



TÚL A LAKHATÁSON

2026



Alagi Szilárd



TÚL A LAKHATÁSON

A BETEG ÉS IDŐSÖDŐ HAJLÉKTALAN EMBEREK INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSÁNAK SZÜKSÉGESSÉGE MAGYARORSZÁGON

EMPIRIKUS TAPASZTALATOK A HAJLÉKTALANELLÁTÁS GYAKORLATÁBÓL

KÉSZÍTETTE ÉS SZERKESZTETTE

ALAGI SZILÁRD

2026

Tartalom

Absztrakt	6
Bevezetés	7
Módszertan	7
I. fejezet: A hajléktalan populáció átalakulása és előrejedése	8
Általános demográfiai és kihasználtsági adatok.....	8
Az ellátórendszer kihasználtsági adatai:.....	8
Demográfiai jellemzők.....	9
Az ellátórendszer igénybevételeinek adatai	14
Hajléktalan ellátásban részesülők létszáma, ellátástípusok szerint, 2022 évben:	14
A hajléktalanság változó arca	16
Az időszűk hajléktalan populáció.....	16
A hajléktalan populáció egészségi állapotának romlása	17
A hajléktalanság és az intézményrendszer új kihívásai	17
A fejezet legfontosabb megállapítása	18
II. fejezet: A multimorbiditás és a beteg hajléktalan emberek egészségügyi profilja	18
A multimorbiditás mint alapállapot	18
A betegségek szerkezete	18
A keringési betegségek dominanciája	19
A pszichiátriai és addiktológiai problémák szerepe	19
A láthatatlan gondozási szükséglet	20
Következtetések	21
III. fejezet: Az integrált szociomedikális ellátási modell kialakulása és működése	22
Amikor a szociális ellátás már nem elég, de a kórház sem megoldás	22
A szociomedikális megközelítés elméleti alapjai.....	22
Az integrált betegút.....	22
Azonosítás	22
Állapotfelmérés	23
Stabilizáció.....	23
A szociális munka szerepe az egészségügyi rehabilitációban.....	23
A Baross-modell mint rendszerszintű válasz	24
Fejezetzáró következtetések	25
IV. fejezet: Reintegráció, intézményi utak és az ellátórendszerből való kilépés dilemmái	26
A rehabilitáció fogalmának újraértelmezése.....	26
Az intézménybe vezető utak	26
Az intézményben töltött idő mint szükségletindikátor	27

Kilépési utak és kimenetek	27
A reintegrációs utak tipológiája.....	28
A visszatérő ügyfelek jelensége.....	29
Az önálló lakhatás korlátai.....	29
Fejezetzáró következtetések	29
V. fejezet: Esettanulmányok: életutak a statisztikák mögött	30
Bevezetés.....	30
I. A rehabilitálható beteg: Sándor története	30
II. A terminális beteg: amikor a re-integráció már nem cél.....	30
III. A pszichiátriai és addiktológiai problémákkal élő fiatal ügyfél	31
IV. A transznacionális hajléktalanság esete.....	31
Esettanulságok összegzése	31
Fejezetzáró következtetések	32
VI. fejezet A Baross-modell és a beteg hajléktalan emberek jövőbeni ellátási szükségletei:	33
Bevezetés.....	33
A hagyományos ellátási logika korlátai	33
Az integrált beteg-hajléktalan centrum koncepciója	35
A TRIAGE-szemlélet alkalmazása.....	36
Az ellátórendszerben jelenleg hiányzó szolgáltatások	37
A jövő hajléktalanellátása: szükségletalapú rendszer	38
Fejezetzáró következtetések	38
VII. fejezet: Strukturális problémák és szakpolitikai válaszok	39
Bevezetés.....	39
A hajléktalanság új természete	39
Az egészségügyi és szociális rendszer közötti strukturális rés	39
VIII. Fejezet: Összegzés és következtetések	41
Túl a lakhatáson.....	41
A kutatás legfontosabb megállapításai	41
1. tézis.....	41
2. tézis.....	41
3. tézis.....	42
4. tézis.....	42
5. tézis.....	42
Kitekintés: a hajléktalanellátás következő évtizede.....	42
Záró gondolat	42
Szerzői utószó.....	44

