

KAPÓCS GÁBOR – BACSÁK DÁNIEL

PSZICHIÁTRIA A HATÁRON

„Mit kérünk? Kicsit több szabadságot!”*

Magyarországon az utóbbi időben feltűnően sokszor olvashattunk olyan tragédiákról, melyek helyszíne valamelyik pszichiátriai osztály vagy intézet volt, szereplői pedig pszichiátriai betegek. A média gyakran felnagyítja a problémákat, azt azonban hiba lenne tagadni, hogy valóban vannak biztonsági kockázatok a pszichiátriai ellátásban, a benne dolgozók és élők pedig nap mint nap tapasztalják: a mai hazai ellátórendszer kevésbé van felkészülve ezek kezelésére. Így volt ezzel az Európai Unió legnagyobb bentlakásos pszichiátriai intézete, a szentgotthárdi Pszichiátriai Betegek Otthona is, melynek szakemberei mintegy két évvel ezelőtt úgy döntöttek, saját erőből kívánnak változtatni ezen: kidolgoztak egy, az intézetre specializált Közösségi Konfliktus- és Bűnmegelőző Stratégiát. Tanulmányunkban a probléma exponálását követően e projekt munka részleteit mutatjuk be.

„Egy statisztikai tapasztalatunk van: minél több szabadságot adtunk a betegeknek, annál ritkább volt a rémtett.”
Hollós István: Búcsúm a Sárga Háztól, 1990 [1927]: 37

A magyar pszichiátriai ellátórendszer fejlődését is csakúgy, mint oly sok minden más területet Magyarországon, a megkésetttség jelzőjével lehet illetni. Miközben egyes nyugat-európai orvosok, jelesül *William Tuke*, *Philippe Pinel* és *Vincenzo Chiarugi* már a 18. század végén meghirdették a *humanizmus* és *kényszermentesség* elvén alapuló morális pszichiátriát (dacolva a szintén ekkor létesülő hatalmas és zárt intézményekkel), amely szerint a betegeket egyszer s mindenkorra meg kell szabadítani láncoktól és bilincseiktől, mert velük, mint szükségletekkel bíró emberekkel kell törődni (Porter 2003), Magyarországon még a 19. század közepén is mindössze néhány, kis befogadóképességű magánklinika létesült. Az elmegyógyítás állami szintű megszervezése és az infrastrukturális – de nem szemléletbeli – áttörés az 1850-es években következett be, mikor több évtizednyi sikertelen próbálkozást követően Kolozsvárott létrehozták az első *állami elmeosztályt*, melyet aztán több másik is követett, 1868-ban pedig megépült az *Országos Budai Tébolyda* is Lipótmezőn – amely ettől fogva 2007-es megszűnéséig a magyar pszichiátria központjának számított. Az 1876-ban hatályba lépett közegészségügyi

* Idézet egy lakóönkormányzati ülésen elhangzott hozzászólásból.

törvény újabb lendületet adott az infrastruktúra fejlesztésének (Buda 2011). Így kezdtek meg működésüket vidéken olyan kórházi zárt osztályok, melyek azt a célt is szolgálták, hogy a fővárosi intézetek átküldhessék oda az ön- és közveszélyes betegeiket. Habár az infrastruktúra kétségkívül jelentősen fejlődött, a betegek életkörülményei sok esetben alig javultak, mert az új intézményeknél már a telekválasztást és az építkezést is a költséghatékonyság dominálta, a kórházakban pedig elsőként mindig a pszichiátriai betegellátástól vontak el forrásokat (Bakonyi 1983, Benedek 1974).

A pszichiátria – karöltve a többi, emberről gondolkodó tudománnyal – az '50-es években kegyvesztetté vált, hiszen a kommunista-szocialista ideológia szerint az elmebetegségek a bűnözéshez hasonlóan csupán a kapitalista társadalom maradványai, melyek idővel szükségszerűen maguktól el fognak tűnni. Ilyen körülmények között került sor 1950–52 között azon intézkedésre, mely a fővárosi szociális otthonokat kitelepítette, volt laktanyákat, kastélyokat, gyárépületeket átalakítva, méghozzá – vélelmezhetően – döntően ideológiai, kisebb részt praktikus okokból legtöbbször a nyugati határszélre. A több száz kilométeres távolság miatt így gyakorlatilag lehetetlenné tették a beteglátogatást, valamint jelentősen megnehezítették a bentlakók szállítását és a magas színvonalú orvosi ellátását is (Bakonyi 1983).

A hagyományos pszichiátriai ellátórendszer struktúrája a szocializmus időszakában rögzült, három pillérét a *kórházi osztályok*, az *elmeszociális otthonok*, valamint a '60-as évekre országos hálózattá alakult – alapvetően az 1930-as évek végére rendkívül népszerűvé vált ún. *családi ápolási telepeket* kiváltani célzó – *pszichiátriai gondozók* adták, és adják a mai napig is. Az intézmények működését, valamint a betegek jogait meghatározó szabályozások az elmúlt évtizedekben több alkalommal is változtak, de néhány új ellátási forma – közösségi ellátás, lakóotthonok, átmeneti ellátást nyújtó intézmények –, valamint civil kezdeményezés – például nappali klubok, antistigma programok – megjelenésétől eltekintve „*mind a mai napig a totális alapokon működő, zárt intézmények dominálnak, a társadalmi visszailleszkedést lehetővé tevő ellátási formák kevésbé elterjedtek*” (Bányai–Légmán 2009: 10).

A fővárosi szociális otthonok határszélre telepítése egy-két év leforgása alatt zajlott le. Így nyitotta meg kapuit – utolsóként – 1952-ben az akkoriban már a határsávban fekvő Szentgotthárdon, egy régi, K und K dohánygyár épületében a helyiek által csak „*szoci*”-nak becézett szociális otthon, a későbbi pszichiátriai betegek otthona, mely valójában csak 1966-tól vált tiszta elmeorvosi profilúvá. Ez az intézmény mintegy két évtizeddel később Hajnóczy Péter a *Válóság* című folyóiratban megjelent „Az elkülönítő” című tanulmányával került először reflektorfénybe, felhívva a közvélemény figyelmét a feledés homályába merült elmeszociális otthonok szabályozatlan, ellenőrizetlen, embertelen állapotaira. *Hajnóczy szociográfiája* érzékeny pontra tapintott, melyet mi sem jelez jobban, mint hogy a számos más dokumentumot (főként levelezéseket) is tartalmazó könyve, a *Jelentések a süllyesztőből* nem is jelenhetett meg, kiadására csupán

a szerző halála után több mint harminc évvel, 2013-ban kerülhetett sor (Hajnóczy 2013).

A jelentős visszhangok ellenére az elmeszociális otthonok helyzetének rendezésére egészen az 1993-ban hatályba lépett szociális törvényig (1993. évi III. tv.) kellett várni. E törvény 71. §-a alapján pszichiátriai betegek otthonába

„...az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételekor időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógykezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes.”

A felvételt az ellátást igénylő beteg vagy törvényes képviselője kérheti. A pszichiátriai otthonokba felvett betegek döntő többségénél az állandó vagy ideiglenesen kijelölt gondnok kérvényezi az intézményi elhelyezést. A betegjogi garanciákat tovább csorbította a törvény 2001-es módosítása, amely lehetővé tette a bíróság általi kötelező elhelyezést olyan személyek számára, akik nem képesek ellátni magukat, és nincs olyan személy sem, aki segíthetne ebben.

