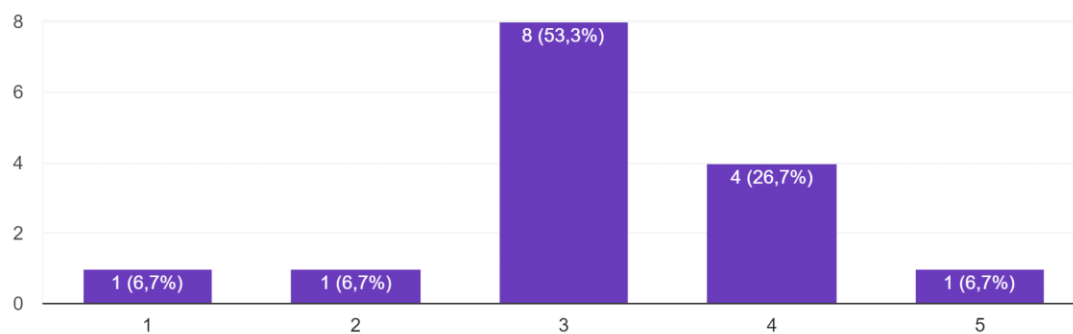
19. Ha valaki mentális betegségben szenved, azt nem szabad eltitkolnia a családjá és a barátai előtt.

15 válasz



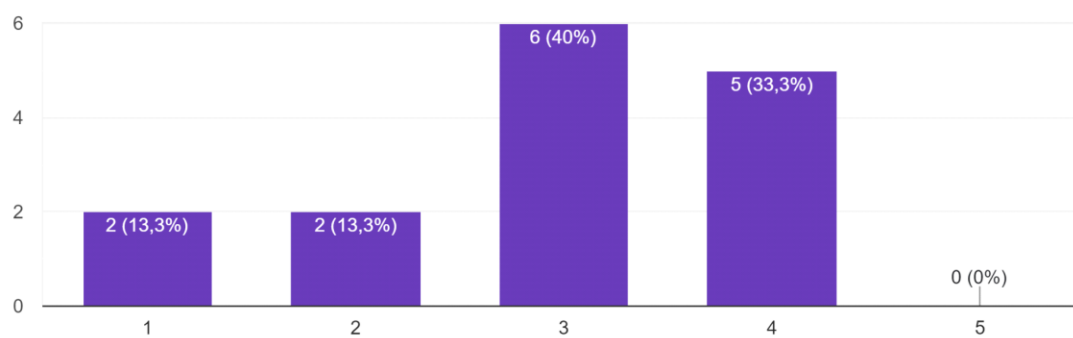
20. A mentális betegségben szenvedő emberek úgy érzik, terhet jelentenek a családjuk/barátaik számára.

15 válasz



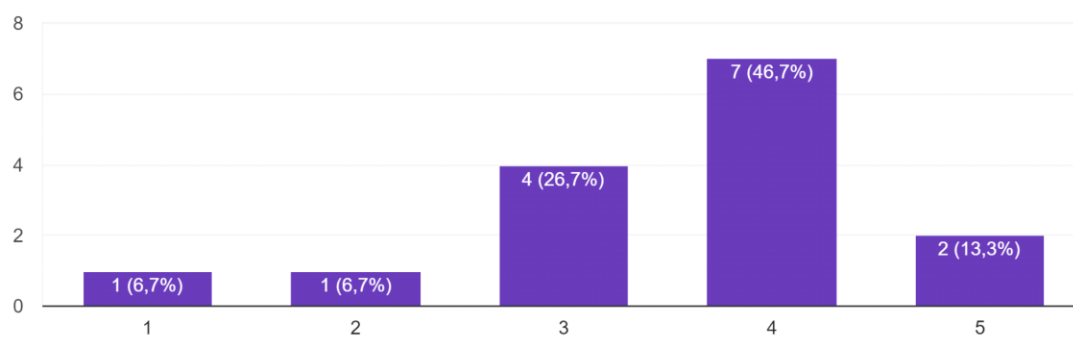
21. A mentális betegségben szenvedő emberek általában alsóbbrendűnek érzik magukat.