Felhasznált irodalom	45
Monográfiák, kutatások, tanulmányok	45
Saját kutatások, intézményi dokumentumok.....	45
Módszertani kiadványok	45
Publikációk.....	45
Monitoring jelentések, elemző anyagok	45
Statisztikai adatforrások.....	45
Jogszabályok.....	46
Szerző saját, a tanulmány elkészítéséhez felhasznált primer adatforrásai.....	46

„A hajléktalanság nem egyenlő a lakástalansággal, lakhatási szegénységgel, az ennél sokkal összetettebb, komplex probléma. Az ember egészségét, szociális, mentális, egészségi állapotát egyaránt érintő, a lakhatás elvesztésével együttesen járó összetett állapotról van szó. Fontos e komplex problémahalmazt együttesen kezelni. Ebből fakadóan a hajléktalan személyek többségének esetében csak a lakhatás elvesztésének a megelőzése, lakhatásuk újbóli biztosítása nem vezethet eredményre a hajléktalan léthez vezető összes kiváltó ok kezelése és az önálló életvitelre való képesség fejlesztése nélkül. A fentiek együttes kezelésére való törekvés segítheti az ellátórendszert abban, hogy a segítséget kérő és elfogadó, vagy azt elutasító, attól vonakodó hajléktalan személyek esetében egyaránt sikeres szociális ellátás valósuljon meg.”

Előszó

A hajléktalanságról szóló közbeszédben és szakmai gondolkodásban hosszú időn keresztül a lakhatás kérdése állt a középpontban. E megközelítés természetesen fontos és indokolt, hiszen a hajléktalanná válás egyik leglátványosabb következménye éppen az otthon elvesztése. Több mint másfél évtized szakmai tapasztalata azonban újra és újra arra figyelmeztetett, hogy a hajléktalanság valójában ennél jóval összetettebb jelenség.

Pályafutásom során utcai szociális munkásként, intézményvezetőként, módszertani szakemberként és fejlesztési koncepciók készítőjeként számos olyan emberrel találkoztam, akinek története nem egyszerűen lakhatási problémáról szólt. Olyan emberekkel dolgoztam együtt, akik súlyos betegséggel, pszichiátriai problémával, szenvedélybetegséggel, mozgáskorlátozottsággal, kapcsolati veszteségekkel vagy ezek együttes terhével éltek. Tapasztalataim szerint a hajléktalan emberek jelentős részének esetében a lakás elvesztése nem kiindulópont, hanem egy hosszú életút egyik következménye.

Az elmúlt évek során egyre világosabbá vált számomra, hogy a hajléktalanellátás előtt álló legfontosabb kihívás már nem kizárólag a férőhelyek száma vagy a lakhatási lehetőségek bővítése. Legalább ekkora jelentősége van annak, hogy képesek vagyunk-e felismerni a célcsoport változásait, és ehhez igazítani szolgáltatásainkat. Az ellátórendszerben ma egyre nagyobb számban jelennek meg idősebb, multimorbid, jelentős egészségügyi és gondozási szükségletekkel rendelkező emberek, akiknek problémáira sem az egészségügyi, sem a szociális rendszer önmagában nem tud megfelelő választ adni.

Jelen tanulmány nem klasszikus tudományos kutatás. Nem a nemzetközi szakirodalom összefoglalására vállalkozik, és nem kíván teljes körű képet adni a hajléktalanság valamennyi dimenziójáról sem. Sokkal inkább egy szakmai pálya során összegyűlt tapasztalatok, intézményi adatok, esettanulmányok és fejlesztési koncepciók szintézisének gyakorlati tapasztalatokra és intézményi adatforrásokra épülő szakmai monográfiának tekinthető. Az itt bemutatott eredmények jelentős része olyan adatbázisokból, intézményi dokumentumokból és elemzésekből származik, amelyek elkészítésében magam is közreműködtem, vagy amelyek szakmai vezetőként közvetlenül a munkámhoz kapcsolódtak.

