

*Utánkövető vizsgálat az
Ellátottak Emberi Jogai a pszichiátriai
betegotthonokban
című 2001-es tanulmány alapján*

ELEMZÉS

2008



BEVEZETŐ

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum 2001-ben az országban első pszichiátriai érdekvédelmi szervezetként meglátogatta az összes pszichiátriai betegotthont. Akkoriban ez még viszonylag forradalminak számított, de szinte minden intézmény vezetője előbb-utóbb együttműködő volt.

Sikerült közös céljainkat megfogalmazni. Az eltelt időszakban hazánk EU-tagország lett és úgy gondoltuk, 7-8 év elegendő idő arra, hogy pozitív változások történhessenek, de arra is, hogy már érdemes legyen egy-egy intézménybe visszatérni.

Ezúttal nem látogattunk meg minden otthont, de sajátos szempontok, pl. a korábbi adatok tanulmányozása, régiók, létszám stb. alapján mégis sikerült egy exkluzív mintán az utánkövetést elvégeznünk. A kérdések egy része az eltelt időszak változásai miatt kikerült a monitorozásból, néhány új, pedig bekerült. Ezúttal nem kifejezett tanulmány készült, de valami ahhoz hasonló.

Mint minden hasonló esetben, most is elsődleges célunk volt, hogy a szakma és a döntéshozók számára felmutassuk monitorozásunk eredményeit, egyúttal javaslatot is téve nekik. Természetes, hogy a szolgáltatásokat igénybevevők számára is minél szélesebb körben hozzáférhetővé tesszük a kiadványt és minden pszichiátriai betegotthon vezetőjének is küldünk, utóbbiaknak ezúton is köszönetet mondva együttműködésükért.

A kiadvány és a munka elvégzésében az Open Society Institute és a Nemzeti Civil Alapprogram volt segítségünkre.

Reméljük, hogy akikhez eljut anyagunk, ugyanolyan lelkesen fogják a benne lévő információkat hasznosítani, kezelni, mint amilyen a PÉF munkatársai a monitorozáshoz hozzáálltak és a kiadvány elkészítését végezték.

Budapest, 2007-2009. március

Gyere át a hídon /Bársony Attila/

*Élsz velem, itt élsz velem, észre sem veszed már,
mennek az évek, s fal felé fordul a vágy.*

*A szó mögött, csak szóközök, és súlytalan üres tér.
Valami eltűnt, s van ami elbűlt, de él.
Őriz a téltől, ne félj!*

*Gyere át a hídon értem, csak a túlsó parton éltem még.
Hideg a hajnal rég.
Gyere át a másik partról, amikor majd szívbe markol a múlt,
s rájössz nincs kiút, a hídon át visz az út.*

*Félsz nagyon, hogy nem tudom: hogy félnünk kellene rég,
szökök az élet, s fiadnak nincs múltja még.*

*De él velem, még él velem, egy képzelt álmodott kép,
fakul a színe, s ha szorul a szíved ne nézd,
de tedd föl az ágyad fölé.*

*Gyere át a hídon értem, csak a túlsó parton éltem még.
Hideg a hajnal rég.
Gyere át a másik partról, amikor majd szívbe markol a múlt.
Amikor érzed már: hiányom vétlen súlyát.
Gyere a túlpartról át!
Ne várj!*

*Gyere át a hídon értem, csak a túlsó parton éltem még.
Hideg a hajnal rég.
Gyere át a másik partról, amikor majd szívbe markol a múlt,
s rájössz nincs kiút, csak a hídon át visz az út.
Gyere át a hídon értem, csak a túlsó parton éltem még.
Hideg a hajnal rég.
Gyere át a másik partról, amikor majd szívbe markol a múlt,
s rájössz nincs kiút, a hídon át visz az út.*

Bársony - Hatos, Orbán

Az utánkövető vizsgálatban közreműködők:

Látogatások-monitorozások (a leadott monitorlapok alapján):

Borbély Andrea
Cseh József
Keller Bálintné
Kis-Kopárdi Csaba
Novák Ádám
Szőke Zsolt

Adminisztráció-logisztika-szervezés: Andor Erika Alexandra

Szerkesztő: Radó Iván

Felelős kiadó: Radó Iván a PÉF elnöke

Szakértők: Seress Attila, dr. Rácz József

Nyomdai munkák: Variopress Kft.

Fordítás:

Külön köszönetet mondunk Seress Attila okl. szociális munkás, gyógyító nevelő, nagyívű elemzéséért és Dr. Rácz József pszichiáter, egyetemi magántanár, a MTA Pszichológiai Kutatóintézet tudományos főmunkatársa, tanszékvezető, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ vezetője szakmai munkájáért, melyekkel e kiadvány megírásához, megjelenéséhez hozzájárultak.

Köszönjük az együttműködő intézmények vezetőinek és köszönet minden munkatársnak, akik segítettek az elemzés elkészítésében. Köszönjük a sorstársaknak. Jó tudni, hogy a mai világban is jut idő azokra, akikre senki másnak nem jut ideje. Ez híd, méghozzá a segítők és az elesettek között. Igaz, hogy többnyire a segítők is elesettek...Ha pedig híd, ne feledjük, hogy azon mindkét irányba van út. Azon vagyunk, hogy főleg az egyik irányban nagyobb eséllyel lehessen közlekedni...

A kiindulás alapjai

A PÉF 2001-es vizsgálatának utánkövetéses adatfelvételében 109 kérdésre kapott válaszokat 14 intézmény életéről. A kérdéseket és válaszokat 2 témakör mentén különítettük el, ezek:

1. szociális igazgatási kérdések, az intézmények betegotthoni jellegéből fakadóan
2. személyiségi jogi kérdések, a pszichiátriai sérülés különös kérdései, panasz és tájékoztatás kérdései.

Az 1993. évi III. tv a szociális igazgatásról és a kapcsolódó rendeletek szabályozzák egy betegotthon működését és a működést szociális igazgatási kérdésként kezeli, így rendel az ellátás költségeihez megfelelő pénzt. A betegotthonok éves pénzbeli költségvetését államigazgatási szinten hazánk éves költségvetésében összesítik. Ez a szemlélet a betegotthonokat egy kicsi „állam”-nak, egy mikro társadalomnak tekinti, és így a betegotthonok szociális igazgatása hasonló mintákat követ, mint ahogy az államot működtetik. A szociális igazgatási törvény mintegy leképezi az államigazgatási eljárásokat, így teremt rendet a szociális intézmények működésében, amit számos demokratikus garanciával egészít ki. Ezek a demokratikus garanciák esetünkben a következő szociális jogi intézmények és azok eljárásai, utalásszerűen:

- a. lakóönkormányzat,
- b. házirend,
- c. szervezeti és működési szabályzat,
- d. ellátottjogi képviselő,
- e. érdekképviselői fórum,
- f. lakógyűlés,
- g. intézményi működés, gazdálkodás,
- h. feladat- és hatáskör szabályzatok.

I. fejezet

Lakóönkormányzat és érdekképviselői fórum

I/a.

A monitorozás adataiból megállapítható, hogy a vizsgált 14 intézmény közül 8 intézményben van működő lakóönkormányzat és 10 intézményben van érdekképviselői fórum. Az adataink arra utalnak, hogy ugyan mindegyik intézményben található érdekképviselői fórum, ám az adatokban fellelhető belső ellentmondások miatt 10 intézményben működik ez a szociális szerv. Ha összehasonlítjuk a lakóönkormányzatokra adott válaszokat és az érdekképviselői fórumra adott válaszokat, akkor szembetűnik, hogy a válaszadók láthatóan tudják, mit is értsenek érdekképviselői fórumon, azt tartalommal töltötten látják, míg a lakóönkormányzatokra irányuló kérdésekre formális, sokszor megfelelő tartalom nélküli válaszokat adnak. Ez a következőkre utal: a betegotthonok lakóinak fontos kérdés, hogyan is oldják meg érdekeik kijárását, asszertív magatartásuk sikerének egyik intézményes garanciáját látják az érdekképviselői fórum működésében, ettől várják érdekeik kijárásának sikerét. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy mivel az érdekképviselői fórumok működtetésétől nincs mód eltekinteni, azok sok esetben merően formálisan működnek, ha egyáltalán működhetnek, legalább az önállóság látszatát keltve.

Ha e tekintetben a szociális igazgatási feladat- és hatáskörrel megbízott intézményi igazgató részvételére kérdezzük rá, szembetűnik, hogy míg a lakóönkormányzat működésében kevésbé látható a kapcsolat az igazgatóval, addig az érdekképviselői fórum ülésein az intézmény vezetése mind a 10 intézmény esetében részt vesz, úgymint:

- ügyvezető,
- részlegvezető,
- gondnok,
- főnövér,
- ellátottjogi képviselő,
- élelmezésvezető,
- gazdasági vezető,
- PÉF képviselője,
- meghívott vendégek.

A lakóönkormányzat ülésein résztvevők listája:

- lakóönkormányzati vezetők és tagok,
- polgármester (ez az elnevezés ritka és jelzi a megbecsültség szintjét),
- lakóönkormányzati elnök által meghívott dolgozó és külső vendégek,
- igazgató,
- főnövér.

I/b

A lakók hatalommal való felruházásának technikáját, illetve saját sorsuk feletti érvényes rendelkezésük kérdéseit a szociális igazgatási törvény elsősorban magának a szociális intézménynek a működtetésében valósítja meg a lakók szociális ellátásában. Ugyanakkor a lakók, ellátottak maguk is egy önálló viszonyt alakíthatnak ki saját ellátásukhoz, magához a javukra működtetett szociális igazgatási eljárásokhoz. A szociális törvénykezés ezt megengedi, az adott intézményekben a lakógyűlés, lakóönkormányzat és érdekképviselői fórum erre esélyt ad. A lakógyűlés során mindenki együtt van, nyíltan nyilvánulhatnak meg a lakók és dolgozók, ez olyan, mint egy népgyűlés, egy tömegrendezvény, a lakóönkormányzat a lakók önrendelkezésének, önálló akaratának eszköze és az érdekképviselői fórum a lakók és a szociális igazgatási dolgozók közös ügyeinek egyeztetési fóruma. Ha visszatekintünk a PÉF 2001-es jelentésére és annak adatait összevetjük a 2008-as monitor adataival, akkor a következő megállapításra juthatunk:

Míg különös hangsúlyt kapott a PÉF 2001-es jelentésében a „hálóság” embertelen és emberiség ellenes gyakorlata, addig a 2008-as monitorból látható, hogy sorra jöttek létre az érdekképviselői fórumok (azóta a hálóságokat betiltották).

