**Utak és korlátok a hajléktalanellátásban**

**konferencia**

**2022. május 20.**

**Emlékeztető a „Határmezsgyén: mentális zavarral élők a hajléktalanellátásban” című szekcióbeszélgetésről**

**Rövid beharangozó volt:**

Utak és korlátok – az alapellátás határmezsgyéin lépdelve a szakemberek sokszor szembesülnek extrém kihívásokkal, amikor a mentális zavarral élő hajléktalan emberek segítésén fáradoznak. A beszélgetés során igyekszünk válaszokat keresni azokra a kérdésekre, amik ennek a speciális ügyfélcsoportnak az ellátása során felmerülnek, mint például, miben más az ellátásuk az többi hajléktalan emberhez képest, milyen többletforrásokat érdemes használni és felkutatni? Hol tartunk most a mentális zavarral élők ellátásában a hajléktalanellátáson belül? Szegregáljuk-e ezt az ügyfélkört az ellátásuk specializációja közben? A beszélgetés résztvevői régóta magas szintű szakmai munkát folytatnak ebben a témakörben, így segítségükkel bepillantást nyerhetünk a mindennapi munkájukba, küzdelmeikbe, és persze hallhatunk a sikereikről is.

**A beszélgetés meghívott hozzászólói voltak:**

Romet András, szakmai vezető – BMSZKI Táblás átmeneti szállás

Verbay Erzsébet, szakmai vezető – BMSZKI Kálvária átmeneti szállás

Bulyáki Tünde, módszertani munkatárs – BMSZKI, ELTE TÁTK oktató, Ébredésk Alapítvány önkéntes munkatárs

Dr. Harangozó Judit, pszichiáter – Ébredések Alapítvány

Moderátor – Hanol Balázs, szociális munkatárs – BMSZKI

Az emlékeztetőt készítette: Tatár Babett

****

**A legfontosabb kérdések és hozzászólások összefoglalója**

A beszélgetést, rövid bemutatkozás után a moderátor nyitotta meg, az alábbi kérdések, témakörök felvetésével:

* A hajléktalanellátásban úgy alakult, hogy gondoskodnunk kell mentális betegségekkel élő emberek lakhatásáról is. Vajon más-e az ellátásuk, kellenek-e többletforrások a hatékony segítésükhöz?
* Hol tart ma Magyarországon a mentális zavarral élők ellátásában a hajléktalanellátás: szegregáló-e az, ha specializált szolgáltatásokat kínálunk számukra, akár külön intézményi elhelyezéssel, és előnyös-e vagy hátrányos-e számukra nézve a specializáció?
* Közösségi pszichiátriai ellátás keretei: hogyan van jelen ez a szolgáltatás a hajléktalanellátó rendszerekben?

A hozzászólók ***a közösségi pszichiátriai ellátásról*** mesélve az alábbiakat mondták el:

2018-tól érhető el a közösségi pszichiátriai ellátás a hajléktalan ellátáson belül. A két legfontosabb szükséglet, ami létre-hívta az volt, hogy ezek az emberek nem saját otthonukban élnek és a családtagok, mint kapcsolati tőke többnyire nem elérhető számukra.

A BMSZKI-ban 20 fő közösségi pszichiátriai ellátásba vonása, illetve a pszichés problémákra választ kínáló ellátások igénybevételének megkönnyítése volt a cél. A pszichiátriai otthonba való elhelyezés, mint félelem megjelent a kezdeti igénybevételnél, sokat kellett dolgozni azon, hogy ezt a félelmet oldani lehessen, és egyértelmű legyen mindenki számára, hogy sem a közösségi programban, sem a nappali kórházban való ellátás nem jelenti azt, hogy az illetőt pszichiátriára fogjuk küldeni. Erős visszatartó erő volt a stigmatizáció és a korábbi ellátásokkal összefüggő traumák.

Nagy segítséget jelentett a tapasztalati szakértő jelenléte, aki sorstárssegítőként „hidat képez” a szakemberek és a segítségre szorulók között (ő egyébként BMSZKI-s alkalmazott).