15 válasz



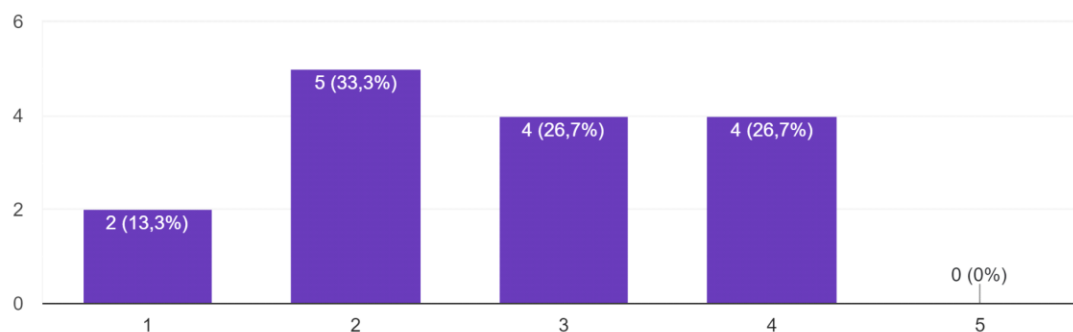
22. A mentális betegségben szenvedő emberekkel általában másképpen bánnak a többiek.

15 válasz



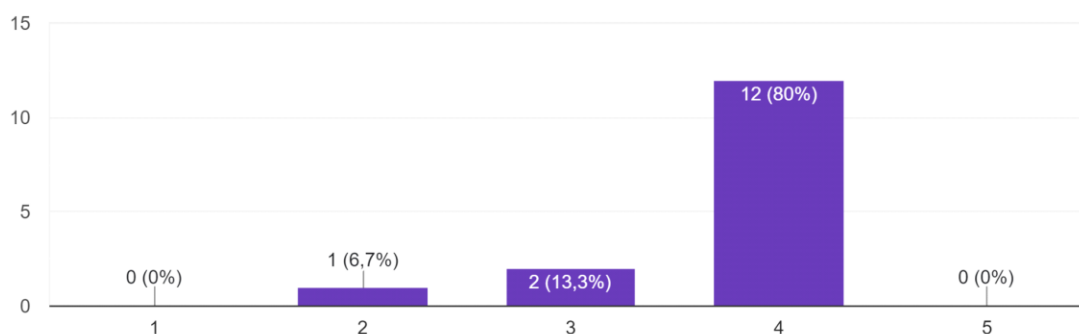
23. A mentális betegségben szenvedő emberek általában felelősnek érzik magukat a problémáikért.

15 válasz



24. A mentális betegségben szenvedő embereket nehezen érti meg a többi ember.

15 válasz



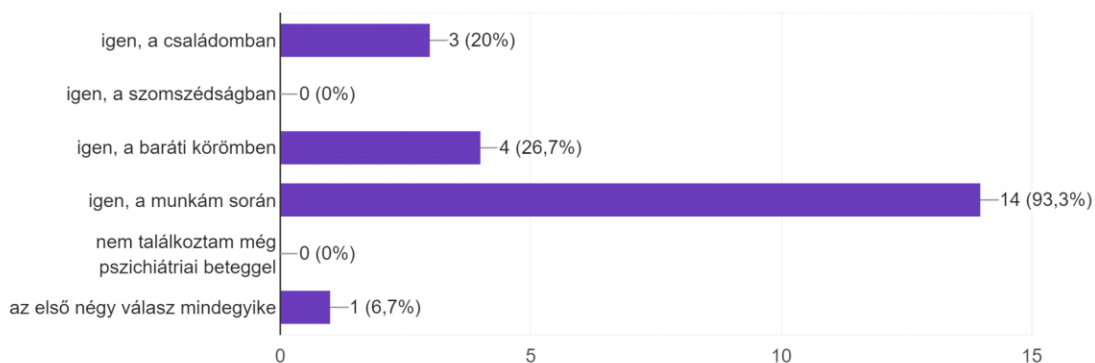
Az előző kérdésben felsorolt fogalmak közül melyiket tartja Ön a 3 legsúlyosabb kórképnek a munkája során? (Kérem, írja le, a legsúlyosabbal kezdve a felsorolást!)
alkoholizmus, paranoia, szadizmus
szklerózis multiplex, Parkinson-kór, demencia
alkoholizmus, skizofrénia, demencia
Delerium, mentális retardáció, demencia
Alkoholizmus, skizofrénia, demencia
Paranoia, demencia, skizofrénia
Demencia, skizofrénia, alkoholizmus.
Skizofrénia, alkoholizmus, demencia
demencia, delírium tremens, heroin függőség
paranoia, skizofrénia, alkoholizmus
Skizofrénia, depresszió, alkoholfüggőség
alkoholizmus, depresszió, skizofrénia
Szizofrenia alkoholizmus drogfuggo
demencia, heroinfüggőség, és nem szerepel a felsorolásban, de a skizofrénia és a bipoláris affektív zavart tettem volna inkább bele. A szklerózis multiplex pedig neurológiai-autoimmun, nem mentális betegség, bár kétségtelenül vannak pszichiátriai-mentálhigiénés vonatkozásai is.