Az adatot közlő 10 intézmény közül 2 esetben az 1990-es években, 2000-tól 2002-ig 8 esetben a PÉF emberi jogi vizsgálata idejében, vagy utána jöttek létre az érdekképviselői fórumok. A lakóönkormányzatok 2 esetben az 1990-es években, a PÉF vizsgálata idejében, vagy utána 2000-2005-ig 6 esetben.

Így tehát az érdekképviselői fórumok létrejöttét, létét és működését szoros korrelációban láthatjuk a PÉF emberi jogi vizsgálatával és az eredményének közzétételével. Talán nem túlzás azt állítani, hogy a PÉF anyapáholyából születtek meg a hálóságyak eltűnése után az intézményi érdekképviselői fórumok.

Ha tehát azt kérdeznénk meg, vajon országos szinten mi köti össze az intézmények érdekképviselői fórumait, akkor a PÉF-et kell megnevezni, de a monitor adataiból nem tűnik ki országos együttműködés az egyes intézmények érdekképviselői fórumai között. Ennek okát abban kell megjelölni, hogy a „hálóságy korszak” utáni 7 éves időciklusban teljesedett ki egy tanulási folyamat, ami a pszichiátriai betegek érdekérvényesítő magatartásának sikereként a monitorban vizsgált 14 intézmény közül 10 működő érdekképviselői fórumot adott. Erre országos szintű találkozók adhatnak lehetőséget, ilyenre már több esetben volt is példa, de ehhez a PÉF-nek külön forrást kellett találnia.

A szociális igazgatási területen hiányzik az egyes érdekképviselői fórumok országos integrációjának elősegítése és a pszichiátriai betegek esélyegyenlőségének elismerése. Az Európai Unió két fontos elve, a szolidaritás és esélyegyenlőség elvének sérelmét -és ezzel összefüggésben alkotmányossági aggályokat- kell véleményezni abban, hogy a lakóönkormányzatok létrejöttének gyakorisága alulmarad az érdekképviselői fórumokhoz képest és működésük sokszor formális és a szociális szakmában ismeretes empowerment (hatalommal felruházás) szociális igazgatási technikák országos szinten hiányoznak.

Az esélyegyenlőségi sérelmek lényegét a következőkkel okolhatjuk meg. Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a 2007. évi XCII. törvény (a fogyatékkal élők konvenciója) ellentmondásban vannak és az 1998. évi esélyegyenlőségi törvény nem fogadta be kebelébe a pszichiátriai sérültek pszichoszociális fogyatékosági típusát, holott a látássérültek, mozgássérültek, értelmi ápolásra szorulóak, autisztikus személyek, siketek és halmozott fogyatékkal élők szociális igazgatási területen rehabilitációra, önrendelkezésre és antidiszkriminációs védelemre jogosultak, de a pszichiátriai sérültek nem, vagy nem az előbbiekkal egyenlő mértékben. Hogyan is működhetnének a lakóönkormányzatok, ha nincs esélyegyenlőség ezen a területen, mert maga az esélyegyenlőségi jog kizárja saját kebeléből a pszichiátriai sérülteket?

A lakóönkormányzatok működésének hiányosságai és az intézményi érdekképviselői fórumok országos integrációjának hiányossága az ép és a sérült emberek társadalmi együttműködési mintájának Janus-arcú tulajdonsága miatt és az alkotmányossági norma-sérelmek miatt érthetőek meg. Ha ugyanis azt mondjuk, hogy a pszichiátriai betegek sérülései és szenvedései hasonlóak, mint a vakoké, mozgássérülteké, értelmi-lelki ápolásra szorulóké, siketeké és autisztikus személyeké és a halmozott fogyatékkal élőké és ha azt mondjuk, hogy hazánkban és Európában befogadott norma, hogy a vakokat kísérik és nekik felolvasnak és kérésükre leírják szavaikat, a mozgáskorlátozott embertársaink javára akadálymentesítési törvényeket alkotunk, a villamosokat akadálymentesítjük, nos, akkor ebben az épek és sérültek együttműködésének elvét láthatjuk, ami kiegészíti a szolidaritás és esélyegyenlőség elvét, de ezt másképp látjuk visszaköszönni a pszichiátriai sérültek életében. Ha ugyanis a pszichiátriai sérültek éppen betegségük folytán nem képesek önrendelkezésre, nem képesek a monitor adatai szerint lakóönkormányzatokat tartalommal és étellel megtölteni, akkor alkotmányossági aggályokat láthatunk abban, hogy a szociális igazgatási törvény és az esélyegyenlőségi törvény súlyos ellentmondásban áll a fogyatékkal élők konvenciójával. Ha a szociális ellátásban a pszichiátriai betegek önrendelkezési képességeit a szociális és esélyegyenlőségi jog nem támogatja empowerment technikákkal, akkor nem várható el, hogy elterjedjenek a betegothonokban az élő működésű lakóönkormányzatok, sem nem várható, hogy a betegothonok érdekképviselői fórumai országos egyesülésben és más fogyatékosági típusokkal közösen fellépve fejezzék ki önmagukat és sajátos érdekeiket.

A fentiek jelentőségét az adja, hogy a terrorizmus elleni világharc idején a társadalomra nem veszélyes pszichiátriai betegek sajátos önrendelkezésük alapján egy hozzáadott értéket nyújthassanak társadalmi életünkhöz, ami csak országos szintre emelkedett és a hazai esélyegyenlőségi jogba befogadott norma esetén lehet reális. A monitor adataiból következtethető, hogy a pszichiátriai betegek art brut alkotásai, civil egyesületi életi életmegnyilvánulásait nem támogatják a lakóönkormányzatok, pályázatot csak a PÉF írt ki.

I/c.

Házirend és szervezeti működési szabályzat a lakóönkormányzatok és érdekképviselői fórumok életében

A monitor adatai szerint a betegotthonok házirendje rendelkezik a lakóönkormányzatok és érdekképviselői fórumokra vonatkozó szabályozással. Ugyanakkor nem az intézmény szervezeti és működési szabályzata kell, hogy szabályozza e két demokratikus szerv belső működését, hanem ezen két szerv megalkothatja a maga saját szervezeti és működési szabályzatát, amihez az intézmény rendje kell, hogy alkalmazkodjon.

A lakók pénz- és vagyonkezelési ügyeiben, munkaterápiás és munkavégzési ügyeiben, egészségi ügyeiben, ételmezési, véleménynyilvánítási, magánéleti és hitéleti ügyeiben, a pihenő időben, látogatók fogadásában, valamint az információs önrendelkezésben, a személyes adatok védelme a közérdekű adatok nyilvánossága, a kényszerítő intézkedések tekintetében, a panasz eljárások tekintetében, fegyelmi ügyekben, az intézmény elhagyásának ügyeiben a dolgozók és a lakók együttműködésének normáját kell alapul venni.

Természetesen nem azon múlik a dolog, hogy az intézmény házirendje és szervezeti és működési szabályzata rendelkezik-e a lakóönkormányzatok és érdekképviselői fórumok rendjéről, vagy azok a maguk autonóm, belső szabályait alkotják-e meg. Sokszor egy tucat aktív emberen múlik a közügyek intézése, függetlenül a közügyeket aktívan intéző személyeket kötő bürokratikus szabályozástól. Ugyanakkor azonban a választási demokrácia és a bizottsági és tanácsrendszer a pszichiátriai betegek otthonaiban megfelelő harmóniában és arányban kell álljon egymáshoz képest. Amint a monitor adataiból kiderült,

- a lakóönkormányzatok 3-30 fős létszámúak, munkáját 1-13 fő segíti,
- az érdekképviselői fórum 5-16 fős létszámú.

Így 10-20 fős aktív csoportról beszélhetünk egy-egy intézmény esetében.

A házirend és a szervezeti és működési szabályzat, a választás módja ezt a 10-20 fős csoportot kell támogassa munkájában és ez a 10-20 fős csoport kell támogassa a szociális igazgatási feladatokat.

I/d.

Bizottságok, tisztségek és választásuk a lakóönkormányzatokban és érdekképviselői fórumban - adatok

A lakóönkormányzatok választása:

- javaslattal,
- titkos szavazással,
- bizottsági javaslat alapján,
- többségi elvvel történik.

Az érdekvédelmi fórum választása:

- fenntartói delegálás,
- kijelölt tagok,
- ajánlás,
- felkérés,
- titkos szavazás,
- lakógyűlésen,
- hozzátartozó.

Üléseit

- havonta,
- negyedévenként,
- félévenként,
- szükség szerint tartja.

- havonta,
- negyedévenként,
- félévente,
- panasz esetén tartja.

Belső szervei, bizottságai, tisztségei, felelősei:

- vezető,
- foglalkozási,
- munkaügyi,
- etikai,
- sport.
- ételmezési,
- ellátási,
- lakóbizottság,
- befogadó-támogató bizottság.

Résztvevők:

- vezető,
- tagok,
- polgármester,
- dolgozó,
- szükség esetén igazgató, főnövér, részlegvezető,
- panaszos,
- meghívottak.
- ügyvezető,
- gondnok, főnövér, élelmezés vezető,
- ellátottjogi képviselő,
- igazgató,
- hozzátartozó,
- tagok,
- meghívottak.