Arra a kérdésre, hogy vajon **jó-e a speciálisan pszichiátriai betegeket ellátó intézményeket kijelölni a hajléktalanellátásban**, a hozzászólók az alábbiakat fogalmazták meg:

Fontos szempont az egészségügyi ellátások kiközvetítése ezeknek az embereknek – ami a BMSZKI-ban elsősorban az Ébredések Alapítványon keresztül történik – mert a területi ellátások igénybevétele akadályozott. A BMSZKI-ban négy szálláson: a Táblás, a Kálvária és az Alföldi átmeneti szálláson, a Váci éjjeli menedékhelyen, valamint a K22 bárlakásokban, illetve az átmeneti szállásokra a felvételt intéző ügyfélszolgálati irodán is jelen van valamilyen szolgáltatással az Ébredések Alapítvány.

A felvételt előkészítő csoporton (FET) egy közösen kidolgozott kérdőív alapján a szociális munkatárs kollégák szűrést végeznek azoknál az ügyfeleknél, akiknek nincs diagnosztizált pszichiátriai betegsége, de felmerül a gyanú, hogy érintett lehet. A szűrés alapján, akiknek szüksége van erre, azokat Dr. Harangozó Judithoz irányítják, aki elbeszélget velük és amennyiben szükségesnek látja, felajánl számukra különböző segítségnyújtási lehetőségeket, illetve a szakmai véleményét is figyelembe veszi a FET az ügyfélnek javasolt szállás felajánlásakor.

A hozzászólok megfogalmazták, hogy ezeknek az embereknek az ellátása olyan team munkát igényel, ami túllép egy alapvetően szállásnyújtásra, és a kapcsolódó szociális munkára kitalált ellátórendszer keretein. Komoly kihívást jelentett az elején a szereplők közötti információ áramlás biztosítása és a közös gondolkodás megszervezése – jelenleg már van az Ébredéseknél esetmegbeszélő csoport, amin a különböző szállások munkatársai részt vesznek. Kapcsolattartó kollégák lettek kijelölve mindkét szervezetnél. A közösségi pszichiátriai és a szociális ellátás szolgáltatásait is meg kellett ismertetni a szereplőkkel, hisz az egyik oldal az egyikben, a másik oldal a másikban volt járatos.

A szociális továbbképzési rendszerben akkreditált továbbképzést szervezett a BMSZKI, melyben az Ébredések Alapítvány munkatársai képeznek. A képzéseken minden érintett team munkatársa részt vett, és így a szereplők egymás munkáját is megismerhették.

A kezdeti ellátásokhoz képest folyamatosan bővül az együttműködés – főként pályázati forrásból finanszírozva – szakmai tartalmában és az elért telephelyek tekintetében is, pl. már két új telephelyen az Alföldi Átmeneti Szálláson és a Kőbányai úti bérlakásokban is jelen van a tapasztalati szakértő és a pszichiáter.

Komoly problémát jelent a hajléktalanellátó intézményekben a pszichiátriai betegek gyógyszerelésének segítése. A Kálvárián volt ennek bevett rendszere, amíg egészségügyi személyzet is volt a házban.

Az egészségügyi koordinátor segítséget tud nyújtani az alábbiakban:

* + ha már diagnosztizált az ügyfél, akkor az alapján segíti az ellátást
	+ ha nem, akkor a felmérést tudja indítani, és szükség szerint eljuttatni a beteget a diganosztizálásig.

Harangozó doktornő jelen van hetente egyszer a szálláson, vele közösen alakítják ki azt az irányt, ami felé elindul a gondozási tevékenység. Ez egy időigényes, hosszú folyamat – akár fél év is eltelhet, mire a bizalom és a közös munka eljut oda, hogy bármilyen valós, tényleges gondozási tevékenység el tud indulni. Más a gondozási folyamat, mint amire az 1+1 éves hajléktalan ellátásban megszokott gondozási folyamat beállt.

A hajléktalanellátó intézmények esetében a szállás elhelyezkedése sem lényegtelen, pl. a Táblás Átmeneti szállás egy nyugodt, békés környezetben fekszik, de mindentől távol, külső részen, ipari környezetben. Ez is lehet nehézség az ellátás megszervezésében.