Az elmeszociális otthonok jogi helyzete még ma sem kielégítő, *hibrid intézményként* egyszerre látnak el egészségügyi és szociális feladatokat, azonban a lakóikat korántsem illetik meg kivétel nélkül azok a garanciális betegjogok, amelyek az egészségügyben, így az aktív pszichiátriai osztályokon érvényesek.¹

Az intézet működése és szakmai profilja

A szentgotthárdi betegotthon szakmai működésének jelenlegi (pontosabban 2011 júliusától 2016 augusztusáig uralkodott) szemlélete, miszerint az elhelyezés valószínű véglegességétől függetlenül elsősorban nem az állapot pusztá megőrzésére, hanem annak lehetséges mértékű javítására is törekedni kell, csupán néhány éve alakult ki. Az intézet korábbi vezetője egy emberöltőn keresztül volt pozíciójában, és bár az ápolási színvonal ez idő alatt az akkori körülményekhez és a többi hasonló intézményhez képest kimondottan magas volt, azonban az akkori szakpolitikai szemléletnek megfelelően nem is folyhatott olyan komplex, több szakmacsoport szervezett, tudatos együttműködésén alapuló és kinyilvánítottan rehabilitációs, „*felépülés*” orientációjú, igazi teammunkában végzett tevékenység, amely legalább minimális esélyt adott volna a lakók társadalomba való visszailleszkedésére. Csak a vezetőváltást követően, az utóbbi években alakulhatott ki a korábbi izolációs (sokak szerint inkább kusztodiális) szemlélet helyett az *integrációs és rehabilitációs esélyek megteremtésének szándéka*, még ha az intézményrend-

¹ Szociális intézményben való kötelező elhelyezés nem a veszélyeztető magatartáshoz van kötve, hanem az önellátási képességhez; a felvételnél nincsen bírói kontroll; az ellátás folyamán később sem kerül sor az elhelyezés rendszeres, viszonylag rövid időn belüli bírói felülvizsgálatára.

szeri sajátosságok, valamint a forráshiány miatt az aktuális lehetőségek jelentősen korlátozottak is e tekintetben.²

Jelenleg 734 lakója van a szentgotthárdi elmeszociális otthonnak, 734 olyan lakó, akiknek a kórképei között a viszonylag enyhe mentális zavaroktól kezdve a zárt osztályon kezelt súlyos pszichózisokig mindenféle megtalálható – nincs még egy olyan pszichiátriai beteget ellátó intézmény Magyarországon, amely ilyen széles spektrumot foglalna magában. Ennek megfelelően a lakókat két viszonylag jó állapotú épületben helyezük el. Az „A” épületben – mely korábban dohánygyár volt – a középsúlyos és súlyos betegeket látjuk el, többek között egy férfi és egy női zárt osztályon, míg egy korábbi magtárból az 1980-as évek közepén átalakított „BC” épületben azok élnek mindennapjaikat, akik állapotuknál fogva nagyobb szabadságot élveznek (pl. a délutáni kimenő rendszerességét és hosszát illetően). Itt működik a nemrég kialakított Rehabilitációra Felkészítő Osztály is. A szobák jellemzően 4–6–10 ágyasak, de vannak együtt élni kívánó pároknak kialakított szobák is, valamint évekkel ezelőtt megnyílt egy intimszoba is, melyet a párkapcsolatot létesítő lakók vehetnek igénybe.

Nem messze az anyaintézménytől 2006-ban nyitotta meg kapuit egy 14 főt befogadó lakóotthon. Itt egy- és kétszemélyes, konyhával és fürdőszobával felszerelt lakásokban (apartmanokban) élnek azok, akik ugyan védett körülmények között (pl. ellenőrzött gyógyszerelés mellett), de önálló életvitelre képesek. Ők ugyanakkor a többi lakóhoz hasonlóan az intézmény területén működő foglalkoztatókban dolgoznak, így ébren töltött óráik jelentős részét továbbra is a „szoci”-ban töltik.

Az, hogy a szentgotthárdi szociális otthon Európa legnagyobb ilyen jellegű, nem kitagolt intézménye, sajnos nem valamifajta kitüntető cím, sokkal inkább a hazai (pszichiátriai) betegellátás elmaradottságának szimbóluma. A 2016 nyarán távozott intézményvezető hazai és nemzetközi szakmai fórumokon bemutatott, jelentős érdeklődéssel és támogatással fogadott tervei szerint (ez az ún. „*Főnix-Program*”) néhány éven belül újabb és újabb lakóotthonok/lakócentrumok/védett lakások létesülhetnének Szentgotthárdon és környékén, valamint Budapesten, míg az anyaintézmény csak az igazán súlyos állapotban lévő betegeket ápolná, valamint logisztikai, szakmai koordinációs, minőségbiztosítási és irányítási feladatokat látna el. Hogy mindez milyen kormányzati és társadalmi támogatásra talál, a megvalósítás szakaszát mikor érheti el egyáltalán, az jelen pillanatban még nem tudható, de a „*Főnix-Program*” tervezetének hivatalos (EMMI és SzGyF) visszhangtalansága miatt alighanem évtizedekben kell gondolkodni ennek, vagy egy hasonlóan átfogó tervnek az esetében. Meg kell továbbá emlétenünk, hogy a szentgotthárdi intézmény helyzete a tekintetben is speciális, hogy

² Jelen tanulmányunkban nem kívánjuk részleteiben elemezni a 2016 nyarán bekövetkezett újabb vezetőváltás hatásait, de annyi megjegyezhető ezen a ponton, hogy példátlan gyorsasággal tértek vissza és léptek működésbe az évtizedes rutínok, a régi attitűdök az intézmény működtetésében vezetői és személyzeti szinten egyaránt. Ez azt bizonyítja, hogy egy viszonylag nagyméretű intézmény évtizedek alatt berögzült szemléletét nem lehet alapjaiban, tartósan megváltoztatni csupán néhány év leforgása alatt.

az EU által támogatott kitagolási programokban a kitagolásra megpályázható összegnek van egy maximuma, ami a szentgotthárdi intézet esetében az enormis méretéből fakadóan azt jelentené, hogy a jelenlegi pályázati keretek között egy fő kitagolását csupán nagyon kevés pénzből lehetne megoldani. Így a szentgotthárdi „intézménytelenítés” csak részlegesen vagy külön engedéllyel, egy speciális, erre az intézményre szabott program keretén belül, nagyobb finansziális kerettel lenne megoldható.

A személyzeti állomány jóval meghaladja a 300 főt, ugyanakkor jelentős a betöltetlen státuszok száma is. (Az intézmény engedélyezett személyzeti létszámkerete 375 fő volt, ezt azonban a megyén belüli újraelosztásra és a tartósan betöltetlen státuszaink magas számára hivatkozva egy központi döntéssel, 2015-ben 365-re csökkentették.) A személyzet nagyobb részét az ápolási-gondozási csoport tagjai (234 fő), valamint a gazdálkodási-műszaki-élelmezési csoportok tagjai (94 fő) adják. Az intézet szakmai szervezetét az elmúlt években egy funkcionális, mátrix szerkezetű struktúrává alakítottuk át, így az ápolási-gondozási csoport mellett – a törvényi minimum-előírásokat jelentősen túl- és meghaladva – jelenleg három szakmacsoportra tagolódnak: a terápiás, a foglalkoztatási és a mentálhigiénés csoportra. Ez a felosztás jól tükrözi az intézet komplex rehabilitációs szemléletét, melynek pillérei a szakorvosi ellátás (általános orvosi, pszichiátriai és pszichológusi), a terápiás foglalkozások (művészetterápia, szocioterápia és addiktológia), a munkaterápia (szociális foglalkoztatás) és a szabadidő aktív eltöltése (mentálhigiénés gondozás).