A tanulmány központi állítása egyszerű: a hajléktalan emberek szükségleteit nem intézményi kategóriák, hanem élethelyzetük és támogatási szükségleteik alapján szükséges értelmeznünk. Meggyőződésem, hogy a hajléktalanellátás jövője nem a rendszerek szétválasztásában, hanem az egészségügyi, mentális és szociális támogatások integrációjában keresendő. Az a szemlélet, amely a hajléktalan embert mindenekelőtt emberként, és nem egy szolgáltatás igénybevevőjeként tekinti, ma talán aktuálisabb, mint valaha.

Ha a következő oldalakon bemutatott tapasztalatok és következtetések hozzájárulnak ahhoz, hogy árnyaltabban gondolkodjunk a hajléktalanságról, az idősebb és beteg hajléktalan emberek szükségleteiről, valamint az ellátórendszer jövőjéről, akkor e kézirat elérte célját.

Alagi Szilárd

Budapest, 2016-2026.

Absztrakt

A hajléktalanságról folyó közbeszéd rendszerint a lakhatás hiányára fókuszál, miközben a hajléktalan populáció jelentős részének problémái jóval túlmutatnak a fedél nélküli léten. A szerző több mint másfél évtizedes szakmai tapasztalatára, intézményvezetői gyakorlatára, valamint az általa vezetett beteg hajléktalan embereket ellátó intézményekben végzett adatgyűjtésekre támaszkodva vizsgálja a hajléktalan népesség egészségügyi és szociális szükségleteit. A tanulmány bemutatja az idősödő hajléktalan populáció sajátosságait, a multimorbiditás jelenségét, az egészségügyi és szociális ellátórendszer határterületein jelentkező hiányokat, valamint egy integrált szociomedikális ellátási modell szükségességét. Az elemzés arra a következtetésre jut, hogy a beteg hajléktalan emberek jelentős része nem egyszerűen lakhatási támogatásra, hanem hosszú távú, komplex egészségügyi és szociális gondozásra szorul.

Bevezetés

A hajléktalanság fogalmát a közvélemény leggyakrabban a lakhatási szegénységhez kapcsolja. A hajléktalan ember ebben az értelmezésben olyan személy, aki lakhatását elveszítette, ezért ideiglenesen vagy tartósan az ellátórendszer segítségére szorul. A mindennapi szakmai tapasztalat ugyanakkor azt mutatja, hogy a hajléktalanság ennél lényegesen összetettebb jelenség. A lakhatás elvesztése sok esetben nem oka, hanem következménye egy olyan folyamatnak, amelyben egészségügyi problémák, mentális zavarok, függőségek, családi kapcsolatok megszakadása, munkaerőpiaci kudarcok és társadalmi leszakadás együttesen vannak jelen.

Az elmúlt évtized során a hajléktalan populáció összetétele jelentősen megváltozott. Az ellátórendszerben egyre nagyobb arányban jelentek meg azok az emberek, akik hosszú időt töltöttek közterületen vagy intézményi ellátásban, miközben életkoruk emelkedett, egészségi állapotuk romlott, és önálló életvezetési képességeik fokozatosan beszűkültek. Megjelent egy olyan ügyfélkör, amely már nem elsősorban lakhatási segítségre, hanem folyamatos ápolásra, egészségügyi felügyeletre és komplex szociális támogatásra szorul.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat beteg hajléktalan embereket ellátó intézményeiben szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a hajléktalan emberek jelentős része egyszerre több krónikus betegséggel él. A vizsgált 191 fős mintában összesen 715 diagnózis szerepelt, amely átlagosan közel négy különböző egészségügyi problémát jelentett személyenként. A magas vérnyomás, a szív- és érrendszeri betegségek, a mozgásszervi problémák, a COPD, a pszichiátriai betegségek, a szenvedélybetegségek és a daganatos megbetegedések egyidejű jelenléte inkább tekinthető általánosnak, mint kivételesnek.