I/e

A lakóönkormányzatok és az érdekképviselői fórum feladat- és hatásköre

Amint a fentiekben szó volt róla, a lakóönkormányzat a szociális igazgatási körben kapott ellátásuktól és magától a szociális igazgatási feladat és hatáskörtől függetlenül az önrendelkezés társadalmi szerve és ennek demokratikus garanciája, míg az érdekképviselői fórum a lakói és intézményi, igazgatási érdekek egyeztetésének fóruma és a lakógyűlés minden érintett találkozási alkalmá, egyfajta népgyűlés, ami mint legfelső fórum minden kérdésben a szólás és vélemények szabadságával fejezi ki a szociális intézmény sajátos létét.

A monitor adatai a következők:

Lakóönkormányzat:

- felmerülő problémák megoldása,
- problémagyűjtés,
- problémák továbbítása más szervezeteknek,
- lakók érdekeinek képviselete,
- véleményezés, javaslattétel,
- ötletbörze.

Érdekképviselői fórum:

- szabályzat,
- térítési díj,
- gazdálkodási ügyek véleményezése,
- problémamegoldás,
- jelek észlelése,
- panaszügyek elbírálása,
- lakók érdekvédelme,
- személyiségi jogok védelme,
- tulajdon jogi védelem,
- lakók jogainak betartatása.

A korábban már érintett hatalommal felruházás (empowerment) témáját kell alaposabban e helyen kifejteni. Amint látható az idézett adatokból, a PÉF kérdéseire adott válaszok összekeverik a két szerv feladat- és hatáskörét, a lakóönkormányzatokra jött hiányos és nehezen értékelhető válaszok a lakóönkormányzatok valódi hatalommal bíró működésének hiányára utalnak. Ugyanakkor láthatóan sikeres a már 7 éves tanulási folyamat, ami a PÉF 2001-es vizsgálati jelentése óta eltelt idő fő hangsúlyát jelzi. Valójában a csírájában lévő lakóönkormányzati élet egyelőre az intézmény gyámsága és az érdekvédelmi funkció között van. Art brut kiállítás, intézetek közötti információ áramlás, pályázatok, új lakók beilleszkedési programja, rehabilitációs öntevékeny szerveződés, igazgató elleni panaszügyek, igazgató előléptetési véleményezése, lakóotthoni kiszervezés, intézeti fenntartási formaváltás (pl. költségvetési intézményből kht-vá válás), paragon heverő földterület hasznosítás, kertészkedés és sok más téma felvétele a lakóönkormányzat feladat- és hatáskörében adhat esélyt sok lakónak, hogy megérezze, egy jól működő szociális intézményben még nő is az önmaga feletti hatalma, ha a lakóönkormányzatban vállal szerepet.

Az adatokból valószínűsíthető, hogy a pszichiátriai betegség megközelítésének orvosi modellje az uralkodó a betegotthonokban és a pszichoszociális megközelítés még nem változtatta meg a rendszert. A szociális igazgatási törvény szociális gondoskodást biztosító rendelkezései alapvetően nem egészségügyi rendelkezések és alapvetően nem is az egészségügyi ellátás színtere egy „szociális otthon”. Amint a PÉF 2001-es jelentése is kitért rá a hálóságok témájának elemzésekor, a dolgozók is jobb légkörben, jobb kedvvel és hatékonyabban dolgozhatnak, ha az emberiességi tudatosság erősödik. A pszichiátriai beteget akut esetben a kórház lássa el és akut megbetegedés hiányában teljességgel érthetetlen, miért kellene egy szociális intézménynek kórházszerűen működni. Ha a korszerű esélyegyenlőségi és rehabilitációs módszerek elterjednek a betegotthonokban, akkor kiemelkedő érték lehet ilyen biztonságos munkahelyen dolgozni a lakókat önmaguk feletti hatalommal ruházva fel. A dolgozói egészségügyi szemléletből a pszichoszociális szemlélet felé mozdulva nagyobb belátást nyerhetünk annak módjait illetően, milyen szociális technikákkal lehet ösztönözni az önállóságra a lakókat. A pszichiátriai betegek pszichoszociális

ösztönzésének és hatalommal felruházásának a szolidaritás és esélyegyenlőség melletti harmadik elve az épek és sérült emberek társadalmi együttműködése. Ennek az együttműködésnek a lehetőségei vannak meg a lakóönkormányzat, érdekvédelmi fórum és lakógyűlés hármasan tagolt szociális technikáiban.

Újból figyelmeztetni kell arra, hogy mulasztásos alkotmánysértés az, ha az önrendelkezési képességek fejlesztése hiányzik egy adott intézmény életéből. Az emberi méltósághoz hozzátartozik az önkifejezés társadalmi, önkormányzati eszközrendszere. Az elemi rehabilitáció hiányát kell megállapítani, ha az elemi rehabilitáció egyik alapvető eszköze még csak csírájában van meg. A vakok, a mozgássérültek, a siketek elemi rehabilitációját kormányprogram rögzíti, amivel az aktuális kormány alkotmányossági feladatainak tesz eleget. Ha a lelki egészség területén országos szinten hiányzik az elemi rehabilitáció, akkor a kormányzati munkában kell -részben- annak okát keresni, hogy ami a vakoknak, siketeknek, mozgássérülteknek és értelmi ápolásra szorulóknak esélyegyenlőségi és akadálymentesítési követelmény, az egyfajta negatív diszkrimináció helyzetében van a pszichiátriai sérülteknél. Az akadálymentesítés a szociális ösztönzési technikákban lelhető meg a pszichiátriai és mentális sérült emberek életében. Ezek a szociális ösztönzések pedig az önrendelkezés és a támogatott döntéshozatal szerveiben, mint amilyenek a lakógyűlések, lakóönkormányzatok és érdekvédelmi fórumok helyi és országos szinten. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium Fogyatékosügyi és Rehabilitációs Főosztályának feladat és hatásköre, hogy kezdeményezze a pszichoszociális önrendelkezési technikák és elemi rehabilitációs pályázati és szükséges jogharmonizálási lépéseket a törvényalkotónál. Ennek hiánya negatív diszkriminációt jelent és mulasztásos alkotmánysértést.

I/f **Ellátottjogi képviselő**

Az ellátottjogi képviselő a szociális intézménytől független, az intézményt látogató szakember kell legyen, aki a lakói és az intézményi érdeket az államigazgatási érdekekkel össze tudja hangolni és azt a jogot képviseli, ami az ellátott és az ellátó között áll fenn, mint kétoldalú jogviszony. Ennek a jognak az őreként egyfajta külsős rátekintéssel bírhat több intézmény esetében is, ezért tudakolta meg a PÉF, milyen a kapcsolata az ellátottjogi képviselőnek a lakóönkormányzatokkal és az érdekképviselői fórummal?

A válaszokból arra lehet következtetni, hogy az ellátottjogi képviselő és a lakóönkormányzat kapcsolata csupán papíron létezik, míg az érdekképviselői fórum és az ellátottjogi képviselő kapcsolata formális lehetőség csupán, van olyan intézmény, ahol nincs kapcsolat ezen a téren.

Az ellátott és az ellátó közötti jogi kapcsolat sérelme komoly anyagi és személyi felelősségi kérdéseket vett fel, kárigények peren kívüli rendezését, a rend és a harmónia megteremtését szolgálhatja még az ellátottjogi képviselő működése. Ez utóbbi funkció teljességgel hiányzik az adatok tükrében. A pszichiátriai beteg, aki szociális ellátást kap, ugyanolyan bánásmód és elbírálás alá kell eszen, mintha nem volna pszichiátriai beteg, tehát polgári, személyiségi (pl. személyes adatvédelem) és szabadságjogai tekintetében arra kell gondolni, hogy ellátásának jogi alapja az, hogy tulajdonképpen ő finanszírozza az ellátását, mivel közpénzekben történik a szociális ellátása, amihez a közteherviselés szolidaritási szabályai mentén ő maga járult hozzá. Ezen túlmenően még a nyugdíjából is vonnak le térítést. Ezért súlyos hiányosság, hogy az ellátottjogi képviselő működése a monitor adatai tükrében csak formális lehetőséget jelent.

II. fejezet Személyiségi jog

II/a Általános megállapítások

Az intézet elhagyása, látogatók fogadása, gondnok, orvos, szociális munkás és intézményválasztás, a személyes tárgyak vagyónvédelme, az intim terület védelme, a panaszhoz, valamint az antidiszkriminációs eljárásokhoz való jog, a tájékoztatáshoz fűződő jog, a szólás- és véleménynyilvánítás, hitéleti szabadság, végül a személyes adatok védelme és a közérdekű adatok nyilvánossága képezi jelen fejezet fő tartalmát. A kényszerítő intézkedések témáját is ezen cím alá szerkesztetten kell taglalni, mivel semmilyen ok nem merül fel, ami szerint egy szociális intézményben főszabályként kellene egészségügyi ellátást folytatni.