Az előző kérdésben felsorolt fogalmak közül melyik az a 3 betegség, amellyel Ön a leggyakrabban találkozott a munkája során? (Kérem, írja le a leggyakoribb betegséggel kezdve a felsorolást!)

alkoholizmus, skizofrénia, mentális retardáció
skizofrénia, depresszió, mentális retardáció
alkoholizmus, epilepszia, skizofrénia
Szkizofrenia, alkoholizmus, epilepszia
Alkoholizmus, skizofrénia, demencia
Szkizofrénia, demencia, alkoholizmus
Demencia, alkoholizmus, skizofrénia
Skizofrénia, paranoiás skizofrénia alkoholizmus,
nikotin függőség, demencia, depresszió
skizofrénia, alkoholizmus, demencia
Skizofrénia, depresszió, alkoholfüggőség
alkoholizmus, skizofrénia, mentális retardáció
Szkizofrenia alkoholizmus személyiségzavar
depresszió, alkohol-drog és nikotin-függőség, demencia

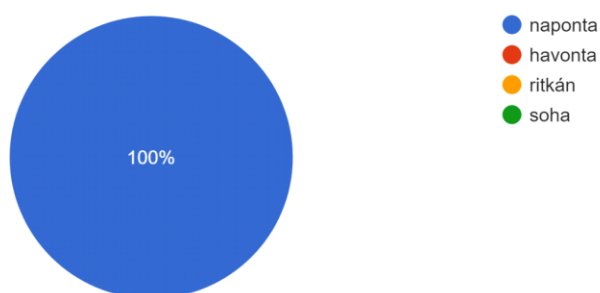
Találkozott már életében pszichiátriai beteggel? (több válasz is lehetséges)

15 válasz



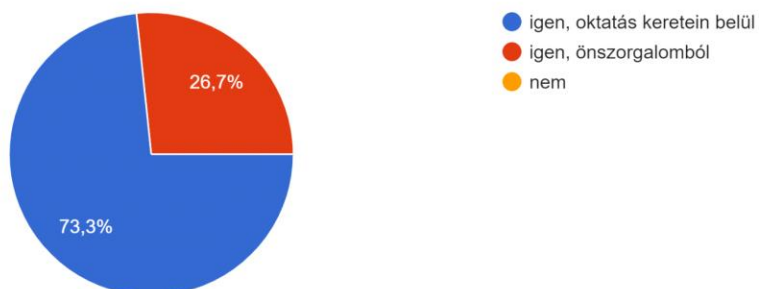
Mennyire gyakran találkozik munkája során diagnosztizált mentális betegségben küzdő emberekkel?

15 válasz



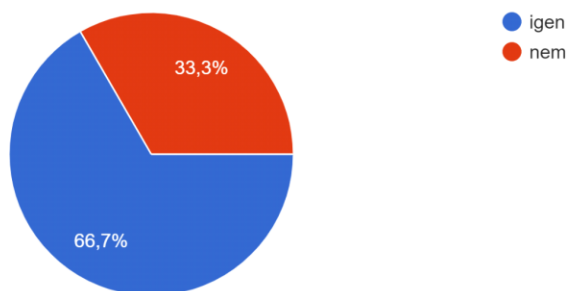
Tanult-e pszichiátriai betegségekről?

15 válasz



Részt vett e az Ébredések Alapítvány által nyújtott továbbképzésen (közösségi pszichiátriai ellátás)?

15 válasz



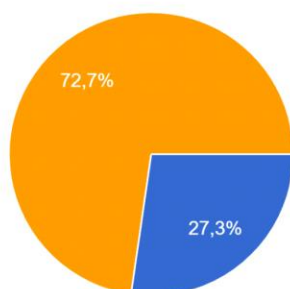
Mennyire érezte hasznosnak az ott tanultakat a munkája ellátásához?