Speciális jelenség a szállásnyújtó intézmények esetében, hogy mást lát a szállás, mint „otthon” és mást a különböző nappali ellátást biztosító szolgáltatások, vagy akár az orvos. Állandó pszichiátriai rendelés ellenére is előfordul, hogy segítség kell ahhoz, hogy hozzá bejusson az ügyfél, de a jelenlét nagyon sokat segít.

A résztvevők megfogalmazták, hogy nagyon sokat számít, hogy a segítő kolléga hisz-e abban, hogy valóban szakszerű segítséget kap az ügyfél ott, ahova irányítja őt. Sokat jelent a segítők számára is a konzultáció lehetősége a pszichiáterrel pl. a gyógyszerelés tekintetében is, hiszen a kórházi pszichiátriai ellátás állandó nehézsége, hogy mindig más intézménybe, más orvoshoz kerülnek a hajléktalan betegek.

Tehát összefoglalóan a program lényege:

* képzés + pszichiáter jelenléte + folyamatos kapcsolat (e-mail, telefon, esetmegbeszélő stb.) + szakértői jelenlét a team munkában + tapasztalati szakértő erősíti a teamet

A szállókon az elhelyezés körülményei pl. a többágyas szobák fokozott konfliktusforrást jelentenek a mentális nehézséggel élők esetében. Nagyon fontos a türelem. A „pozitív szegregációért” (= értsd speciálisan mentális nehézségeket fogadó szállások) cserébe jobb ellátást, speciális segítői tudást, nagyobb odafigyelést kap.

Ugyanakkor a Táblás átmeneti szállásszakmai vezetője kiemelte **nem azért jönnek hozzánk ezek az emberek, mert a mentális nehézségükkel szeretnének foglalkozni, azért jönnek, mert lakni akarnak és nincs hol lakniuk** – az, hogy azután foglalkoznia kell a betegségével, nehézségeivel is, az már a lakhatás megtartása érdekében történik.

Harangozó Judit doktornő arról beszélt, hogy vajon más-e a hajléktalan emberek kísérése a mentális zavarral élők segítésében?

Az alábbiakat emelte ki:

* + súlyosan traumatizált, bizalomvesztett emberekről van szó
	+ a szállókon olyan jó szociális munkások is dolgoznak, akik néha terapeutaként tudnak működni pl. egy gyűjtögetős ügyfél esetében, ami a tömegszállásokon meglehetősen komoly problémát tud jelenteni, terápiás team alakult gyakorlatilag körülötte, és ez tette lehetővé, hogy ne veszítse el betegsége miatt a lakhatását is
	+ a család helyett a szociális munkások tudnak olyan támogató hátteret biztosítani, ami nagy segítség
	+ van felépülés hajléktalanságban élők esetében is a mentális zavarokból
	+ zuhanó repülés a spirálon lefelé – spirál megfordítása a dolgunk
	+ nem a tünetekkel kell foglalkozni, az életet kell rendbe tenni, és ez a tüneteket gyakran elfújja
	+ a hajléktalan emberek azok, akiket kidobtak a Taigetoszon – de nincs reménytelen eset – folyamatosan el kell oszlatni a félelmeket: „nem derportálunk (pszichiátriai otthonokba), hanem rehabilitálunk”
	+ egy másik történetben „csicskáztatás” zajlott a szálláson –itt a kollégákat kellett meggyőzni a rehabilitáció lehetőségéről – négyágyasból egyágyasba került + támogatás + munkarehabilitáció zajlott, és az illető egy sokkal rendezettebb életvitel felé tudott elmozdulni.
	+ az Ébredések Kb. 250 hajléktalan embert látott, ebből kb. 10% kerül közösségi gondozásba
	+ a 2 éves átmenetis tartózkodást lehet hosszabbítani, annak érdekében, hogy ne legyen visszaesés
	+ rugalmasan kétoldalról bővülő projekt

**Kérdések:**

***Kötelező együttműködést kell-e vállalni az elhelyezéskor?***

Nem. Sem orvost sem terápiát, sem gyógyszert nem erőltetünk. De van olyan eset, amikor a már orvos által felírt gyógyszer folyamatos szedését az együttműködési megállapodás részeként vállalnia kell.