A fejezet elemzése arra mutat rá, hogy jelen formájukban a pszichiátriai betegothonok általában véve szakmai munkára alkalmatlanok. Ezen következtetések alapját a pszichiátriai betegek intézményesítetten lefolytatott elemi rehabilitációjának hiánya jelenti. A következtetések afelől is megalapozhatóak, hogy egy felnőtt korban pszichiátriai beteggé váló személy milyen képet tud formálni a betegothonokban uralkodó viszonyokról értesülve, valamint a közösségi szociális ellátások elterjedéséről. A betegothonok szegregált ellátást nyújtanak és fő szabályként végállomást jelentenek az oda kerülő pszichiátriai betegek részére. Az Európában elismert integrációs célkitűzések, valamint a szociális és egészségügyi ellátások profiltisztítása az ellátott lakókörnyezetében, családi és munkahelyi környezetében tartja elfogadhatónak az elemi szintű rehabilitációt, aminek teljesen ellentmond a szegregált, végállomást jelentő pszichiátriai betegothonok jelenlegi szituációja. A tudományos kutatások nem igazolják, hogy azért, mert valaki pszichiátriai, veszélyes is lenne a társadalomra, sőt, a lelki egészség területén végzett felmérések azt mutatják, hogy a hazai lakosság többségénél az életút egy adott pontján pszichiátriai zavarok lépnek fel. A harc a terrorizmus ellen világméretű problémamegoldásának idején különös érdekvédelmi feladatnak kell tekinteni, hogy a pszichiátriai érintettség és kitettség nem lehet az alapja, hogy a többségi társadalom azt a képet lássa a pszichiátriai betegekről, hogy veszélyeztető tényezők lennének a társadalmi rendre. A pszichiátriai betegségek egy része pszichoszociális fogyatékoság, a krónikus betegségeket nem lehet gyógyítani és az ártalomcsökkentés elve szerint meg kell célozni a betegséget veszélyeztető pszichoszociális faktorokat és elemi rehabilitációs módszereket kell alkalmazni. Hazánkban a vakok, a mozgássérültek, siketek rehabilitációjának gyakorlatához kell harmonizálni a súlyos mentális rendellenességgel élők ellátását. Erre a fogyatékkal élők konvenciója, mint ratifikált nemzetközi jog is kötelezi a kormányzatot és a szakmát. A pszichiátriai betegek egy része, akik integráltan képesek élni a társadalomban, nem élhetik meg fenyegetően egyfajta szociális kényszerítő eszközként annak rémét, hogy elmeszociális otthonban kell befejezniük életútjuk utolsó szakaszát. Számos pszichiátriai kórkép az életút középső szakaszában hatalmasodhat el a beteggé váló emberen, sokszor jelentős egzisztenciális tartalékkal, így jelentős érvek szólnak amellett, hogy a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően az elmeszociális otthonok alternatíváit dolgozzák ki kormányzati és szakmai, terápiás, rehabilitációs körökben. Ha hazánkban működik a vakoknak nyújtott családsegítő, akkor hasonlóan szükséges országos hatáskörű pszichiátriai betegeknek nyújtott családsegítés megfelelő rehabilitációs munkával kiegészítve. A KSH szakmakódjegyzékében nevesített szakmatevékenységek között és a szociális igazgatási törvényben elegendő szakmai spektrumot találhatunk egy európai szintű és a pszichiátriai sérültek személyiségi jogait tiszteletben tartó intézményrendszer felállítására, ha a jelenlegi intézményrendszer kiegészül a pszichiátriai betegeknek ambulánsan nyújtott országos elemi rehabilitációs intézmény típusával. A pszichiátriai kezelések néhány fajtája krónikus neurológiai eltéréseket eredményezhetnek és az ilyen károsultak, valamint azok, akik nem képesek segítséggel sem önálló életre, vagy azok, akiknél a családi működés egzisztenciális, anyagi károsodást idézett elő, természetesen joggal látnak segítséget egy szegregált intézményben. Ha azonban a rehabilitáció nem érvényesül a betegothonokban -ahogy jelen fejezetben erre a következtetésre kell jutni a PÉF monitor adatainak elemzése során-, akkor az egyébként rehabilitálható személyek kárára történő diszkriminációt eredményezhet a betegothon végső megoldásként és korlátozó intézményként történő társadalmi felhasználása.

Fent leírt értékelésünk jogszabályi alátámasztására a szociális igazgatási törvény szolgál. Ez a törvény alapítja a PÉF monitor vizsgálatának tárgyát képező betegothonokat. Rehabilitációs és ápolást-gondozást nyújtó intézményekről beszélünk, valamint fogyatékosokat ellátó és pszichiátriai betegeket ellátó intézményekről. Azért nevesíti a törvény ezt a két utóbbi típust, mert lényegileg hasonló a fogyatékosokat és a pszichiátriai betegeket ellátó intézmények társadalmi küldetése. Úgy a fogyatékkal élők, mint a pszichiátriai kórképpel élő személyek között van olyan, aki rehabilitálható és van olyan, aki nem rehabilitálható. Ha tehát a rehabilitálható pszichiátriai betegek személyiségi joga sérül a betegothonokban és nincs a pszichiátriai betegek elemi rehabilitációs intézményhálózata nevesítve a szociális

igazgatási törvényben, akkor ez alkotmányossági és törvénykezési probléma, de ettől a rehabilitálhatóság szerinti profiltisztítás még személyiségi jogi kérdés, főleg az érintett, egyelőre integráltan élő, de veszélyeztetett pszichiátriai betegek részére. A pszichiátriai ellátásban a betegek egészséghez való jogát veszélyezteti tehát, ha azzal szembesülnek, hogy nincs részükre valós tartalmú intézményes rehabilitációs ellátás. Másrészt, a rehabilitálható pszichiátriai betegeket nem kell elkülöníteni egy szociális intézményben, mert alapjában véve nem tekinthetjük társadalomra veszélyesnek azokat a sérülteket, akik nem bűnözők és nem kábítószerfüggők. Harmadrészt a társadalmi deviancia kontroll a rehabilitálható mentális sérültek esetében a sérültekre nézve jelent éppen a pszichoszociális kitettség okán veszélyeztetést, amit a fogyatékkal élők konvenciója is a maga egész szellemiségében alátámaszt. A fogyatékkal élők konvenciója az épek és sérültek társadalmi együttműködési normáját emeli be a jogi normákba. Így tehát azok a rehabilitálható pszichiátriai betegek, akik együtt képesek működni a többségi társadalommal, alkotmányos igényt formálnak hasonló rehabilitációs intézményekre, mint amelyek a hagyományos fogyatékosági típusok esetén közmegegyezést vívtak ki maguknak. Létezik ugyan a kitagolás magyar változata, a lakóotthon, de ezek jelentős része „kerítésen belüli”, ami valami, de nem az igazi.

II/b Tájékoztatás és információ

A beköltöző lakók a házirendet általában megkapják a monitor adatai szerint. Azonban két intézményben előfordul, hogy csak felolvassák. A házirend közérdekű adatnak minősül a lakók számára, ezért jó gyakorlat, ha mindegyik intézményben kifüggesztik. Jó lenne, ha adott intézményben minden épületben ki lenne függesztve és a lakók elektronikus hozzáférést is kapnának a házirendről. Hasonló a helyzet az ellátottjogi képviselő, az intézmény működésével, gazdálkodásával kapcsolatos tájékoztatóval. Ez utóbbi két információ azonban korlátozottan hozzáférhető, ha az iroda ajtaján érhető el. A monitor adatai arra utalnak, hogy az intézményvezető minden esetben szóban ad tájékoztatást a lakóknak a működésről, gazdálkodásról. Követendő jó példa az egyik intézmény gyakorlata, hogy a költségvetési bevételeket és a kiadási, létszám adatokat, intézményi térítési díjakat átfogó módon szerkesztik egybe a tájékoztatásban. Az információs hozzáférés ugyanakkor sémaszerűen, sablonosan működik, ha gépies felolvasással tudják le, ezt ki kell egészíteni a lakói kérdéseire történő részletes válaszadással – opcionálisan. A lakók számára a közérdekű adatok nyilvánossági törvényi garanciális szabályait fokozottan kell érvényesíteni, ez is egy pszichoszociális támogatott döntéshozatalt segítő technika. Ezt a pszichoszociális támogatási technikát elektronikus eszközökkel jól ki lehetne egészíteni, pl, ha a lakó láthatná más intézmények közérdekű adatait. E tekintetben aggályos, hogy a monitor adatai között nem található intézményválasztási esetmegjelölés. A lakó akkor tud intézményt váltani, ha megismerheti más intézmények működési rendjét és a fizetendő térítési díjat, az ottani munkakörülményeket. Ha ugyanis egy lakó munkát tudna vállalni egy másik intézményben, akkor részére a mobilitást, mozgási szabadságot fent jelölt módon egyszerűen lehet támogatni. A mobilitás hiánya arra utal, hogy a munkavégzéshez, a foglalkoztatási rehabilitációhoz való hozzáférési rendszer szintén akadályozott. Az a gyakorlat, ami a tájékoztatást a vizitdíjra és a gyógyszerköltésekre redukálja, aggályos. Persze mindezt szemléljük az években mérhető hosszúságú várólisták tükrében...

II/c Vagyonvédelem

A lakók vagyonvédelmének általános helyzete különösen aggályos. A PÉF kérdéseire adott válaszokból országos szinten azt a választ kaptuk, hogy csak azokat a személyes tárgyakat használhatják a lakók, amiket a házirend nem tilt. Ezen adatból arra kell következtetni, hogy maga a házirend korlátozó struktúrában van megszerkesztve, a tiltás hangnemében szabályozza a lakók életét. Az ép emberek és a sérült emberek együttműködési normája alapján a házirendnek a dolgozók magatartási szabályait is magában kellene foglalni. Ezért a házirendek felülvizsgálata látszik szükségesnek. Erre utal a fentebb említett körülmény, hogy nem a házirend és intézményi szervezeti és működési szabályzat alapozza meg a lakóönkormányzatokat és érdekképviseleti fórumokat. Ha a házirend és más, a dolgozók által a lakókra szerkesztett szabályzat a lakók vagyoni kérdéseit tiltásokkal szabályozza, akkor rendszerbeli alap keletkezhet ún. csendes agresszióra azzal, hogy a dolgozók a házirend és más szabályok tiltásaira hivatkozással kényszerítő beavatkozásokat eszközölnek és ezt előszeretettel meg is teszik, a „számukra egyedül lehetséges legális drill” eszközöként. „Kaphat a saját cigarettájából, ha kihozza Józsi bácsi papucsát stb”.

A monitor kérdéseire adott válaszokból megállapítható, hogy általában van zárható szekrény elérése a lakóknak, de két intézményben tarthatatlan állapotok uralkodnak. Az egyik esetben feltörik a zárható szekrényeket, másik esetben pedig nincs zárható szekrény és ruhatárból kell a lakóknak ruhát vételezni.