329 kilométer – ennyi választja el a szentgotthárdi otthont a fővárostól,³ ahonnan lakóink 98 százaléka származik. Ez a távolság tehát tökéletesen lehetővé teszi, hogy a lakóinkat valóságosan elszakítsa korábbi életüktől és kapcsolataiktól. Vonattal 4–6 óra hosszú az út Szentgotthárd és Budapest között, a vonatjegy ára oda és vissza meghaladja a 10 ezer forintot, melyet kevés hozzátartozó engedhet meg magának. Az a kevés kapcsolat, mely az intézetben töltött hosszú évek alatt képes fennmaradni, jobbára telefonhívásokban merül ki, esetleg félévente, évente egy-egy látogatásban, az internetkapcsolattal rendelkező néhány nyilvános számítógép pedig 10–15 éves konstrukció.⁴ A távolság nem csupán a lakókkal való kapcsolattartást nehezíti meg, hanem az otthon szabad munkavállalói státuszainak feltöltését is – rendkívül nehéz helyben, a kistérségben olyan szakképzett munkaerőt találni, amely megfelelő tapasztalattal rendelkezne. Mindez gátolja a teljes létszámú – és csak kismértékben fluktuáló – szak személyzet kialakítását, valamint jelentősen megnehezíti azoknak a szakmai elképzeléseknek a megva-

³ Melynek fenntartásában és irányításában állt egészen 2013. január 1-jéig, azóta – az államosítás eredményeképpen – irányító szerve az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI), fenntartó szerve pedig a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SzGyF).

⁴ Itt talán megjegyzésre érdemes, hogy korábban a lakók a számítógépeket egy többnyire zárt szobában, csupán napi néhány órában és állandó felügyelet mellett használhatták. Most egy szabad közösségi térben, egész nap hozzáférnek az internethez.

lósítását, melyek megfelelnek a modern pszichiátriai gondozás elveinek. Tringer László *A pszichiátria tankönyve* c. munkájában írja az elmeszociális otthonokról:

„Az orvosi-pszichiátriai ellátás többnyire elégtelen, azonban a betegek körülményei egyes intézetekben jobbak, mint egy átlagos kórházban. Egyes felmérések szerint az ápoltak jelentős százaléka megfelelő intézményben rehabilitálható lenne.” (Tringer 2010: 534)

A körülmények ugyan Szentgotthárdon alapvetően jók és emberhez méltóak,⁵ a szakellátás pedig az elmúlt években – átmenetileg – kifejezetten széles spektrumú lett, azonban olyan tényleges, széles körben eredményes rehabilitációra, mely a pszichiátriai betegek társadalomba való visszailleszkedését lehetővé tenné, aligha alkalmasak. Az 1. táblázat pontosan bemutatja azt, hogy néhány kivétellel az elhelyezés véglegesnek tekinthető.

1. táblázat: Betegforgalmi adatok

	Távozók száma*	Elhunytak száma
2010	5	66
2011	4	58
2012	5	52
2013	11	61
2014	11	61
2015	12	41
2016	10	48

* A távozóknak csak egy kis része tér vissza saját lakókörnyezetébe, többségük másik intézménybe kerül át.

Forrás: Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd, 2015.

Speciális ellátást igénylő lakók

2004 és 2012 között működött az intézményben egy olyan zárt, ún. *Speciális Részleg*, ahol a deviánsnak minősített, agresszív lakókat különítették el addig, amíg nem váltak újra képessé a közösségi együttélésre (maximum 3 hónapig). Ez a részleg azonban sértette az emberi méltóságot és a személyes szabadsághoz való jogot, valamint ellentétes volt a jogbiztonság követelményével is – állapította meg egy vizsgálatában az állampolgári jogok országgyűlési biztosa (AJB-228/2010).⁶

⁵ Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala az AJB-4464/2014. számú Jelentésében így fogalmazott: „Összességében látható, hogy az Intézmény vezetője és munkatársai törekednek annak a szellemiségnek a megvalósítására, amely szükséges a kitagolási lépések megkezdéséhez.”

⁶ Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának Jelentése az AJB-228/2010. számú ügyben

A Biztos Jelentése nyomán az intézmény új vezetése a Speciális Részleg helyén, 2012 tavaszán az ehhez szükséges szakemberek alkalmazásával pszicho- és művészetterápiás, egyéni és csoportos rehabilitációs foglalkozásoknak helyt adó szobákat alakított ki.

A korábban már idézett 1993. évi III. törvény 71. §-a alapján olyan pszichiátriai beteg, akinek az ún. közvetlen veszélyeztető magatartása⁷ tartósan fennáll, pszichiátriai betegek otthonában nem helyezhető el. Amennyiben az ellátás igénybevétele közben alakul ki – akut krízishelyzetként – veszélyeztető magatartás (és ez az otthon túlnyomó többségét, 78 százalékát kitevő skizofrén betegek esetében az itt töltött évek, sokszor évtizedek alatt több mint valószínű, hogy alkalmanként bekövetkezik), az Eü. tv. és a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet alapján korlátozó intézkedés rendelhető el, közvetlen – tehát súlyos – veszélyeztető magatartás esetén pedig kórházi osztályra történő sürgősségi beutalásra kerül sor. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa egy 2011-ben kelt jelentésében (AJB-672/2011)⁸ azonban felhívta a figyelmet arra, hogy a hazai ellátórendszer struktúrájából fakadóan ezek a szakosított szociális otthonok látják el *tartósan az agresszív pszichiátriai betegek* gondozását is. Ahogy fogalmaz:

„...a jelenlegi ellátórendszer úgy épül fel, hogy a pszichiátriai betegek tartós intézeti elhelyezése nem az egészségügyi, hanem szinte kizárólag a szociális ellátórendszer feladata. A szociális intézményekben hozzáférhető ellátás azonban a pszichiátriai betegek egy részének nem elégséges, ezek a betegek hosszabb távú egészségügyi ellátást igényelnének. (...) Az olyan violens betegek elhelyezésére, akik (még) nem követtek el olyan cselekményt, amely miatt az IMEI-be kerülhetnének, de – éppen preventív okokból – szükség lenne tartósabb kezelésükre, nem állnak rendelkezésre megfelelő pszichiátriai intézetek.” (AJB-672/2011: 4)

A tartósan veszélyeztető magatartású betegek mellett az intézetben élnek olyan lakók is, akik kriminológiai szempontból *karrierbűnözőknek* tekinthetők, azaz már nagyon korán, jellemzően 18. életévük betöltése előtt elkövették első – általában vagyon elleni – bűncselekményüket, majd a későbbiekben többször visszaestek (Kerezsi 2006a). A szentgotthárdi intézményben jelenleg több olyan lakó is tartózkodik, akik ehhez hasonló karrierbűnözői életpályát futottak be, azonban pszichiátriai betegségük okán egyszer bekerültek a pszichiátriai ellátórendszerben, majd a végső elhelyezést jelentő pszichiátriai betegek otthonában kötöttek ki. Ez az intézménytípus viszont kiváló terepet biztosít számukra ahhoz, hogy kiszolgáltattott betegtársaikat kihasználják: körükben uralom, lopás, heteroagresszió egyaránt előfordul.

⁷ 1997. évi CLIV. törvény: 188. § c) *Közvetlen veszélyeztető magatartás: a beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.*

⁸ Az állampolgári jogok országgyűlési biztósának Jelentése az AJB-672/2011. számú ügyben.