Mindent szelíd eszközökkel kezelünk – a kötelezés vesztes csata – a kettő nem váltogatható – nem lehet egyszer szerződésben kötelezni, máskor rehabilitálni…

Nagyon fontos az idő kérdése: van, amikor nagyon gyorsan kell lépni amiatt, hogy ne pörögjön ki az ellátásból, miközben a bizalom kialakításához meg idő kellene.

***Mi a hanghalló csoport?***

<https://ebredesek.hu/modszereink/hanghallo-modszer/a-hanghallasrol-hitelesen-kozerthetoen-a-hanghallo-modszer/>

* + hanghalló módszer: a hanghallás nem értelmetlen, szimbolikusan értelmezik hangokat
	+ Hangokkal élni - 50 felépült sorstárs történet – könyv <https://ebredesek.hu/kiadvanyok/> )
	+ gyakran traumával összefüggésben jelenik meg,
	+ lehet a hangokkal kommunikálni, és gyógyszer nélkül is segíthető – a sorstársi közösség is nagyon támogató

***Mit lehet kezdeni pl. nappali ellátásba bejáró ügyféllel, akinek semmilyen belátása nincs saját betegségére?***

* + beszélgetés, bizalom
	+ tapasztalati szakértő bevonható
	+ kísérővel is lehet a csoportra jönni
	+ egyéni segítséget is kaphat sorstársaktól
	+ az embernek joga van bolondnak lenni az utcán élve
	+ szelíd segítés kell – de ez nem mindig megy
	+ pszichiátriai ellátás erőszakmentessége a történelmi előzmények miatt is fontos, közösségi pszichiátriai ellátás mindig saját kérésre indul

Nehézséget jelent a közösség, a tömegesség ezekben az ellátásokban, más emberek jelenléte az ellátásokban, akikre hatással van a mentális zavarral élők viselkedése.

***Máté Gábor hangsúlyozza a gyerekkori traumákat. Valójában mennyire fontosak ezek, és mennyire vannak hatással az ügyfeleinkre?***

* + nagyon meghatározók a traumák, különösen a gyerekkori traumák
	+ traumaterápiák gyerekcipőben járnak, és inkább, mint ok igazolásaként jelennek meg, nincsenek megfelelő irányelvek
	+ a hanghalló módszer trauma fókuszú – ez nagyon versenyképes dolog – a traumákat az itt és most-ba kell megállítani, egy áldozati szituban van nagyon sokszor, ezért az „itt és most”-ban kell valamit előbb elérni: asszertivitás, ki vagyok, mit érzek, az érzéseink és a szükségleteink világosak legyenek. Az életcélokat felmérni és olyan utat felvázolni, ami még lehet jó élet – ezek után jön a múlt traumáinak feldolgozása. Ha a jelen traumáinkból kiszálltunk, akkor már nem lesz annyira ijesztő a múlt traumája
	+ traumafeldolgozó önsegítő csoport – szakmai vezetéssel
	+ segítők által okozott traumák

kérdés: intézményben élők mennyire tudnak bekapcsolódni a csoportokba az Ébredéseknél?

* bárki bekapcsolódhat
* nappali kórházba is be tudjuk vonni őket
* kézről kézre kell adni az ügyfeleket, nehezen jönnek
* a szeretet a lábunkban van – menni kell az ügyfelekkel – kísérés fontossága
* a szociális munka nem az, hogy valamit elintézzen az ügyfél, nem görcsölhetek rá a segítésre, idő, türelem és nagyon sok beszélgetés kell
* meg kell ragadni azokat a pillanatokat, amikor abba az élethelyzetbe kerül, amikor segítségre szorul, ha akkorra megvan a kapcsolat és a jelenlét, akkor tudsz hatékonyan belépni
* beszélgetni kell, beszélgetni ….
* a tálalás nagyon fontos
* cigisodrós projekt: a tapasztalati szekértő cigaretta sodrásra tanította az ügyfelet – ez volt a bizalom elindulásának az alapja
* nem a kliensnek kell megtennie, hogy megfeleljen a szociális munkás által kitűzött céloknak, hanem nekünk kell segíteni megtalálni a saját céljait és abban segíteni, hogy ezeket elérje
* miért várunk el többet az utcán élőktől, mint a lakásban élőktől? 0,2-es alkohollal nem engednek haza?