A tanulmány célja annak bemutatása, hogy a hajléktalanellátás jövője nem kizárólag új férőhelyek létrehozásában vagy a lakhatási kapacitások bővítésében keresendő. Legalább ilyen fontos az egészségügyi és szociális ellátások összehangolása, az átmeneti ellátási formák fejlesztése, valamint egy olyan szociomedikális szemlélet kialakítása, amely képes reagálni a populáció változó szükségleteire.

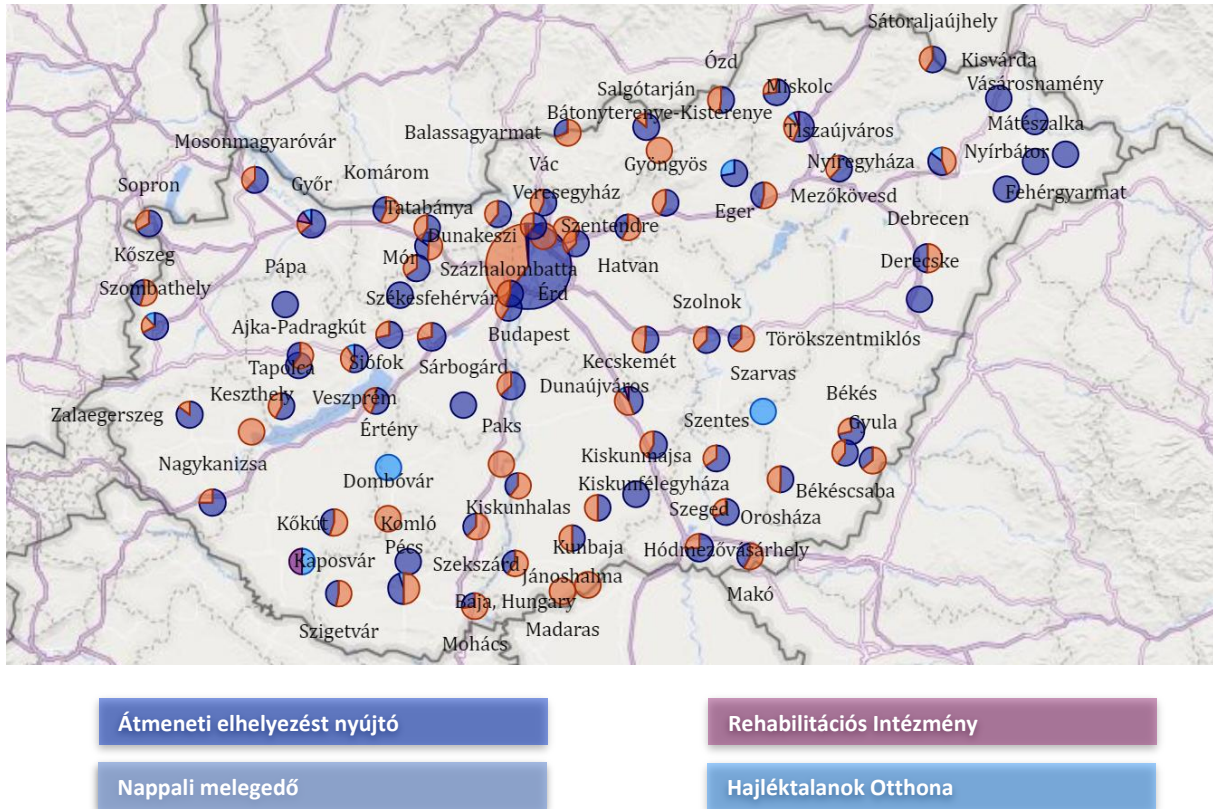
Módszertan

Jelen tanulmány alapját a Magyar Máltai Szeretetszolgálat beteg hajléktalan embereket ellátó intézményeiben 2011 és 2016 között keletkezett intézményi dokumentációk, statisztikai adatbázisok, vezetői beszámolók és esettanulmányok képezik. Az elemzés összesen 191 ellátott egészségügyi és szociális adatainak másodelemzésére épül, amelyeket a szerző intézményvezetőként és szakmai vezetőként gyűjtött és rendszerezett. Az elemzés célja nem reprezentatív kutatás készítése, hanem egy speciális célcsoport szükségleteinek és az ezekre adott intézményi válaszoknak a bemutatása.