Meg kell továbbá említünk, hogy az intézet kiemelt szerepet játszik a korábban kényszergyógykezelés alatt álló betegek gondozásában. Jelenleg csaknem 50 olyan lakó éli mindennapjait Szentgotthárdon, aki a kényszergyógykezelésének megszüntetését követően az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetből (IMEI) érkezett – ők speciális, személyre szabott utógondozásban részesülnek (bővebben lásd Bacsák 2016).

A lakók diagnosztikai és szociális háttere

Szentgotthárdon szinte kivétel nélkül minden lakó részlegesen vagy teljesen cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll, mindössze néhány olyan lakó van, aki az intézményben önjogán, saját sorsáról dönteni képes állapotban van, azaz többségük nem saját akaratából éli mindennapjait az Otthonban. Életkori megoszlás alapján a lakók közel fele 40 és 59 év közötti (az átlagéletkor ennek megfelelően 55 év), a második legnépesebb csoport mintegy 30 százalékos aránnyal a 60–69 év közöttiek. A 18 és 39 év közöttiek aránya kevés haladja meg a 10 százalékot, de arányuk folyamatosan nő, 2016 első felében már 12,5 százalék volt. A nemek szerinti megoszlás körülbelül 55–45 százalék a férfiak javára. Az intézet lakóinak háromnegyede a *szkizofrénia* valamely formájában szenved, a második leggyakoribb alapterbetegség pedig mintegy 9–10 százalékos prevalenciával a *krónikus alkoholfüggőség* – utóbbi jelentős kockázatú *kriminogén tényező*. A pszichiátriai alapterbetegség mellett szinte kivétel nélkül minden lakó szenved valamilyen krónikus szomatikus betegségben is, főként magas vérnyomásban, emésztőrendszeri, illetve légzőszervi megbetegedésben. Gondozási szempontból a lakók 61 százaléka részlegesen önellátó, 10 százaléka pedig teljes ellátásra szorul, azaz csak 29 százaléka önellátó. A lakók mintegy 70 százalékanak van valamilyen aktív hozzátartozói kapcsolata, de egészségügyi okokból vagy a meghívó hiánya miatt csak töredékük tud ún. szabadságra távozni.

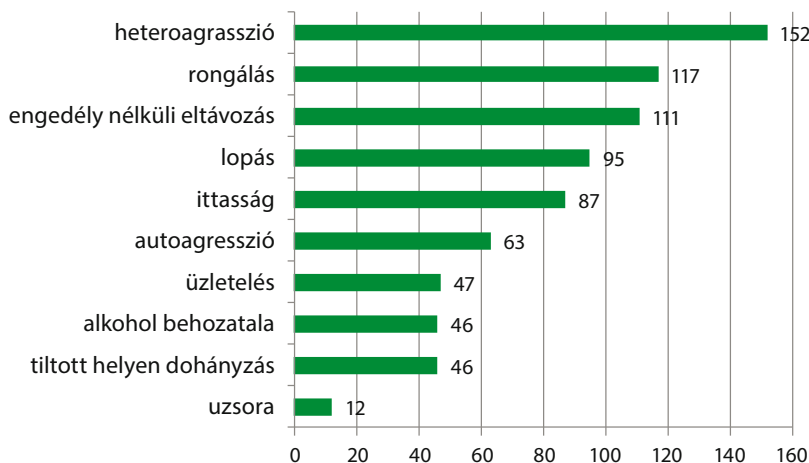
Közösségi Konfliktus- és Bűnmegelőző Stratégia

A Szentgotthárdi Szakosított Otthon (korábbi nevén: [Fővárosi Önkormányzat] Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd) az '50-es évekbeli megálmodói szándéka szerint, és sajnos még a 2016 nyaráig pozícióban levő intézményvezetés határozott törekvése ellenére is – ha már nem is teljesen zárt, de legalábbis csak részben nyitott – lényegében totális intézmény. Ez az állapot vélhetően mindaddig kényszerűen fenn is marad, amíg az európai trendeket követve sor nem kerül a krónikus pszichiátriai betegek tartós gondozását végző, egyaránt az egészségügyi és szociális intézményrendszer részeként működő intézmény legalább részleges kiváltására, melynek azonban elengedhetetlen feltétele a hazai – elsősorban

a budapesti – pszichiátriai ellátórendszer gyökeres átalakítása, átfogó modernizációja.

Mint minden ilyen és lényegileg hasonló intézményben, Szentgotthárdon is észlelhetőek bizonyos normaszegések, lakók közötti konfliktusok, esetenként akár bűncselekmények is (1. ábra), amelyek a lakók és az őket gondozó, támogató munkatársak biztonságérzetét, végső soron pedig mindannyiuk életminőségét veszélyeztetik.⁹

1. ábra: Normaszegő cselekmények száma 2015-ben



Forrás: Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd, írásbeli feljegyzések.¹⁰

Ezért született meg 2014 nyarán az intézmény vezetésében az a szándék, hogy létrehoz egy *Közösségi Konfliktus- és Bűnmegelőző Stratégiát* (a továbbiakban Stratégia). Az elgondolás szerint ez részletes és őszinte tényfeltárára alapozva korszerű, szakszerű és jogszerű válaszokat tartalmaz, egyben a mindennapokban alkalmazható kereteket és előremutató szakmai fejlesztési irányokat is ad a felmerülő, a lakókat és személyzetet egyaránt érintő együttélési problémákra.

⁹ A Stratégia részeként 2014 őszén egy átfogó, mintegy 20 oldalas helyzetelemzést készítettünk különböző dokumentációk (feljegyzések, eseménynaplók, jegyzőkönyvek), valamint dolgozókkal és lakókkal készített interjúk segítségével. Az adatok alapján a legtöbb problémát a túlzott mértékű alkoholfogyasztás és az ezzel összefüggő egyéb cselekmények okozzák (hetero- és autoagresszió, lopás, üzletelés, uzsora, engedély nélküli eltávozások). A felmérés szerint a megelőző egy évben 96 fő követett el legalább egy normaszegő cselekvést.

¹⁰ 2015. január 1-jétől a feljegyzéseket egységes formában és tartalommal készítik az Otthon különböző szervezeti egységei, ez pedig lehetővé teszi egy adatbázis építését, melyből pontos statisztikák állíthatók elő. A feljegyzések többségét a három műszakban dolgozó osztályos munkát végző nővérek/ápolók és az osztályvezetők jegyzik az intézmény minden részlegére kiterjedően. A fenti diagram a 2015. évben született, normaszegésekről szóló feljegyzéseket összesíti. A tizenkét hónap alatt összesen 1113 feljegyzés született 1276 eseményről, amiből 776 (60,8%) normaszegés. Természetesen bizonyos cselekmények esetében (pl. ittasság, alkoholbehozatal, üzletelés) nagyarányú látenciával is számolni kell.