Értékmegőrzés általában az irodában történik, esetenként külön szabályzat rendelkezik róla. Olyan intézményi adatot is kaptunk, ami szerint semmiféle értékmegőrzési lehetőség nincs. A már többször említett hatalommal felruházás pszichoszociális technikái kapcsán a vagyoni, értékmegőrzés és a személyes használati tárgyak védelmének hiánya rendszerszintű kényszerítő lehetőséget adhat a dolgozóknak, ami tarthatatlan. Az intézményes struktúrát olyan rendszerszintű intervenciókkal kell ellátni, ami ösztönzést és esélyt teremt a lakói önrendelkezés és a lakók saját sorsuk feletti kontrollszerzése terén. Abban az esetben, ha a lakók személyi állománya okként szolgál a renitens, házirendet sértő magatartások elterjedésére (zárható szekrény feltörése), akkor ezen a rendszerszintű problémán valószínűleg profiltisztítás segíthet (a rehabilitálható és a nem rehabilitálható spektrumban).

II/d

Mozgásszabadság és mobilitás

A mozgásszabadság és mobilitás kérdéseinek kifejtésekor előjáróban álljon itt még egyszer annak deklarálása, hogy a pszichiátriai betegothonok alapvetően szociális intézmények, nem egészségügyi ellátóhelyek és ezért a szociális intézménystruktúra országosan elterjedt szabályait kell a betegothonokra alapul venni, és az ettől való eltérést csak különös esetek indokolhatják.

Az intézményből távozás rendje a monitor adatai szerint személyiségi jogokat sért. Az eltávozás engedélyezési gyakorlata a korlátozó eszközrendszer egyik eleme. Ha a lakó térítési díjat fizet és nincs heveny megbetegedési fázisban (azaz nem kap kórházi ellátást), akkor mozgásszabadságában nem korlátozható, intézmény kiléptetési szabályokban nincs ok engedélyeztetési eljárásra. Az életben egy városlakó ember sem kér senkitől engedélyt, ha elhagyja lakását és valahova elutazik, legfeljebb családjával megbeszéli, hova megy, mikor várható haza. Emberi jogi mivoltunkban korlátoz, ha abban a tudatban kellene élnünk, hogy a szabad mozgásunkat valaki meggátolhatja, akár időrendi kijárási tilalommal. A polgári életben is rendkívüli vészhelyzetben rendelkezhetnek el kijárási tilalmat, pl. háborús, vagy különösen veszélyes katasztrófavédelemben és ennek elrendelését a polgári védelem és katasztrófavédelem, valamint más, demokratikus garanciális intézményes fékek ellenőrzik. A pszichiátriai betegothonokat nem minősíthetjük úgy, hogy alapesetben vészhelyzetre kell berendezkedni a veszélyes lakói típusra apellálva. A monitor adatai:

- orvos tilthatja meg az intézetből való távozást,
- a lakó állapotától függ,
- általános orvos, vagy szakorvos rendelhet el korlátozást,
- a kimenő időpontja hétfő délelőtt, szerda délután, péntek délelőtt,
- kimenő igazolvány, (ebben a körben erősen stigmatizáló „szabályos hivatalos” igazolványt is találtunk),
- néhány órás eltávozást az intézményvezető engedélyez,
- nagyszabadságra igazgatói engedéllyel lehet menni (tetszenek talán emlékezni: rövid eltáv, hosszú eltáv),
- házirend szabályozza az eltávozás és visszatérés rendjét.

Van-e olyan helyzet, amikor korlátozza az intézmény az intézmény elhagyásának jogát? Ki korlátozhatja? A kérdésre adott válaszok spektruma:

- be kell jelenteni,
- nem,
- szükség esetén általános orvos, szakorvos rendelhet el korlátozást,
- részlegvezető, igazgató utasítására korlátozható,
- főnővér és igazgató indokolt esetben,
- orvos maximálisan egy hónapra,
- házirend megsértése esetén,
- ital kizáró ok lehet.

A fenti adatok arra engednek következtetni, hogy országosan az a fajta gyakorlat terjedt el, amit Ottlik Géza Iskola a határon és Takács Péter Vakoda című regényei írnak le, a fenyegetésen és tiltáson alapuló rendszerszintű bánásmódot mutatva be. Ha a lakók eleget dolgoznak, megfelelő rehabilitációs és szocioterápiás, ösztönző és támogató segítséget kapnak, nincs ok akkor attól félni, hogy elszöknek. A félelem a lakók renitens, vagy agresszív magatartásától (ide értve az esetleges gyógyszerre ivást), a szociálpszichológiai és munkapszichológiai törvényszerűségek alapján kaszányaszerű bánásmódot eredményezhetnek, ami szakmai szempontból tarthatatlan. A

lakókat érintő abuzusként kell értékelni, ha munkalehetőség, terápiás, rehabilitációs eljárások hiányában a tiltás, tagadás, kötelezés módszereit kapja a lakó, amiért ráadásul még nem is kevés térítési díjat fizet.

A mobilitási adatok hiánya (intézményváltoztatás) és a mozgási szabadság engedélyezéshez kötése, elemi rehabilitáció hiánya alapvető személyiségi jogi abuzust testesít meg, ami rendszerszintű probléma. Ezen a rehabilitálhatóság szerinti profiltisztítással és a közérdekű adatok publikálásával lehet javítani. Tegyük azért hozzá, hogy akiket ténylegesen aktuális állapotuk miatt kiengedni nem lehet (ne), megfelelő kísérettel már megoldható lenne az ő esetükben is. Elképzelhető súlyosan zavart ápoltság esetében, hogy átmenetileg távozás nem javasolt, bár ebben az esetben neki, ahogy erre már utaltunk is, nem az intézményben, hanem (akut) osztályon lehet a helye. Ezt azért tartjuk fontosnak megjegyezni, mert ha ilyen ápoltság elhagyja az intézményt, zavart állapotában esetleg áldozattá válhat és ez esetben az intézmény felelőssége elvitathatatlan. Ez azonban nem vezethet oda, ahogy láttuk egy intézményben, hogy elektromos kapu és külön biztonsági őrség vigyázza a „rendet”.

A lakók látogathatósága sokban eltér a lakók távozásának lehetőségeitől, több intézmény esetében bármikor látogathatók a lakók, megfelelő fizikai tér áll rendelkezésre a találkozóknak lebonyolítására. A házirend megengedő módon szabályozza a látogatások rendjét. Ezt a megengedő módot kellene a távozásra is alkalmazni megfelelő szociális gondoskodás mellett. Azonban házirend-sértő lakói magatartásra még a látogatás is korlátozható az egyik intézményben. Ez a fogda-rendszerű korlátozó dolgozói eszköz súlyos véttség az épek és sérültek társadalmi együttműködésében.

II/e Gondnokcsere

Minden válaszadó kiemelte, hogy a bevett gyakorlat a lakói panaszra a gondnokcsere. Ebben

- intézményvezető,
- gyámhivatal,
- ellátotti ügyintéző,
- szociális és mentálhigiénés csoport dolgozói,
- PÉF

segítenek.

Olyan eseteírás is szerepel a monitor adatai között, ami jó példa lehet: az egyik lakó levelet írt a gyámhivatalnak, amiben kérte, hogy családtagja helyett más legyen a gondnoka és megfelelő kirendelt gondnokot kapott. Hasonló jó példák módszertani kötetben történő megjelentetése hatásos és a szociális szakmában bevett eszköze a szociális ösztönzésnek.

A pszichiátriai betegek feletti gondnoksági gyakorlat mindazonáltal sok törvénytelen elemet tüntet fel bevett és helyes társadalmi gyakorlatként. A fogyatékkal élők konvenciója leszögezi, hogy a fogyatékos nem lehet ok a gondnokság intézményére. Itt arra kell gondolni -ahogy elemzésünkben többször kitértünk erre-, hogy a támogatott döntéshozatal és a szociális ösztönző technikák, a közérdekű adatok fokozott nyilvánossága, a jogvédő társadalmi szervezetek tevékenysége, valamint a Polgári Törvénykönyv tervezett módosításai alapján véve elegendő alapot szolgáltatnak az immár a konvenció rendelkezéseit súlyosan sértő társadalmi gyakorlatok és játszmák humanizálására. Emberi mivoltunkat alapjaiban sértheti, ha abban a tudatban kellene élni, hogy a fogyatékos okot szolgáltathatna a gondnoksági, korlátozó és büntető eljárásokra. Viszont ebben a körben fel kell vessünk egy másik súlyos problémát:

hogyan lehetséges az, hogy egy pszichiátriai betegotthonban élő, cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett, tehát a társadalom és a bíróság szemében belátási stb. képességgel nem rendelkező ápoltság súlyos és hosszantartó szabadságvesztést kapjon, ha egyszer kimondta róla a független magyar bíróság egy másik tanácsa, hogy büntethetőséget kizáró okok állnak fent az esetében? Hogyan lehet, hogy az illető a büntetését ezután az IMEI-ben töltse le (ez már nem büntetés, hanem kényszergyógykezelés volna), ahol a későbbiekben sikeres öngyilkosságot kövessen el?...

II/f

Magánélet szentsége, szabad hitélet, lelkiismereti szabadság és ezek támogatása

A monitor adatai szerint a lakók választhatnak szobatársat és ezt nem szabályozza túl a házirend. Ebben a lakók támogatott döntéshozatali segítséget kapnak. Ennek a jó példának az esettanulmányi leírása sokat segíthet a folyamatban lévő paradigmaváltás sikerében. Intimszoba két esetben nincs, a többi esetben szintén a támogatott döntéshozatalt találta a monitor. Az, hogy 2009-ben még mindig nincs mindenhol intimszoba, az botrányosnak nevezhető. Az sem elfogadható, hogy némely esetekben ezekbe a szobákba „be lehet tekinteni a lakók biztonsága érdekében”, illetve, hogy a kulcsot olyan helyről lehet felvenni, ahol az jól látható, tehát eleve megalázó helyzet alakul ki. A jutalomból megkapott intimszoba szintén nem elfogadható. Az ember és szükségletei, akár lelki, akár testi értelemben nem lehetnek disputa tárgya.