I. fejezet: A hajléktalan populáció átalakulása és előregedése

Általános demográfiai és kihasználtsági adatok

1. ábra: Hajléktalan személyeket ellátó férőhelyek településenkénti és ellátási típusonkénti megoszlása Magyarországon¹



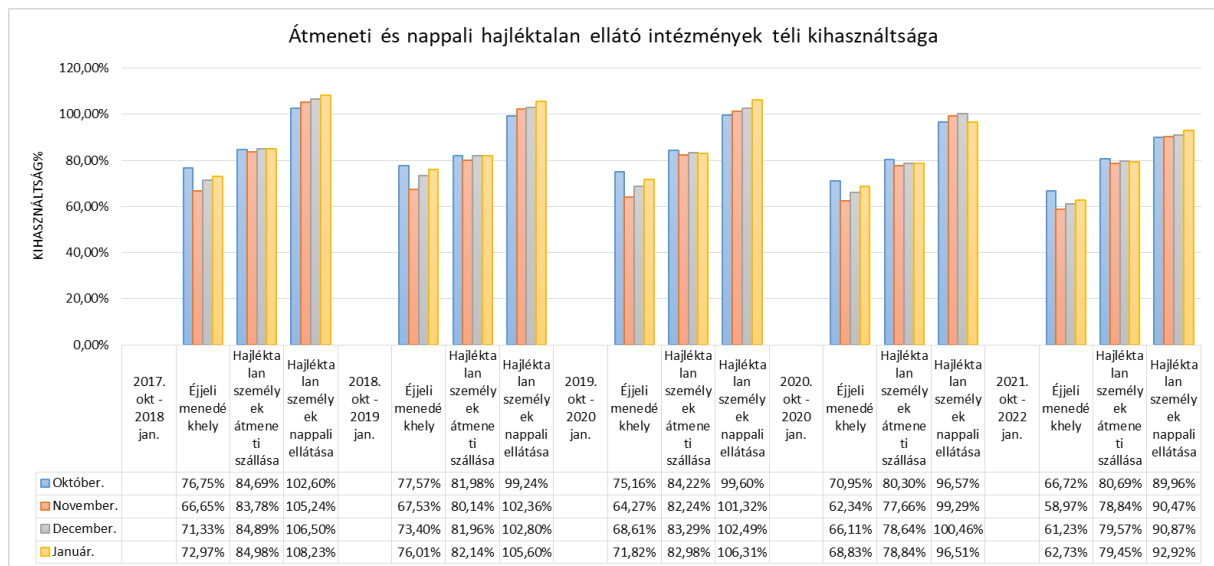
Az ellátórendszer kihasználtsági adatai:

Az életvitelszerű lakhatás és a tartós bentlakást biztosító intézmények telítettsége országosan 2021-ben egész évben 100% körül alakult, míg az éjjeli menedékhelyek kihasználtsága a nyári időszakban átlagosan 55-75% között volt és a téli időszakban a legtöbb esetben meghaladta a 90%-ot. A téli kihasználtsági adatokban csak a COVID járvány miatt volt tapasztalható csökkenés.²

¹ Forrás: MŰKENG, 2023. 06. 26.