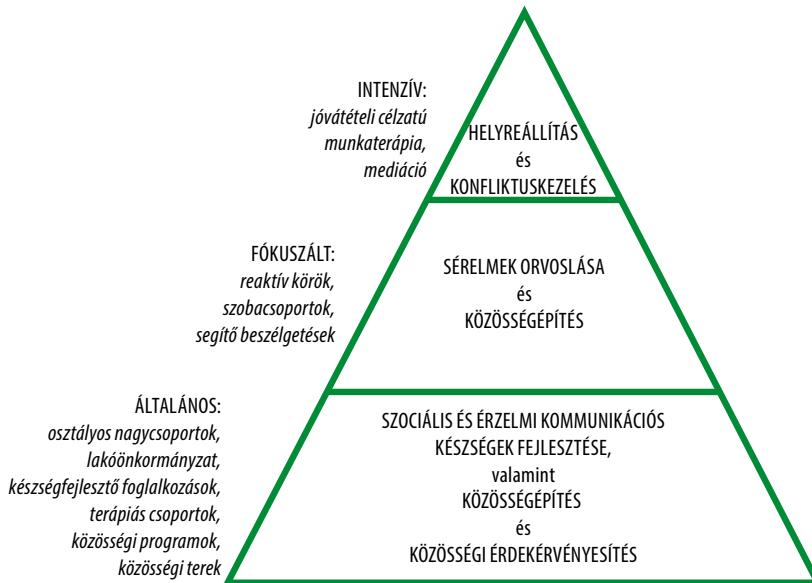
A mintegy 90 oldalas Stratégia célja a normaszegéseket és a konfliktushelyzeteket előidéző okok visszaszorítása (prevenció), hatásaik mérséklése, az áldozattá válás esélyének csökkentése, valamint a közösség (lakók és munkatársak) biztonságának és életminőségének javítása, miközben mindvégig tiszteletben tartja mind a lakók, mind a személyzet emberi jogainak érvényesülését. Fontos alapelv volt, hogy a közösségi konfliktus- és bűnmegelőzés tervezett gyakorlata minden olyan intézkedést magába foglaljon, amelyek végső soron erősítik a közösségi kohéziót is, hiszen „a közösségi bűnmegelőzés azokra a preventív törekvésekre utal, amelyek a közösségi erőforrások felhasználásával és a közösség tagjainak bevonásával fogalmazzák meg helyi szintű válaszokat helyi kriminalitási problémákra” (Borbíró 2016: 830).

Ahogy a lakók diagnosztikai hátterénél láthattuk, közel háromnegyedük alapbetegsége a szkizofrénia formakörhöz tartozik. A mentális zavarok egy jelentős részére, legfőképpen a szkizofréniára jellemző, hogy a beteg én-határai elmosódnak, elcsúsznak, ha pedig a külső környezet sem segít meghatározni azokat, az könnyen a viselkedési és magatartási szabályok áthágásához, normaszegésekhez vezethet. Éppen ezért fontos kiemelni azt, hogy a pszichiátriai betegek számára igen fontos a következetes, világosan rögzített együttélési szabályrendszer. A kognitív működések romlása következtében ugyanis az alkalmazkodóképesség romlik, a változások könnyen egyensúlyvesztést provokálnak, ráadásul a kiszámíthatóság, az események befolyásolhatósága az alapja a kondicionált tanulásnak, a „nevelésnek”. Ez utóbbi igencsak messzire vezet, hiszen éppen az események befolyásolhatósága az egyik sarkköve Aaron Antonovsky ismert „*salutogenezis*” teóriájának,¹¹ tehát nem csoda, ha a pszichiátriai betegek komplex rehabilitációjának, ún. „felépülésének” is ez az egyik alapvető eleme (Antonovsky 1979, 1987).

Az együttélési szabályok rögzítésén túl a Stratégia alapvető célkitűzése az is, hogy az Otthon működésének egészét áthassa a preventív (megelőző) és resztoratív (helyreállító) szemlélet (2. ábra), felváltva, illetve minimális mértékűre szorítva a restriktív (korlátozó, büntető) intézkedéseket. A resztoratív eszközök a problémák és a konfliktusok minden érintett – áldozat, elkövető, lakótársak, személyzet – számára elfogadható, érzelmileg is átélhető, a sértettet és a közösséget egyaránt kárpótló megoldását tartják szem előtt. Ezzel a módszerrel a konfliktus rendezése visszakerül az elkövető, az áldozat és a tágabb értelemben vett közösség kezébe, az érintettek pedig közösségi „bíraskodás” eszközével próbálják visszaállítani, helyreállítani az eredeti állapotot a jóvátétel és a megbocsátás aktusain keresztül (Christie 1977).

¹¹ Nem a patológiás folyamatok keletkezésével, hanem a testi egészség lelki forrásainak vizsgálatával foglalkozik. Antonovszky három lelki tulajdonságról beszélt a salutogenezis leírásakor: megérthetőség (a világ dolgai érthetőek számomra), jelentés és ésszerűség (az érthető és ésszerű dolgoknak jelentése van számomra), kezelhetőség (mivel a dolgok érthetőek, jelentenek számomra valamit, ezért kezelhetőek is). Ennek a három tulajdonságnak a megléte egy új lelki tulajdonság, képesség létrejöttét eredményezi: a koherencia érzését, mely az egészséges pszichét jellemzi.

2. ábra: A resztoratív intézeti szemlélet három szintje



Forrás: Közösségi Konfliktus- és Bünmegelőző Stratégia, Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd.

A fenti ábrán legalul azok a pontok szerepelnek, melyek a közösség – lakók és dolgozók – koherenciáját, a közösség tagjai közötti, hatalmi aszimmetriától mentes asszertív kommunikációt, valamint a lakók érdekérvényesítését biztosítják. Kiemelnénk a közösségi terek fontosságát, hiszen működő közösség(ek)hez működő közösségi terek szükségesek – olyan terek, melyek lehetőséget kínálnak a mindennapi interakciókra. A parkban a padokon ülve a messzeségbe, a társalgóban pihenne a tévé felé néznek, ez pedig egyik sem a pezsgő szociális élet színtere. Ezen kíván változtatni három, részint már lezárult, részint – ahogy arra a későbbiekben még kitérünk – a fenntartó által elutasított vagy nem támogatott projekt is. Az egyik az Otthon büfájének kávéházzá alakítása: igényesen felújított, a lakók által készített képekkel kávéházi hangulatúvá varázsolt belső tér és külső terasz, ahol lehetőség nyílik csészében, sütemény mellett, egymással beszélgetve elfogyasztani a kávé, vagy éppen az alkoholmentes söröket, gyümölcsleveket. A másik projekt egy, a város felé is nyitott, vallásgyakorlásra és meditációra egyaránt alkalmas tér (épület) megépítése, amelybe az Otthon a Budapesti Műszaki Egyetem Középülettervezési Tanszékét és a Nyugat-Magyarországi Egyetem Művészeti Intézet építész szakát vonta be. A harmadik ilyen kezdeményezés pedig egy *ún. gyógyító kert* létrehozása az intézmény központi részén, felkészült táj- és kertépítészek segítségével, amely a legújabb tudományos eredmények felhasználásával javítja a lakók (és a munkatársak) mentális és fizikai állapotát (Veisz–Ilyés 2014). A piramis középső szintjén azok az eszközök foglalnak helyet, melyek

a konfliktusokat még azok eszkalálódása előtt, az osztályokon folyó szakmai munka normál rendjébe tagozódva igyekeznek mederben tartani és feloldani.¹² A legfelső szinten pedig a már kialakult konfliktusokat a resztoratív, kárhelyre-állító szemlélet eszközeivel kezelni igyekvő, a Stratégia által bevezetett jóvátételi célzatú munkaterápia (jellemzően osztályon végzett segítői munka, például huzatolás, takarítás, demens lakók támogatása) és a hozzá szorosan kapcsolódó, a terápiás csoport tagjai (orvosok, terapeuták, kriminológus) által vezetett mediáció foglal helyet.