11 válasz



Amennyiben alkalmazza a tanultakat a munkája folyamán

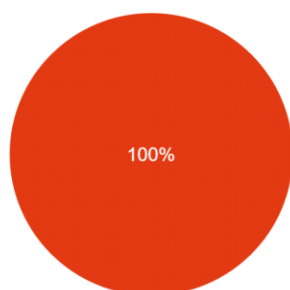
11 válasz



- a mentális betegséggel küzdő ügyfelekkel az eseti találkozások során
- a mentális betegséggel küzdő ügyfelekkel adminisztratív munka kapcsán
- a mentális betegséggel küzdő ügyfelekkel a rendszeres találkozások alkalmával

Nem tudom a munkámban használni, illetve nem volt hasznos a továbbképzés, mert...

1 válasz



- nem találkozom ilyen típusú betegekkel
- nem olyan helyzetben találkozom ilyen emberekkel, amelyekről tanultam a közösségi pszichiátriai ellátás továbbképzésén
- a hajléktalan ellátásban nincs olyan helyzet, ahol közösségi pszichiátriai ellátási módszert tudok alkalmazni

Mit gondol, hogyan tudná hatékonyabban ellátni a feladatát a mindennapokban a diagnosztizált pszichiátriai betegekkel kapcsolatban?
Egyéni és közösségi foglalkozással
Ha lenne olyan képzés, melynek keretén belül gyakorlati tanácsokat kapnánk, hogyan szabályozzuk az érzelmeinket a munkánk során (Dr. Mogyorósy-Révész Zsuzsanna: Érzelmszabályozás)
ha javulna a társ-szakmák hozzáállása, nem kellene átvennünk a pszichiátriai osztály, ápolást-gondozást nyújtó tartós bentlakásos intézmények feladatait. Valamint több forrás volna azokra a szakmai munkát kiegészítő lehetőségekre, mint pl. a lakóknak nagyon kedvezményes BKK bérlet, gyógyászati segédeszköz, BMSZKI-n belül akkreditált foglalkoztatás, diétás étkezés csekély térítés ellenében. Saját részről pedig a kreativitásunk fejlesztése, hogy a meglévő forrásokat hatékonyabban kiaknázzuk.
Több célirányos pszichiátriai fókuszú, gyakorlatorientált képzés.
Ha lennének megfelelő eszközök az ellátáshoz.
Gyakorlati segítségre van szükségünk, amit alkalmazni tudunk a mindennapokban
Célirányosabb képzések biztosításával
Többet tartózkodna pszichiáter az intézményben, az nagy segítséget jelentene az itt dolgozóknak.
Pszichiáter szakápoló segítségével

Kutatási engedély

Név: Varga Tünde

Szig.sz.: 187183LP

Állandó lakhely: 1101 Budapest, Gép utca 7. 3 lph. 1/16

E-mail: tuncike13@gmail.com

Telefonszám: +36205934593

A kutatási téma, a kutatás tárgya: Pszichiátriai betegek a hajléktalan ellátásban

Iskola: Apor Vilmos Katolikus Főiskola ; Székhely: 2600 Vác Konstantin tér 1-5

Képzés: szociálpedagógia szak MA, II. évfolyam I. félév

Engedélyezem, hogy a Budapest Módszertani Szociális Központ és Intézményeiben szakdolgozatához kapcsolódóan kutatást végezzen.

Dátum: 2022.11.09.



Szakmai fejlesztési és módszertani Irodavezető

aláírása

BUDAPESTI MÓDSZERTANI SZOCIÁLIS
KÖZPONT ÉS INTÉZMÉNYEI
Szakmai Fejlesztési és Módszertani Iroda
1134 Budapest, Dorozsai György út 152.
Tel.: 061 238-9527, 061 238-9514