A lakók szociális ösztönzése terén a szabad hitéletet és esetenként a hitéleti missziót alapvető eszközként ismerjük el Európában. Sajnálatos módon, a vallásszabadság alapjogának sérelmét kell megállapítani azon intézmény esetében, ahol a házirend szabályozza a vallásgyakorlás szabályait. Álláspontunk szerint a vallásgyakorlás szabályait az egyház, gyülekezet, vagy szekta a maga kebelén belül szabályozza. A szociális intézményeknek biztosítani kell a lakók lelkiismereti szabadságának teljes körű és korlátozásoktól mentes szubjektív megélését. A lelkiismereti funkció minden ember esetében, függetlenül betegségtől, vagy állapottól, a kített helyzettől általános emberi mivoltunk alapvető tudati kérdései és mint ilyenek individuális jellegűek. A szociális intézményben a szociális gondoskodás a támogatást kell megcélozza, hogy a beteg emberek is legyőzhessék félelmeiket és egy felszabadult légkör jellemezze az intézményt. Ezért a beteg emberek lelkiismereti funkcióját megcélzó felekezeti és emberi jogi missziót felvállaló szervezetek csoportokat és kultuszokat végezhetnek akár egy szociális intézményben is, ezt házirend nem szabályozhatja. Erre már a büntetés-végrehajtási intézmények esetében is találhatunk példákat. A lelkiismereti szabadságot elfogadó alkotmányok alkotmányos alapjognak tekintik a vallásszabadságot és ezt alacsonyabb rendű jogszabály, így házirend, avagy orvosi rendelkezés nem szabályozhatja és nem írhatja felül.

A vallásgyakorlás bevett gyakorlat a betegothonokban, hol intézményen kívül, hol intézményen belül történik. Külön esettanulmányban kellene kiemelni, hogyan sikerült imasarkot biztosítani, hogyan sikerült a lakók hitéletét megtámogatni és a hitéleti kultuszokhoz történő hozzáférést megtámogatni. Ugyanakkor a lelkiismereti missziót felvállaló társadalmi szervezetek, beteglátogató önkéntesek, kórházi misszió, lelki elsősegély, stb. befogadására a monitornak nincs adata.

II/g

Különös szabályok, tájékozott beleegyezés, korlátozás, kényszerítő eszközök és szocioterápiás ösztönzés. Egészségügyi ellátás.

Az intézmény elhagyásának korlátozásáról már esett szó, hasonlóan az információs, tájékoztatási korlátozásokról. Azonban ehelyt bővebben kell kifejteni az információs önrendelkezés és az adatvédelem összefüggéseit a pszichiátriai betegekkel történő korlátozó intézkedésekkel kapcsolatban. A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló törvény alkotmányossági alapjogokat részletez és ebben nincs és nem is lehet olyan garanciális korlátozás, ami szerint valamely fogyatékos, vagy betegség esetében eltérő, különös szabályokat kell alkalmazni. A pszichiátriai betegek, fizikai, kémiai, pszichés, vagy mentális korlátozása és egy kényszerítő rezsím kialakulásának lehetősége és szükségessége nem csupán szakmai kérdés, hanem szociális kérdés is. Az orvos, főnővér, igazgató, részlegvezető egyéni gondozási terv céljain keresztül bizonyára joggal rendelhet el kényszerítő intézkedést, de csak egy bizonyos ésszerű alkalmazkodás és arányosság keretein belül. Az intézmény életével, gazdálkodásával, rendjével és a külsős kapcsolatok rendjével kapcsolatos információk azért közérdekű adatok, mert ezen adatok alapján kísérletet lehet tenni a lakó tájékozott beleegyezés elve mentén az önrendelkezést és önálló életvitelt, ha a rehabilitálhatósági feltételeknek eleget tud tenni. Ha viszont nincs elegendő információja a szükséges tájékozottság szituációjában, akkor magatartása könnyen minősíthető normaszegőnek, ami ellen nem tud védekezni, éppen a tájékozott beleegyezés és információs önrendelkezés sérelme miatt. A tájékozott beleegyezés elve, a támogatott döntéshozatal elve és az információs önrendelkezés elve a pótlandó rehabilitációs célkitűzések mellett alternatívát is jelenthetnek a szükségesnek ítélt, de szubjektív alapon meghozott korlátozások és kényszerítések tekintetében.

A PÉF a fentiekre való tekintettel tudakolta meg a lakók tájékoztatásának következő elemeit:

- az intézményben biztosított ellátás tartalma és feltétele,
- az intézmény által vezetett nyilvántartások,
- látogatás, távozás, visszatérés rendje,
- panasz eljárás,
- intézményi jogviszony megszűnésének esetei,
- házirend,
- térítési díj, teljesítési feltételek, mulasztás következményei,
- érdekvédelmi társadalmi szervezetek.

Ezekre a kérdésekre két kivétellel igen választ kapott a monitor.

Hasonlóan elterjedt jó gyakorlat, hogy a korlátozó intézkedések összességéről a lakókat tájékoztatják. Sajnálatos módon nincs azonban adat arra nézvést, hogy a lakóönkormányzat, lakógyűlés és az érdekvédelmi fórum, illetve az ellátottjogi képviselő, avagy a hozzátartozó, illetve érdekvédő szerv szavát invalidálják-e, vagy beleszólhat a kényszerítés és korlátozás eszközrendszerébe. A monitor kényszerítésre és korlátozásra vonatkozó adatai azt a képet sugallják, hogy olyan spektrumról van szó, mint amilyenekkel pszichiátriai osztályokon lehet találkozni. Ez azonban egy szociális intézményben nem megfelelő:

- kimenő megvonás,
- fizikai, kémiai, biológiai, pszichikai módszerek,
- pszichés módszerek, fizikai korlátozás, kémiai, vagy biológiai korlátozás,
- szakmai útmutatók (esetenként sajátos értelmezésű) követése,
- orvos rendeli el,
- igazgató, főnővér, részlegvezető, ápoló intézkedése.

A nem megfelelés abból adódik, hogy egyetlen intézet esetében található a szociális intervenciókra tett némi utalás:

-A veszélyeztető állapotú lakót pszichésen megnyugtatják, ha ez nem elegendő, gyógyszerrel próbálkoznak és ha ez sem vezet eredményre, akkor pszichiátere kórházba utalhatja.

A fentiekben számos szociális intervenciót soroltunk fel, amikkel a korlátozást és kényszerítést ki lehet egészíteni.

Az orvosválasztásra, szociális munkás választásra vonatkozó adatokat nem tartalmaz a monitor, ezért a következőket lehet feltételezni. Az intézmények igazgatási folyamatában annak is örülni kell, ha megfelelő szakorvosok bejárnak az intézetekbe rendelni, illetve meg lehet oldani a házi orvosi és pl. fogászati ellátást. Addiktológiai ellátásra sem volt adat. Hasonlóan közösségi szociális ellátásra sem található utalás. Általában véve a betegothonok orvosi, egészségügyi ellátás képét mutatják, holott nem kórházak, nem pszichiátriai osztályok, hanem szociális intézmények.

III. fejezet

A monitor adatai és jogszabályi környezet

III/a

Ápolás-gondozás és pszichoszociális fogyatékoság

A pszichiátriai betegotthonok az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 188. §-a szerint pszichiátriai intézetnek minősülnek. Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról 57. §-a szerint személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást nyújt az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, a rehabilitációs intézmény, a lakóotthon, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény és egyéb speciális szociális intézmény. A szociális ellátás szakmai követelményeiről az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről rendelkezik részletesen. Az egészségügyi törvény a pszichiátriai betegek gyógykezeléséről és gondozásáról a 188. §-ban rendelkezik a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmát megadva. Ha a krónikus pszichiátriai betegről a környezete vélelmezi a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást, akkor a Fogyatékkal élők konvenciója, a 2007. évi XCII. törvény 1. cikke érvényes, mint „hosszan tartó értelmi, szellemi, vagy érzékszervi károsodás” és az ilyen pszichiátriai beteg fogyatékkal élő személy.

„Fogyatékosággal élő személy minden olyan személy, aki hosszán tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”

Az egészségügyi törvény jogi normája a következő célra irányul:

A pszichiátriai betegek normaszegése esetén legyen lehetősége a szociális környezetben élő személyeknek, egészségügyi és szociális szakembereknek a kényszerítő intézkedések meghozatalára és ezzel együtt kell érvényesülnön a pszichiátriai betegek jogaira kiépített különös szabályoknak. Az intézeti gyógykezelésre önkéntes, sürgősségi és kötelező módok állnak rendelkezésre az egészségügyi törvény szerint.

A szociális törvény jogi normája és előírása:

a 67. §. szerint arra irányul, hogy az önmaguk ellátására nem, vagy csak részben képes személyek bentlakásos szociális intézményben étkezhessenek, tisztességgel el legyenek látva ruházattal és mentális gondozást kaphassanak (pszichiátriai betegek otthona).

A 71. §. rendelkezik arról, hogy a pszichiátriai betegotthonokban gyógyintézeti kezelést nem igénylő krónikus betegek kaphatnak szociális ellátást. Így tehát a PÉF monitor alá vont betegotthonok a törvény erejénél fogva nem gyógyintézeti célzatúak. A korlátozás és kényszerítő intézkedések ugyan a társadalmi normák szerint időnként lehetségesek és szükségesek, de nem lehetnek büntető jellegűek, ahogy ezt az egészségügyi törvény 10. §-a (4) bekezdése előírja.

A pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályokat az egészségügyi törvény 189-195. §-a szabályozza, valamint a 2007. évi XCII. tv.