„A resztoratív technikák (...) a kapcsolatokról, a támogató közösség kiépítéséről kell, hogy szóljanak, melyben a bántó vagy sértő viselkedést nem nézik el, hanem a következmények felvállalását és a változtatást, a jóvátételt és a kapcsolatok helyreállítását segítik elő.” (Negrea 2010: 69)

Ahogy a fenti idézet második felében is olvasható, a resztoratív szemlélet esetében is elkerülhetetlen annak deklarálása, hogy mi a helyes és mi az olyan típusú helytelen viselkedés, amely bizonyos következményeket von maga után. „*A bűncselekmény [az esetünkben normaszegés] elkövetése kötelezettséget keletkeztet a következmények helyreállítására*” (Braithwaite 2005: 283), ezért a resztoratív szemléletnek központi elemei a felelősség- és a kötelezettségvállalás (Kerezi 2006b). Ezek a következmények soha nem megszégyenítő és/vagy stigmatizálóak, azonban alkalmasnak kell lenniük arra, hogy kifejezzék a közösség (beleértve a személyzet és a lakótársak) rosszallását, hiszen ez segíti elő a normaszegő belátását, mely – valamilyen jóvátétel felajánlása és véghezvitele esetén – a jelképes visszafogadás-hoz, azaz az áldozat, a sértett közösség és az elkövető megnyugvásához vezethet. A folyamatnak ráadásul edukatív hatása van a közösségre, a beavatkozás-részvétel-jóvátétel újra és újra megerősíti a papíron, szabályzatban lefektetett közösségi normákat (Braithwaite 1989). Különösképpen fontos mindez akkor, amikor a célcsoport tagjai többségében *én-határ* problémákkal küszködő, *szocializációs gappel* rendelkező, érzelmi és kognitív funkcióikban hátrányt szenvedett pszichiátriai betegek.

A Stratégia törzsanyagát a cselekvési programok jelentik, melyek egyfelől célirányosan igyekeznek beavatkozni a veszélyzónákba és a veszélyeztetettek körébe, másfelől a már megtörtént normaszegések és konfliktusok utókezelését és helyreállítását tűzik ki célul. Ezek a cselekvési programok az alkoholbehozatal és az ittas állapot, az agresszió, a vagyoni elleni cselekmények (lopás, uzsora, üzletelés), valamint az intézeten kívüli normaszegések kezeléséről és megelőzéséről szólnak.

¹² Az ún. *reaktív kör* a resztoratív körmodellek egyik típusa, sok tekintetben hasonlít a már eddig is létező szobacsoportokhoz. Lényege, hogy a résztvevők körben ülnek, melynek szimbolikáját (egyenrangúság, egyenlő távolság a problémáktól, egymásrautaltság) a facilitátor elmagyarázza a csoporttagoknak. Ezután egy „*beszélő bot*” segítségével mindenki megszólalhat, de csak a „*bot*” birtokában, így nincsen lehetőség egymás szavába vágni, mindenki szabadon elmondhatja, amit gondol. A facilitátor segít tematizálni az elhangzottakat, és a beszélgetést egy közös megoldás felé terelni.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a problémák egy jelentős része egyenes következménye annak, hogy döntően az intézményi férőhely kitagolás/kiváltás híján, valamint a jelenlegi jogi és gazdasági szabályozási környezetben és intézményrendszerekben (egészségügyi és szociális) egyelőre nincsen valós esélye a rehabilitációnak. Feltételezhető, hogy a rehabilitációs és integrációs esélyek növelésével, a zárt intézményi jelleg felszámolásával a normaszegéseket és konfliktusokat okozó feszültségek csökkennének – ez azonban olyan mélyreható strukturális reformokat igényel, melynek kialakítása nem lehet ennek az intézményi Stratégiának a feladata.

A beavatkozások egy ún. differenciált reakciórendszerbe tagolódnak, mely az intézet erősségeként meghatározható multiprofesszionalitásra épít. A reakciókat négy csoportba osztottuk, melyek ugyanakkor egymásra épülnek, egymást támogatják: ezek a gyógyító eszközök, a nevelő eszközök, a tüneti kezelések és a terápiás következmények. A *gyógyítás* (pl. szorongás- és feszültségoldó relaxáció, alkoholterápiás részleg, aktív zeneterápiás dobkör) elsősorban a terápiás team (orvosok, pszichológusok, művészetterapeuták, kriminológus, addiktológiai konzultáns), a *nevelés* (pl. edukációs csoportok, konfliktuskezelő csoportok, bűnmegelőzési és vagyonvédelmi csoport, prevenció kampányok, áldozatsegítés) pedig a Mentálhigiénés és a Foglalkoztatási Csoport hatásköre – ez az a két reakció típus, melyek a problémák gyökerét igyekeznek kezelni. A *tüneti kezelések* (pl. biztonsági szolgálat, térfigyelő kamerák, szituatív bűnmegelőzési technikák) az akut helyzetre reagálnak, céljuk a meglévő problémák hatásainak rövid távú enyhítése. A *terápiás következmények* (pl. jóvátételi célzatú munkaterápia, felügyelet melletti csoportos kimenő) a többi intézkedést hivatottak támogatni, és minden esetben a hatályos jogszabályok adta lehetőségeken belül maradnak.

Különös, akár első pillantásra érthetetlen lehet, hogy a Stratégiában ilyen kíméletlen nyíltsággal feltárulkoztunk, még akkor is, ha ez sok szempontból az intézmény egészét és a benne élők és dolgozók döntő többségét is indokolatlanul rossz képben tüntetheti fel. Ugyanakkor egy tudományos igényességgel megfogalmazott stratégia elengedhetetlen előfeltétele a pontos, elfogulatlan és részletekbe menő helyzetelemzés. Furcsának tűnhet az is, hogy a feltárt problémákra nagyon is életszerű, a jelenlegi korlátozott mértékű, vagy csupán kis járulékos „befektetéssel” elérhető erőforrások bevonásával lehet válaszolni, néhol kényszerből kifejezetten innovatív módon. Vagyis a Stratégia minden komoly feszültségforrást kezelni kíván, tudva azonban azt is, hogy az intézmény alapvető sajátosságain és a létfeltételeit meghatározó legfontosabb külső körülményeken (2. táblázat) gyökeresen változtatni belátható időn belül nem lehet. Tehát a Stratégia alapvetően a meglévő erőforrásokra épít és jobb erőforrás-allokációval, a szervezet fejlesztésével, a belső folyamatok átalakításával, továbbképzésekkel és attitűdváltással, nagyobb tudatossággal, az érintettek hangsúlyosabb bevonásával reagál.

2. táblázat: SWOT-elemzés

Erősségek	Gyengeségek	Lehetőségek	Veszélyek
multiprofessionalitás	mamutintézmény, zsúfoltság	hazai és nemzetközi szakmai beágyazottság	bizonytalan jogszabályi háttér
szakmai igényesség	kényszerközösség	nemzetközi elvárások: CRPD, WHO Quality Rights	folyamatos finanszírozási problémák
belső kommunikációs csatornák (teamek)	lakók rossz anyagi helyzete	új tudományos eredmények a pszichiátriában	az intézmény végállomásszerepe
kontrollált közeg	alacsony fizetések		minimális rehabilitációs esélyek
működő mikroközösségek az intézetben	szakemberhiány (szakápolók, orvosok, terapeuták)		határszéli elhelyezkedés
az elhelyezés véglegességéből fakadó idő			magas biztonsági fokozatú pszichiátria hiánya

Forrás: Közösségi Konfliktus- és Bűnmegelőző Stratégia, Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd.