Irodalomjegyzék

- Ács A. (2020): *Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a mentális betegséggel diagnosztizált emberekkel szembeni attitűdjének vizsgálata*. Doktori értekezés. https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/8649/acsandrea.d_DOIs.pdf?sequence=1 (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Alapvető Jogok Biztosának Hivatala (2007): *Az OPNI bezárásáról*. <https://www.ajbh.hu/-/az-opni-bezarasarol> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Babbie, E. (2008): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest.
- Bakos E. N. (2016): *Pszichiátriai betegek-alap az alapjog?*. <https://arsboni.hu/pszichiatriai-betegek-alap-az-alapjog/> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Bányai B. (2014): *Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén – Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon*. Corvinus Egyetem, Budapest.
- Breitner P. - Gurály Z. - Győri P. - Mózer P. - Szabó A. (2021): *Húsz év után a február harmadika országos hajléktalan adatfélével elemzése*. Menhely Alapítvány, Budapest.
- Bugarszki Zs. (2011): Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. In: *Esély*, 2.sz. pp. 55-85.
- Bulyáki T. - Gallai I. - Harangozó J. - Kaszás J. - Szabó L. (2020): Felépülés a mentális zavarból. In: *Alkalmazott Pszichológia*, 20.évf. 2. sz. pp 59-76.
- Csengel K. (2019): Talán a NER legnagyobb vesztesei, mégsem állnak készen a sztrájkra. In: *Mérce*. <https://merce.hu/2019/08/03/talan-a-ner-legnagyobb-vesztesei-megsem-allnak-keszen-a-sztrajkra/> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Egészségügyi Fogalomtár (2022): *Pszichiátria*. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Pszichi%C3%A1tria> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Csürke J. (2011): *A lótszevő eszmélése. Krízis és önmeghaladás*. Oriold és Társai Kft., Budapest.
- Csürke J. (2019): *KAPCSOLJ EGYBŐL! Az önkéntes segítők érzékenyítéséhez, felkészítéséhez szükséges tréninganyag és oktatási segédanyag*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest.
- Füredi J. (2013): *Pszichiátriai betegségek*. https://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2016/10/A_pszichiatriai_betegsegek_magatartaszavarok_hattere_furedi_2013.pdf (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Goffman, E. (1998): Stigma és szociális identitás. In: Erős F. (szerk). *Megismerés, előítélet, identitás. Szociálpszichológiai szöveggyűjtemény*. Új Mandátum, Budapest. pp. 263-295.
- Gurály Z. - Győri P. - Mezei Gy. - Pelle J. (2003): *A margó szélén. Hajléktalan emberek Budapesten a századforduló éveiben (1999 - 2000 - 2001)*. Menhely Alapítvány – BMSZKI, Budapest.
- Győri P. (2021): „Így kallódunk el szépen egymás után” Állami gondozottak voltak, ma hajléktalanok. In: *Esély*, 6.sz. pp. 92–111.
- Gyuris T. - Orros J. (1999): Rövid áttekintés a magyarországi hajléktalan ellátásról. In: *Tények és hátterük*. 3. sz. pp. 2-25.
- Halmi T. (2017): *Szkizofrén pszichózisok és erőszakos viselkedés etimológiai és terápiás kérdések preventív nézőpontból*. Doktori értekezés. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/23365/halmi-tamas-phd-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Hegyesi G. - Talyigás K. (szerk.) (1996): *A szociális munka elmélete és gyakorlata* 1.kötet. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Juhász F. (2004): *Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékos és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez*. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium – Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest.
- KSH. (2022): *Szociális alapszolgáltatások és nappali ellátások*. https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Kvale, S. (1996): *An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage, Thousand Oaks.
- Link, B. G. - Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing stigma. In: *Annual Review of Sociology*, 27. sz. pp. 363–385.
- Link, B. G. - Yang, L. H. - Phelan, J. C. - Collins, P. Y. (2004): Measuring mental illness stigma. In: *Schizophrenia Bulletin*, 30. évf. 3. sz., pp. 511–541.
- Sárkány P. (2011): *Szociálpedagógiai elméletek*. Jel Könyvkiadó, Budapest.
- Semmelweis Egyetem (2022): *A skizofrénia tünetei és kezelése*. <https://semmelweis.hu/pszichiatria/betegellatas-a-szkizofrenia-tunetei-es-kezelese/> (utolsó megtekintés: 2022. november 20.).
- Sztancsik V. (2017): *A skizofrénia betegség reprezentációja és a megbélyegzés*. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, Debrecen.
- Thornicroft, G. (2006): *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press, NY.
- Vajsz K. - Horváth M. - Simon L. - Vass E. - Sztancsik V. (2021): Stigmatizáció és időskori mentális betegségek. In: *Esély* 32. évf. 1. sz. pp. 3-19.