² Forrás: KENYSZI és a regionális diszpécserszolgálatok adatszolgáltatásai alapján

2. ábra: Kihhasználtsági adatok



Fontos megjegyezni, hogy az éjjeli menedékhelyek kihasználtságát nem csak az időjárás, hanem a területi elhelyezkedés is befolyásolja. Általánosságban elmondható, hogy a területi eloszlás egyenlőtlensége miatt az Észak-Magyarország, Észak-Alföld és a Dél-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl régiókban a téli időszakban az időszakos férőhelyek elindulása mellett is férőhelyhiány alakulhat ki, miközben az országos kihasználtság messze nem éri el a 100%-ot. Önmagában azonban az is igaz, hogy a kihasználtsági adatokat Budapest befolyásolja a legjobban. A Budapesten található ellátórendszer a legkitettebb az ellátottak számának alakulása tekintetében, mert itt található az országos férőhelyszám több mint 40%-a, de azt is figyelembe kell venni, hogy a hajléktalan személyek száma itt a legmagasabb. Illetve a fővárosra jellemző a rászoruló személyek „átmenő forgalma” is, ugyanis azok, akik keresztül mennek Budapesten, amíg az ország egyéb területeire tartanak, néhány éjszakát a fővárosi ellátórendszert veszik igénybe, ami indokolja a puffer férőhelyek fenntartását.

Demográfiai jellemzők

A hajléktalan emberek összetétele, problématerképe jelentős változásokon ment át az elmúlt években, (a hosszú hajléktalan múlttal rendelkező ügyfelek átlagéletkora nőtt, egészségi állapotuk romlott, pszichiátriai betegséggel rendelkezők a korábbiakhoz képest nagyobb arányban jelentek meg az ellátásban). A lakásvesztők mellett egyre nagyobb arányban jelennek meg azok, akik sohasem éltek megfelelő lakhatási körülmények között. Eltérő az ügyfelek önállósági szintje, egészségi és mentális állapota. A hajléktalanellátásnak mindeközben két ellentétesnek tűnő igényt kell kielégítenie: egyszerre kell lakhatást és szociális munkát biztosítani. Az ellátást igénybe vevők egy részének csak lakhatásra van szüksége, másik részük pedig egyáltalán nem boldogul a szociális munka nyújtotta támogatás nélkül. Az intézményvezetők beszámolóai alapján például az átmeneti szállók és a kiléptető szállások eredeti céljaikhoz képest jelentősen elmozdulás tapasztalható az idős, krónikus és pszichiátriai beteg ügyfelek tartós ellátása irányába. Az ellátók neheztelt körülmények között próbálnak lehetőségeikhez mérten egyénre szabott támogatást biztosítani ügyfeleik számára.³ (Balogi Anna, Bernát Anikó, Dr. Győri Péter, Tóbiás Dániel 2020. 116 oldal)

³ Balogi Anna - Bernát Anikó - Dr. Győri Péter - Tóbiás Dániel - Hajléktalan ellátó szolgáltatások átfogó vizsgálata - Intézményi gyakorlatok vizsgálata a kliensek kiléptetésével kapcsolatban 2020.

Általánosságban elmondható, hogy a hajléktalan ellátórendszerben 2018 decemberében megfordulók átlagéletkora mintegy 56 év volt. A hajléktalan ellátás vonatkozásában az igénybe vevők 75%-a volt férfi, és 25%-a nő.⁴

Ellátás altípus	átlag életkor	igénybe vevők száma	férfiak aránya	férfiak átlag életkora	nők aránya	nők átlag életkora
Éjjeli menedékhely	51,9	6 102	80%	51,7	20%	51,6
Hajléktalan személyek átmeneti szállása	56,1	5 153	76%	55,8	24%	56,2
Hajléktalan személyek nappali ellátása	51,9	13 402	74%	51,8	26%	51,6
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye	53	224	72%	52,6	28%	53,9
Hajléktalanok otthona	67,3	433	73%	66,6	27%	68,5
összesen	56	25 314	75%	55,7	25%	56,3

Mindez 2022-ben az alábbiak szerint alakult:

Hajléktalan ellátásban részesülők létszáma, átlagos életkora 2022 évben⁵

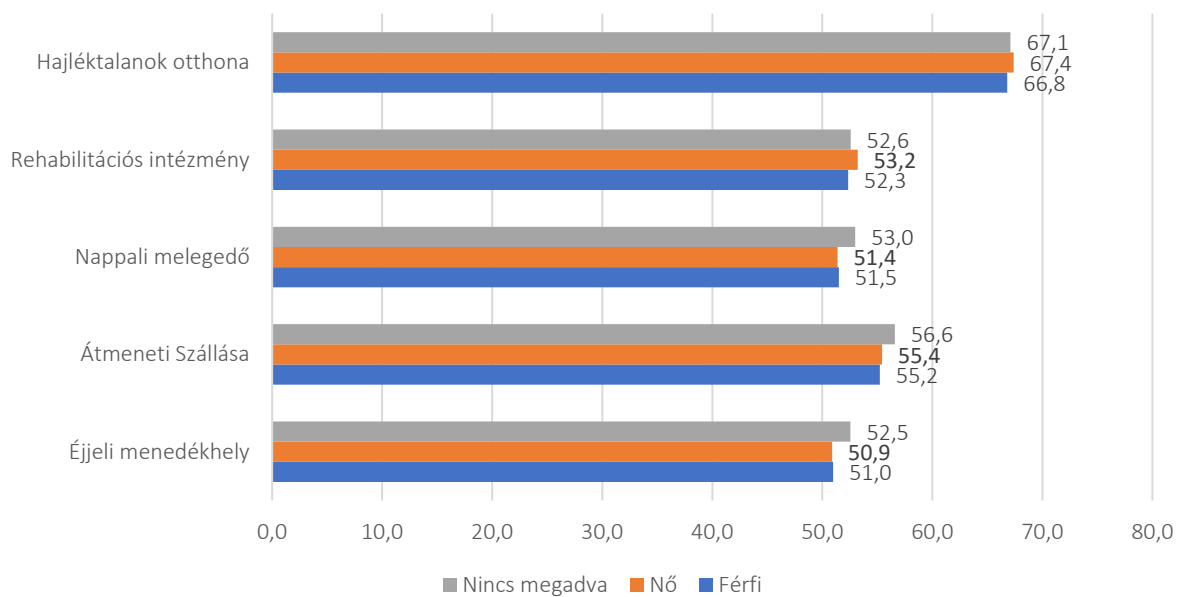
ellátástípus, nem	létszám	%	átlagos életkor
Éjjeli menedékhely, férfi	7 232	67%	51,0
Éjjeli menedékhely, nő	2 072	19%	50,9
Éjjeli menedékhely, nincs megadva	1 479	14%	52,5
Éjjeli menedékhely, összesen	10 783	100%	51,2
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, férfi	5 009	64%	55,2
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, nő	1 784	23%	55,4
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, nincs megadva	1 079	14%	56,6
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, összesen	7 872	100%	55,5
Hajléktalan személyek nappali ellátása, férfi	13 345	62%	51,5
Hajléktalan személyek nappali ellátása, nő	5 201	24%	51,4
Hajléktalan személyek nappali ellátása, nincs megadva	3 022	14%	53,0
Hajléktalan személyek nappali ellátása, összesen	21 568	100%	51,7
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye, férfi	217	67%	52,3
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye, nő	63	20%	53,2
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye, nincs megadva	43	13%	52,6
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye, összesen	323	100%	52,5

⁴ Forrás: KENYSZI adatok, 2018 decemberi igénybevétele alapján ellátásonként különböző személyek figyelembevételével

⁵ Forrás: KENYSZI adatok, 2022 év igénybevétele alapján ellátásonként különböző személyek figyelembevételével