Összegzés és helyzetértékelés

A tanulmányban megpróbáltuk vázlatosan bemutatni a szentgotthárdi Pszichiátriai Betegek Otthonának, ennek az ágazati szempontból stratégiai jelentőségű intézménynek a történetét és fontosabb szakmai jellemzőit a 2010-es évek első felében, valamint néhány kiemelt problémára adott, általunk kidolgozott válaszokat is. Bár meggyőződésünk szerint egy ilyen jellegű intézményben folyó munka megfelelő megítélése személyes tapasztalatszerzés nélkül nem lehetséges, de talán sikerült bemutatni a rendelkezésre álló szűk keretek között az intézményben folyó sokrétű szakmai munka néhány szegmensét.

Az alapvető célkitűzés az volt, hogy a jogi szempontok éppúgy érvényesüljenek az intézet szankcionálási gyakorlatában, mint az orvosszakmaiak, és a két megközelítés eredőjeként egy modern, társadalomtudományi (kriminológiai), orvosi, szociális és jogi kritériumoknak egyaránt megfelelő intézkedéscsomag jöjjön létre, amely szakszerűen és hatékonyan képes kezelni az intézet mindennapjaiban tapasztalt normaszegő cselekvéseket.

Ez a Stratégia egy közel másfél éves műhelymunka keretében született meg, melyből fakad a Stratégia „közösségi” jellege: egyszerre épít a multiprofessionalitásra és a lakóközösségre, az alkotó és döntéshozatali folyamatban ugyanis minden érintett szereplő számára lehetőség nyílt véleménye kinyilvánítására és a készülő

Stratégia aktív formálására. A Stratégia elkészítésének teljes folyamatába bevon-
tuk dr. Gönczöl Katalin professzor asszonyt, aki külső konzulensként és mentor-
ként támogatta az előkészítést végző szakmai csapatot.¹³

Ugyanakkor számos olyan tényező is hátráltatta a munkát, amelyeket szeret-
nénk röviden felvázolni, hiszen ezek egyszerre nyújtanak látéleletet a szociális el-
látórendszert jelenleg jellemző viszonyokról, és veszélyeztetik a program jövőbeli
megvalósíthatóságát. A szociális szférában 2012-ben lezajlott államosítás követ-
keztében a szentgotthárdi pszichiátriai betegotthon fenntartója a fővárosi önkor-
mányzat helyett 2013. január 1-jétől az Emberi Erőforrások Minisztériuma alá
tartozó Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SzGyF) lett. Ettől kezdve,
jelentősen csorbult az intézményben folyó munka szakmai és gazdasági önállósá-
ga. Sajnos a mi eddigi (esetleg izolált) sajátos tapasztalataink azt mutatják, hogy
az SzGyF (illetve közvetetten az állam) elsődleges feladatának nem feltétlenül
a fennhatósága alá tartozó szociális intézmények szakmai támogatását és fejlesz-
tését, a bennük élő emberek életminőségének javítását tekinti, hanem tevékenység-
gét elsősorban a szűklátókörűen értelmezett költséghatékonysági szempontok és
költségvetési források folyamatos szűkítése jellemzi.

2015 májusában a Stratégia szövegének első (béta) változatát véleményezésre
elküldtük az SzGyF főigazgatóságára, ahonnan jó néhány hónappal később egy
olyan válaszlevelet kaptunk, melyben alap- és ellátotti jogokra, a korlátozó intéz-
kedések alkalmazásának szabályaira, valamint bővebben nem részletezett szak-
mai szempontokra hivatkozva nem javasolják a Stratégia bevezetését. A konkrétumok
egyáltalán nem tartalmazó válaszukban így fogalmaztak:

„A dokumentumban [Stratégiában] felvázolt és részletes adatokkal alá-
támasztott információk arra engednek következtetni, hogy a kialakult
helyzetet jelenleg nem tudják/nem képesek kezelni az intézmény dolgozói.
A dokumentum orvosi szemléletű, a szociális munka céljai és az arra épít-
endő technikák és professzionális munka nem jelenik meg benne. (...) Az
empatikus és a kizárólagosan szakmai szempontokat javaslom előtérbe
helyezni, valamint az intézmény jellegének, elsődlegesen pszichiátriai be-
tegeknek megfelelő multidiszciplináris munkára épülő szemléletet vinni
a gyakorlati munkába.”

Nem sokkal később az Intézmény vezetése csaknem 20 oldalas válaszlévél-
ben reagált, abban a hazai és nemzetközi orvosi, pszichológiai és kriminológiai
tudományos irodalomra bőségesen hivatkozó szakvéleményekkel érvelve. A jogi
kifogásokra pedig kivétel nélkül megfelelő módosításokat tartalmazott a válasz.
Erre azonban újabb, akár elutasító, akár támogató reakció már nem érkezett.

¹³ A hetente összeülő szakmai csapat (operatív team) tagjai voltak az orvosok, a terapeuták, a mentál-
higiénés és a foglalkoztatási csoport vezetői, a főnővér és a helyettesei, az intézményvezető és helyettese,
valamint a lakóönkormányzat által delegált két lakó. A Stratégiát több körben megvitatta és elfogadta
a Lakóönkormányzat és az Érdekképviseleti Fórum.

A Stratégia végül – újabb széles körű szakmai egyeztetéseket követően¹⁴ – 2016 tavaszán az új Házirend fenntartói jóváhagyása után, annak hivatkozott mellékleteként hatályba lépett, és megkezdődött az alkalmazása. Teljes körű megvalósítása azonban alighanem csupán álom marad, ugyanis az SzGyF-től egyetlen pénzügyi forrást igénylő cselekvési programjára sem kapott az intézmény támogatást. Így többek között a Stratégia kulcsfontosságú elemének, az alkoholerápiás részlegnek a kialakítására sem. Meg kell jegyeznünk, hogy eközben az új fenntartó egyre több szenvedélybetegséggel (is) diagnosztizált ellátott intézményi felvételét kezdeményezte, azonban a megfelelő szintű szakmai ellátásukhoz szükséges feltételeket továbbra sem biztosítja.

A fenntartói hozzáállást talán mindennél jobban illusztrálja a szintén a Stratégia részét képező, a város felé is nyitott, vallásgyakorlásra és lelki elmélyülésre egyaránt alkalmas ökumenikus kápolna, meditációs tér (épület) megépítésének egyelőre hamvába holtnak tűnő kísérlete. A projektbe a Budapesti Műszaki Egyetem Középülettervezési Tanszékét és a Nyugat-Magyarországi Egyetem Alkalmazott Művészeti Intézet építész szakát vonta be az intézmény vezetése, az egyetemi hallgatók által a pályázatra készített tervek közül a győztest szakmai zsűri választotta ki, a kivitelezés pedig építőtábor keretében valósult volna meg. A pályázati kiírás a helyi építészeti hagyományok megőrzésén túlmenően figyelemmel volt arra is, hogy az építőanyagok helyben könnyen és olcsón beszerezhetőek legyenek, az építési technológia pedig ne igényeljen jelentős gépi erőt. Bár a város és a különböző felekezetek kifejezetten támogatták a projektet, az SzGyF sajnos erre a kezdeményezésre sem reagált támogatólag.