Meghatározások

Jelen Egyezmény alkalmazásában:

A „kommunikáció” fogalmába tartoznak a nyelvek, a kivetített szöveg, a Braille-nyomtatás, a taktilis kommunikáció, a nagyméretű betűkkel történő nyomtatás, a hozzáférhető multimédia, valamint az írott, a hangzó és az egyszerű szöveg, a felolvasás, illetőleg az augmentatív, beleértve a hozzáférhető kommunikációs és információs technológiát, a kommunikáció alternatív módozatai, eszközei és formái;

A „nyelv” magában foglalja a beszélt nyelvet, a jelnyelvet és a nem beszélt nyelv egyéb formáit;

A „fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetés” a fogyatékoságon alapuló bármilyen különbségtételt, kizárást vagy korlátozást jelent, amelynek célja vagy hatása valamennyi emberi jog és alapvető szabadságjog másokkal azonos alapon történő elismerésének, élvezetének vagy gyakorlásának csorbítása vagy semmibevétele a politikai, a gazdasági, a szociális, a kulturális, a civil élet terén, vagy bármely egyéb területen. Ez a hátrányos megkülönböztetés minden formáját magában foglalja, egyebek között az ésszerű alkalmazkodás megtagadását. Az „ésszerű alkalmazkodás” az elengedhetetlen és megfelelő módosításokat és változtatásokat jelenti, amelyek nem jelentenek aránytalan és indokolatlan terhet, és adott esetben szükségesek, hogy biztosítsák a fogyatékosággal élő személy alapvető emberi jogainak és szabadságainak a mindenkit megillető, egyenlő mértékű élvezetét és gyakorlását. „Egyetemes tervezés”-en a termékek, a környezet, a programok és szolgáltatások oly módon történő tervezését értjük, hogy azok minden ember számára a lehető legnagyobb mértékben hozzáférhetőek legyenek, adaptálás, vagy speciális tervezés szükségessége nélkül. Az egyetemes tervezés nem zárhatja ki a fogyatékosággal élő személyek csoportjai számára szükséges támogató-segítő eszközök és technológiák indokolt esetben történő használatát.”

A szociális igazgatási törvény végrehajtási rendelete a lakóotthonok vonatkozásában rendelkezik az egészségügyi törvény hivatkozott normáját beemelve a szociális jogba a pszichiátriai betegek vonatkozó különös szabályokról, arra tekintettel, hogy egy lakóotthonban összeférhető magatartást kell tanúsítani (1/2000. SzCsM rendelet 101. §, 101/A§). Ez a szabály nem az ápolási-gondozási otthonra vonatkozó célzatú, hanem a szükséges lakóotthoni fejlesztés társadalmi együttműködési szabályaira irányul.

III/b

Pszichiátriai betegek komplex intézményes rehabilitációja

A pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményét a szociális igazgatási törvény 68-73 §-a szabályozza:

A REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYEKRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK

68. § (1) A rehabilitációs intézményi keretek között indokolt biztosítani annak a rászoruló személynek az elhelyezését, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén, együttesen zajló, komplex, átfogó segítséget igényel és ennek hatékony megoldása ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg.

(2) A fogyatékos személyek rehabilitációs intézményébe való bekerülést megelőzően pálya- és munkaalkalmassági vizsgálatot kell végezni.

(3) A rehabilitációs intézmény feladata az intézményi ellátást igénybe vevő önálló életvezetési képességeinek kialakítása, illetve helyreállítása, fejlesztése, továbbá a társadalomba történő be-, illetve visszailleszkedésének támogatása és az utógondozás megszervezése.

(4) A rehabilitációs intézményt úgy kell kialakítani, hogy a képzés és foglalkoztatás céljára szolgáló helyiségek alapterülete legalább kétszerese legyen az ellátást igénybe vevő személyek elhelyezésére szolgáló lakóterület előírt alapterületének.

69. § (1) A rehabilitációs intézmény az ellátást igénybe vevők rehabilitációja, rehabilitációja (a továbbiakban: rehabilitáció) mellett biztosítja szükség szerint a rászorulóknak egészségi állapota szerinti ápolását, gondozását is. Az ellátást igénybe vevő ápolását, gondozását az intézményben elkülönítetten kell megszervezni.

(2) Az ápolási részlegben ellátott igénybe vevők részére folyamatosan biztosítani kell az ápoláshoz szükséges egészségügyi feltételeket, valamint felszereléseket.

(3) A rehabilitációs intézményben alkalmazott ápolók, szociális gondozók feladatkörét úgy kell kialakítani, hogy munkaidejüket a szükség szerinti ápolási feladatok mellett, többségükben a segítő gondozói feladatok tegyék ki az ellátottak rehabilitációja érdekében.

70. § (1) A rehabilitációs intézmény a komplex rehabilitációs tevékenység részeként az ellátást igénybe vevők életkora, mentális állapota és egészségi állapota szerint, a személyre szabott rehabilitációs programnak megfelelően

a) iskolarendszerű, iskolarendszeren kívüli vagy tanfolyami oktatást, képzést nyújt, valamint szervezi az ezekhez történő hozzájutást, különös tekintettel az integrált oktatás lehetőségének biztosítását,

b) tematikus foglalkozásokat, szocioterápiás eljárásokat, szocializációs programokat szervez,

c) munkavégzési célú foglalkoztatást, képzést vagy képességfejlesztést nyújt,

d) szabadidős, kulturális és közösségi programokat biztosít, illetve szervez,

e) folyamatosan biztosítja az egyénre koncentráló szociális, pszichés és mentális segítséget.

(2) Az iskolarendszerű, iskolarendszeren kívüli vagy tanfolyami oktatást, képzést azon ellátást igénybe vevőknek is meg kell szervezni, akik állapotuk miatt csak egyénileg képezhetők, oktathatók.

71. § A rehabilitációs intézmény vezetője a gondozás megszűnésének várható időpontját megelőző hat hónappal - az utógondozás előkészítése érdekében - megkeresi az ellátott családját, valamint az ellátást igénybe vevő lakóhelye szerint illetékes

- a) települési önkormányzat jegyzőjét a családi és lakóhelyi környezetbe történő visszahelyezés előkészítése,
- b) megyei, fővárosi munkaügyi központot az esetleges munkavállalási lehetőség elősegítése érdekében.

72. § (1) Ha az ellátást igénybe vevő lakóhelyén vagy ahhoz legközelebb eső településen a külön jogszabály szerinti védett munkahely, célszervezet, illetve szociális foglalkoztató (a továbbiakban: védett munkahely) működik, és ott az érintett foglalkoztatására lehetőség van, az intézményvezető a védett munkahelyet közvetlenül is megkeresi. Ez a rendelkezés irányadó akkor is, ha az ellátást igénybe vevő foglalkoztatására egyéb munkahely keretében van lehetőség.

(2) A rehabilitációs intézmény az ellátást igénybe vevő munkahelyi beilleszkedésének elősegítése mellett közreműködik munkaköri feladatainak betanításában is.

73. § (1) Ha az ellátást igénybe vevő intézményi jogviszonya a sikeres rehabilitáció következtében megszűnt, az intézmény a gondozás megszűnésétől számított legalább hat hónapig a rehabilitált személy utógondozását végzi. Utógondozás a rehabilitációs intézménybe elhelyezett személy intézmény elhagyását követő állapotának figyelemmel kísérése, különös tekintettel a lakókörnyezetébe történő beilleszkedésében, a munkavégzéssel, életkörülményeivel, napi ritmusával kapcsolatos problémáinak megoldásában, az egyéni konfliktusok kezelésében történő segítségnyújtás.

(2) Az utógondozás körébe tartozik különösen a rehabilitált személy

- a) környezetének tájékoztatása az ellátott személy befogadására vonatkozóan,
- b) lakóhelye szerinti alapszolgáltatást nyújtó szociális szolgáltatókkal, intézményekkel való kapcsolatfelvétel,
- c) munkahelyi beilleszkedésének elősegítése,
- d) családja és a b) pont szerinti intézmények részére történő tanácsadás.

A jogi normát azért tartottuk indokoltnak teljes egészében idézni, mert a PÉF monitor adatai -a pszichiátriai betegotthonok országosan jellemző összesített adataként- megállapíthatjuk a pszichiátriai betegek komplex rehabilitációjának hiányosságát és a jelenlegi helyzet szerint a betegotthonok intézményrendszere alkalmatlan komplex rehabilitációs munkára.

A PÉF monitor adatai között szerepel a kimenő napi pár órára szűkítése, a korlátozó intézkedések között szereplő kimenőmegvonás akár szakápolói intézkedésre, a lakóönkormányzatok küldetésének érdekvédelmi fórum küldetésébe olvasztása, országos rehabilitációs programokra utaló adatok teljes hiánya és a szociális intézmények pszichiátriai intézetekként történő totális intézményi struktúrája. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a büntetésen alapuló zárt intézményi típus terjedt el hazánkban, ami a szociális ösztönzésre, hatalommal felruházásra alkalmatlan intézményi típus. Amint a fenti jogi normák adatelemzésbe emelése is mutatja, a rehabilitáció családi, foglalkozási, lakóhelyi, egészségi komponensei hiányoznak.

Ne legyen azonban az adatelemzés egyoldalú és elfogult, (az egyik betegotthont bármikor el lehet hagyni, csak be kell jelenteni a távozást). A betegotthonok a jogi norma szerint csupán a gyógykezelésre nem ráutalt személyek otthona, ezért alapvetően el kellene különíteni a szociális intézményi működésben az ápolást-gondozást, a rehabilitációt és a lakóotthoni programokat.