Ahogy azt a 2. táblázatban jelzi, komoly probléma az egyre súlyosbodó szakemberhiány, ami alapjaiban teszi lehetetlenné a Stratégiában foglaltak maradéktalan megvalósítását. Az egészségügy és a szociális szféra bérszínvonala közti növekvő különbség következtében a pszichiátriai szakápolók egy része a kórházi osztályokon vállal inkább munkát, másik részük pedig vagy a helyi autógyárba, vagy Ausztriába jár át dolgozni. A szociális szférában – szemben az államosított megelőző, önkormányzati fenntartású helyzettel – jelenleg sem jutalmat, sem 13. havi bért, sem béren kívüli juttatásokat, sem üdülési támogatást nem biztosíthat a munkáltató a munkavállalóknak, így az intézményvezető kezében lényegében semmilyen differenciáló, maradásra ösztönző eszköz nem maradt. Kivételesen szerencsés időszaknak mondható az, hogy az elmúlt években Szentgotthárdon egy főállású és három részállású pszichiáter, négy pszichológus, egy addiktológiai konzultáns, három művészetterapeuta, egy kriminológus, egy kardiológus-belgyógyász, egy házi- és egy üzemorvos, továbbá egy gyógytornász dolgozhatott

¹⁴ Ezek közül kiemelkedően fontos volt a módszertani tevékenységünk keretében 2015 novemberében Szentgotthárdon szervezett kerekasztal-beszélgetés, amelyen az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, az EMMI és az SzGyF szakfőosztályai, a Magyar Pszichiátriai Társaság Elnöksége, az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája, valamint az Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Pszichiátriai Tagozata képviselői és szakértői vettek részt nagyszámú dunántúli intézményekből jött szakember mellett.

együtt az intézet Terápiás Csoportjában. Mára a létszám megfeleződött – a tanulmány megírásakor például már csak egy részállású, mindössze néhány órában dolgozó pszichiáter maradt az EU legnagyobb pszichiátriai intézményében (!), miközben többen jelentkeztek a meghirdetett állásra, a fenntartó azonban eddig nem tudott megegyezni a pályázókkal –, és ebben a csekély javadalmazás mellett az anyagi és szakmai elismerés, valamint a szakmai perspektíva hiánya is komoly szerepet játszott.

* * *

Biztosak vagyunk abban, hogy azok a problémák, amelyekkel a mindennapok során az intézményben szembesültünk, nem egyediek, hanem a többi hasonlóan nagy létszámú bentlakásos intézményben is nagy valószínűséggel előfordulnak – legfeljebb nem szerzünk róluk tudomást. Ezért reményeink szerint azok az erőfeszítések, amelyekkel rendszerezetten tettünk kísérletet ezekre a problémákra valóban működő megoldásokat találni, a jövőben talán más intézményekben is hasznosíthatóak lehetnek. Úgy véljük, hogy célszerű lenne módot találni a szélesebb szakmai közösségben a gyakorlatban végrehajtható és a jogszabályokkal harmonizáló megoldások közös kidolgozására.

Végezetül szeretnénk újfent jelezni, hogy az intézményben is tapasztalható problémák döntő többségének megoldása, illetve megelőzése az intézményi hatáskörön kívül esik. Bizonyosak vagyunk abban, hogy ezek csupán a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek tartós gondozására hivatott egészségügyi, szociális és foglalkoztatási intézményrendszerek struktúrájának, szabályozásának, finanszírozásának és működésének megfelelő korszerűsítésével és tudatos összehangolásával, valamint a gondozásukra hivatott humán infrastruktúra mennyiségi és minőségi fejlesztésével, az érintett szakemberek képzésének és továbbképzésének, együttműködésének fokozott és célzott támogatásával érhetőek el (Szentés-Kapócs-Kurimay 2013).

Irodalom¹⁵

- Antonovsky, Aaron (1979): *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bacsák Dániel (2016): Kényszergyógykezeltek utógondozása – Jó gyakorlat egy bentlakásos pszichiátriai intézetben. *Börtönügyi Szemle*, 2016; 35 (4), 95–104.
- Bakonyi Péter (1983): *Téboly, terápia, stigma*. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó.

¹⁵ A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének időpontja a kézirat lezárásának dátuma: 2017. 02. 07.

- Bányai Borbála – Légmán Anna (2009): *Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben*. Budapest: Magyar Szociológiai Társaság. http://www.szociologia.hu/dynamic/BanyaiB_LegmanA_MSZT_konf_2009_tanulmany.doc
- Benedek István (1974): *Aranyketrec*. Egy elmeosztály élete. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.
- Borbíró Andrea (2016): Bűnmegelőzés. In Borbíró Andrea – Gönczöl Katalin – Kerezi Klára – Lévay Miklós (szerk.): *Kriminológia*. Budapest: Wolters Kluwer, 815–843.
- Buda Béla (2011): *Az elme gyógyítása*. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Budapest: Háttér Kiadó. <http://www.hatterkiado.hu/sites/default/files/olvass-bele/az-elme-gyogytasa.pdf>
- Braithwaite, John (1989): *Crime, shame and reintegration*. Cambridge, USA: Cambridge University Press.
- Braithwaite, John (2005): Between Proportionality & Impunity: Confrontation Truth Prevention. Sutherland Award Presentation to American Society of Criminology Meeting. Nashville, November 2004. *Criminology*, 43 (2), 283–306.
- Christie, Nils (1977): Conflicts as Property. *British Journal of Criminology*, 17 (1), 1–15.
- Hajnóczy Péter (2013): *Jelentések a sülyesztöböl*. Az elkülönítő és más írások. Budapest: Magvető Kiadó.
- Hollós István (1990 [1927]): *Búcsúm a Sárga Háztól*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó.
- Kerezi Klára (2006a): A karrier-bűnözés, karrier-bűnözők, bűnözői karrier. In Gönczöl Katalin – Kerezi Klára – Korinek László – Lévay Miklós (szerk.): *Kriminológia – Szakkriminológia*. Budapest: Complex Kiadó, 559–578.
- Kerezi Klára (2006b): A közösségben végrehajtott büntetések; a helyreállító igazságszolgáltatás. In Gönczöl Katalin – Kerezi Klára – Korinek László – Lévay Miklós (szerk.): *Kriminológia – Szakkriminológia*. Budapest: Complex Kiadó, 667–685.
- Negrea Vídia (2010) Konfliktuskezelés és közösségépítés resztoratív gyakorlatokkal. In Ambrózy Éva et al.: *Kölcsönhatások – Az iskolai agresszió megelőzésének és kezelésének többszempontú megközelítése*. Budapest, MFPI, 69–82.
- Porter, Roy (2003): *A téboly*. A boszorkányperektől a pszichoterápiáig. Budapest: Magyar Világ Kiadó.
- Szentes Tamás – Kapócs Gábor – Kurimay Tamás (2013): Krónikus pszichiátriai betegek ellátása az egészségügyi és szociális ellátórendszerben: vitaindító. *Lege Artis Medicinae (LAM)*, 2013; 23(1): 47–51. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/kronikus_pszichiatriai_betegek_ellatasa_az_egeszsegugyi_es_szocialis_ellatorendszerben-10575.pdf
- Tringer László (2010): *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó – Multimédia Stúdió.

Veisz Adrienn – Illyés Zsuzsa (2014): *A gyógyító környezet: A pszichiátriai intézmények fejlesztésének tájépitészeti vonatkozásai. Lege Artis Medicinae (LAM)*, 24 (4), 205–210. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_gyogyito_kornyezet_a_pszichiatrai_intezmenyektek_fejlesztesenek_tajepiteszeti_vonatkozasai-12310.pdf

Jogszabályok és ombudsmani jelentések

1993. évi III. tv. (Szociális törvény) https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV

1997. évi CLIV. tv. (Egészségügyi törvény) https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV

60/2004. ESzCsM rendelet. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0400060.ESC

AJB-4464/2014.

AJB-672/2011

AJB-228/2010

A tanulmányban hivatkozott Főnix-Programot és a Közösségi Konfliktus- és Bűnmegelőző Stratégiát a szerzők e-mailben minden érdeklődőnek rendelkezésére bocsátják.