IV. fejezet

A PÉF javaslatai

A PÉF 2001-es vizsgálati adataihoz képest a 2008-as monitor adatai jelentős emberi jogi fejlődést jeleznek, most szakmai, főleg komplex rehabilitációs alkalmassá tevés szükséges. Ahhoz, hogy a

- pszichiátriai intézet,
- ápolást-gondozást nyújtó intézmény,
- rehabilitációs intézmény,
- lakóotthon,
- közösségi ellátás,
- nappali ellátás,
- családsegítés.

szolgáltatási spektruma profiltiszta legyen, a Polgári Törvénykönyv gondnoksági szabályainak kell változtatni, a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Fogyatékosági és Rehabilitációs Főosztályán keresztül a pszichiátriai sérültek esélyegyenlőségi befogadása szükséges. Az Esélyegyenlőségi tv-ből indokolatlanul maradtak ki a krónikus pszichiátriai betegséggel élők. Ezen lépések hiányában szakmai munkára alkalmatlanok maradnak a betegotthonok, mint félreeső helyeken fenntartott büntető intézmények. A félreeső helyeket tessék nagyon komolyan venni, ezeket az intézményeket egy kivétellel a fővárostól távol, gyakran túlszűfoltan, gyakran szinte megközelíthetetlenül helyezték el annak idején, „a probléma távolsága kisebbíti a problémát” alapon. A kormányprogramban a pszichiátriai sérültek elemi rehabilitációját a Fogyatékkal élők konvenciója rendelkezései szerint hasonlóan kell szerepeltetni, mint pl. a vakok elemi rehabilitációját. Az ép és sérült emberek társadalmi együttműködési normájára kell alkalmassá tenni az intézményhálózatot, mert nem szabad negatív diszkriminációt alkalmazni más fogyatékosági típusokhoz képest. Alapul kell venni, hogy a pszichiátriai betegek kommunikációja is jó és emberi. Alapul kell venni, hogy Magyarországon többszáz ezres nagyságrendben található lélegző, járó-keelő emberek, akiknek egyedüli „bűne” hogy pszichiátriai betegségben szenvednek.

Szerzők: Radó Iván/Seress Attila

Megjegyzések

**„A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum 2008-as betegotthoni monitorozás adatainak elemzése”
című kutatáshoz**

Szerző: Dr. Rácz József

A PÉF 2001-es emberi jogi vizsgálata óta ez a legjelentősebb utánkövetés a pszichiátriai betegotthonokban uralkodó állapotokról, egyúttal az egyetlen is. A pszichiátriai betegotthonok nem véletlenül állnak szinte minden, a magyarországi pszichiátriát kritikusan vizsgáló megközelítés középpontjában: így volt ez Fridli Judit 80-as évek végi és 1990-es évekbeli munkássága (Fridli, 1997), a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) betegjogi tevékenysége idején, vagy a Rosenthal-jelentésként ismert dokumentum esetén (MDRI, 1996; Réthelyi, 2000; Harangozó, 1997). A beszámolók lesújtó képet festettek ezekről az intézményekről, lényegében alkalmatlannak találták őket pszichiátriai betegek elhelyezésére és rehabilitációjára. Talán nem véletlen, hogy az intézményekkel kapcsolatos vitákat hosszú ideig a „hálós ágyak” kérdése határozta meg, e szervezetek „érdemi” munkájáról nem sok szó esett. Mivel úgy tűnik, hogy egyrészt a „hálós ágy” vita megoldódni látszik, nem elsősorban a PÉF fellépésének is köszönhetően, másrészt pedig jelen pillanatban nincs sok esély arra, hogy az intézményrendszert a jelenlegi formájában felszámolják, előtérbe került, hogy akkor mégis hogyan lehet javítani az ott folyó szakmai munkán. A PÉF második, jelen tanulmányban közölt vizsgálata ezt célozta meg, elsősorban a szervezeti-jogi garanciák mentén.

Az utánkövetésből látszik, hogy a 2001-es helyzethez viszonyítva -ekkor történt az első PÉF vizsgálat- jelentős változások történtek, elsősorban az érdekképviselési funkciók erősödése tekintetében. Ugyanakkor a vizsgálat felhívja a figyelmet néhány olyan tényezőre, melyek mintegy inkoherens módon vannak beépítve az intézményeket szabályozó jogi környezetbe, illetve az intézmények működési rendjébe, szakmai munkájába. Ahogy a PÉF beszámoló is kiemeli, ez elsősorban azzal függ össze, hogy a pszichiátriai betegotthonokat még ma is egészségügyi

intézményként próbálják meg kezelni a mindennapi gyakorlatban: az ezzel járó kényszerítő és kötelező elemekkel, a tiltásra épülő retorikával (ezt pl. a házirendekben láthatjuk). Az 1993. évi III. tv a szociális igazgatás és a kapcsolódó rendeletek szabályozzák a betegotthonok működését és a működést szociális igazgatási kérdésként kezelik, ezzel szemben találjuk az egészségügyi intézményekre jellemző, az orvosi-modell alapján szerveződő működési gyakorlatot. Az intézményeknek sokkal inkább rehabilitációs intézményként kellene működniük. Ennek egyik legfontosabb segítőtje az 1998. évi esélyegyenlőségi törvény összhangba hozása a 2008. évi Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményrel. A krónikus pszichiátriai beteg, -mint fogyatékkal élő- felfogás ugyanis megnyitja a teret az aktív rehabilitációnak, a tájékozott beleegyezésnek, az információs önrendelkezésnek és a támogatott döntéshozásnak, azaz a szolidaritás és az esélyegyenlőség alapelveinek. A jogszabályi hiányosságok, jogértelmezési problémák az intézmények szakmai és mindennapi munkájában is visszaköszön: a szegregációban, abban, hogy az intézmények végállomásszerűen működnek: bekerülni lehetséges, kikerülni szinte nem; és ebben az intézmények nem érdekeltek és nem tesznek -néhány kivételtől és néhány akciótól eltekintve- sokat azért, hogy ez megváltozzon. Az intézmények „kaszárnyaszerű bánásmódja”, a totális intézményként való működtetése csak arra elég, hogy helyben tartsa változatlan állapotban a pszichiátriai betegeket, és ami változást esetleg megkövetel tőlük, az az intézmény normáihoz való alkalmazkodás. Ez egyirányú folyamat: a betegek alkalmazkodnak, az intézmény viszont nem alkalmazkodik a betegekhez.

A hivatkozott ENSZ egyezmény a fogyatéklóságot már nem mint egyéni „adottságot” fogja fel, hanem a környezettel kialakuló kölcsönhatásokként, amin éppen e kölcsönhatásokon keresztül -is- lehet változtatni. Nem hiába hangsúlyozza a PÉF kutatás is a megfelelő önrendelkezéssel, „hatalommal” való felruházást (empowerment) és az ehhez szükséges szociális igazgatási technikák fontosságát. Ahhoz, hogy a pszichiátriai betegotthonok ne pszichiátriai Taigetoszként működjenek, a szükséges jogszabályi változtatások (fogyatéklósági jogszabályok és értelmezések beemelése a pszichiátriai betegek és betegségek meghatározásába) mellett a szakmai munka újragondolásáról is szó van. A pszichiátriai rehabilitáció -amely ezeknek az intézményeknek az egyik fő feladata lenne- hosszabb távon nemcsak jobb életminőséget biztosítana a pszichiátriai betegeknek, növelné a társadalmi szolidaritást és integrációt, de valószínűleg költséghatékony módszer is lehetne e betegcsoport ellátásában. Egy következő lépésben ugyanis meg kellene valósítani azt, amit a kutatás kapcsán a PÉF is javasol: az intézményi gazdálkodás átláthatóvá tételét, nemcsak a betegek, hanem a döntéshozók számára is. Kiderülhet, hogy a diszfunkcionális intézményrendszer nemcsak rosszul és rossz irányban működik (szegregál és végállomást jelent számos betegnek), hanem ezt még drágán is teszi! Egy hangsúlyosabb diagnosztikai és állapotfelmérő munka, ennek ismétlése bizonyos időszakonként, illetve a rehabilitáció előtérbe kerülése pl. a betegutak vizsgálatán keresztül rávilágíthat arra, hogy valójában melyik az a betegcsoport, amelynek erre az ellátásra van szüksége, és melyik az a betegcsoport, amely ellátásának nem itt, hanem pl. a közösségi, közösség- és családközelben kellene történnie. Itt a költséghatékonyság már nehezen lehetne vitatható; ettől függetlenül, a megfelelő döntésekhez konkrét költséghatékonyági vizsgálatokra van szükség (pl. a betegutak tervezhetősége érdekében is).

Az egészségügy és a szociális szféra „belvilágán” túl észre kell venni azokat a társadalmi-gazdasági-jóléti politikai változásokat, amelyek a nyugat-európai országokban végbementek és amelyek Magyarországot sem fogják elkerülni: sőt, a gazdasági válság miatt talán gyorsabban és brutálisabban jelentkeznek, megint csak nem hagyva teret a „természetes” fejlődésnek és építkezésnek. Csak néhány pontban utalva ezekre a változásokra Krémer (2008) alapján: a munkához való visszatérést támogató-segítő elemek és a szociális szolgáltatások integrációja; a szolgáltató intézményeket fenntartó és a szolgáltatást vásárló állami funkciók szétválasztása, ezzel együtt a szektorsemlegesség és normativitás hangsúlyozása (ott kell az államnak szolgáltatást vásárolnia, ahol a közpénzek ellenében több és jobb szolgáltatást kap); magánforrások és piaci szereplők bekapcsolása; intézménytelenítés: a nagy „kaszárnyaszerű” intézmények felváltása lehetőség szerint közösség alapú szolgáltatásokkal; a de-medikalizálás (amit már többször érintettünk); minőségbiztosítás, civil kontroll a szociális szolgáltatások területén. *A civil kontroll nem függhet engedélyezési eljárásoktól és jóindulattól és nem lehet eshetőleges, ezt biztosítani kell.

*=Radó Iván megjegyzése

Hivatkozások

Harangozó J. (1997): *Röpirat a magyar pszichiátriáról. Psychiatria Hungarica* 12(1):75-84.

Fridli J. (1997): *A pszichiátriai betegek jogairól. Fundamentum*, 1:113-123.

Krémer B. (2009): *A szociális szolgáltatások modernizációja – közpolitikai trendek, elvek, irányok. Kapocs, évszám*, 18-29.

Mental Disability Rights International (MDRI) (1996): Emberi jogok és elmegészségügy: Magyarország. Ford. Bakos Anita. Washington.

Réthelyi J. (2000): *A Mental Disability Rights International jelentés háttere és hatástörténete. LAM* 10 (2): 167-170.