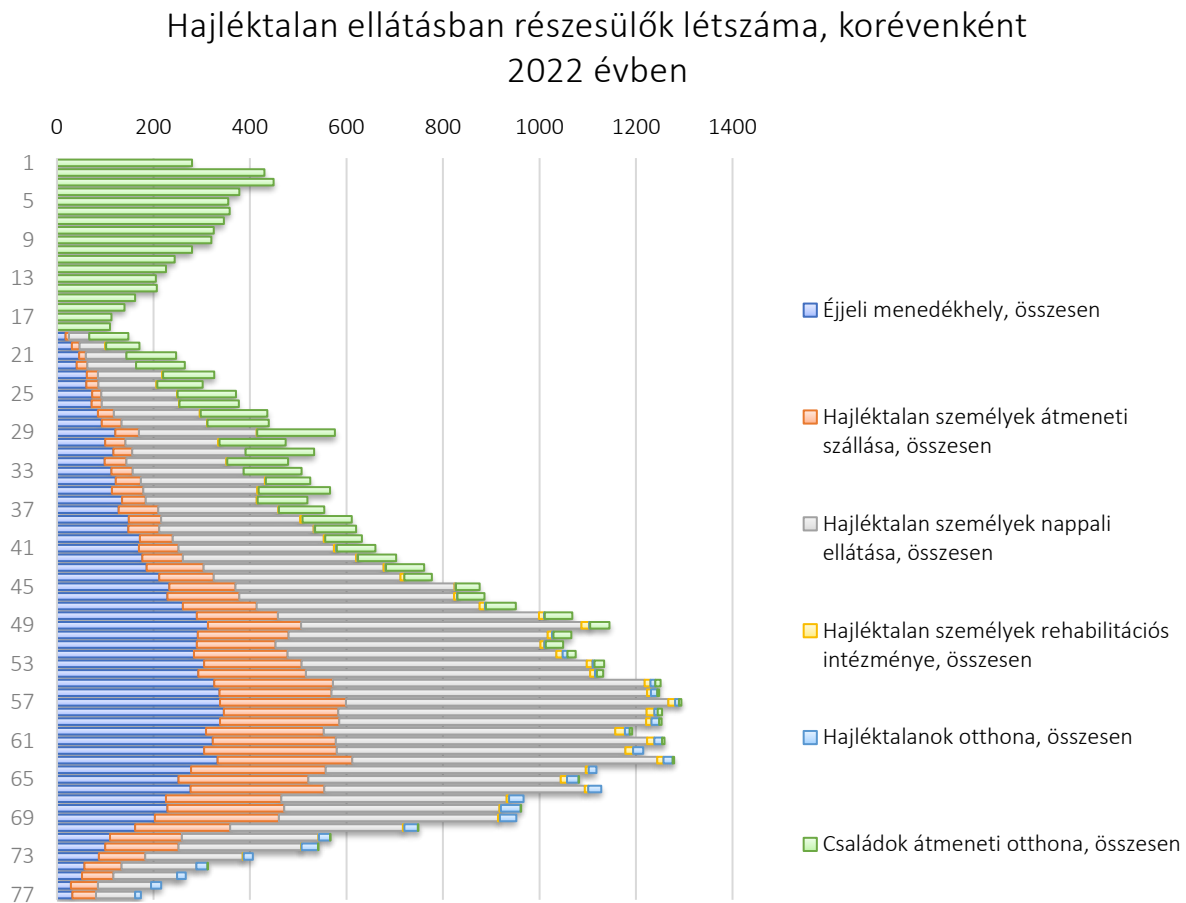
Hajléktalanok otthona, férfi	336	59%	66,8
Hajléktalanok otthona, nő	107	19%	67,4
Hajléktalanok otthona, nincs megadva	131	23%	67,1
Hajléktalanok otthona, összesen	574	100%	67,0

3. ábra: átlagéletkor ellátási altípus szerinti bontásban:



Az adatok figyelembevételével megállapítható, hogy 2018 decemberéhez viszonyítottan érdemi eltérés nem látható az ellátásokat igénybe vevő személyek átlagéletkorában (55,6 év). Ugyan a nemek arányában minimális változás mutatható ki – miszerint a nők aránya csökken – azonban az Igénybevevői Nyilvántartásban nem rögzített, nemekre vonatkozó adatok figyelembevételével vélelmezhetjük, hogy a nemek közötti arányban érdemi változás nem történt.

4. ábra: Hajléktalan ellátásban részesülők létszáma, korévenként 2022 évben



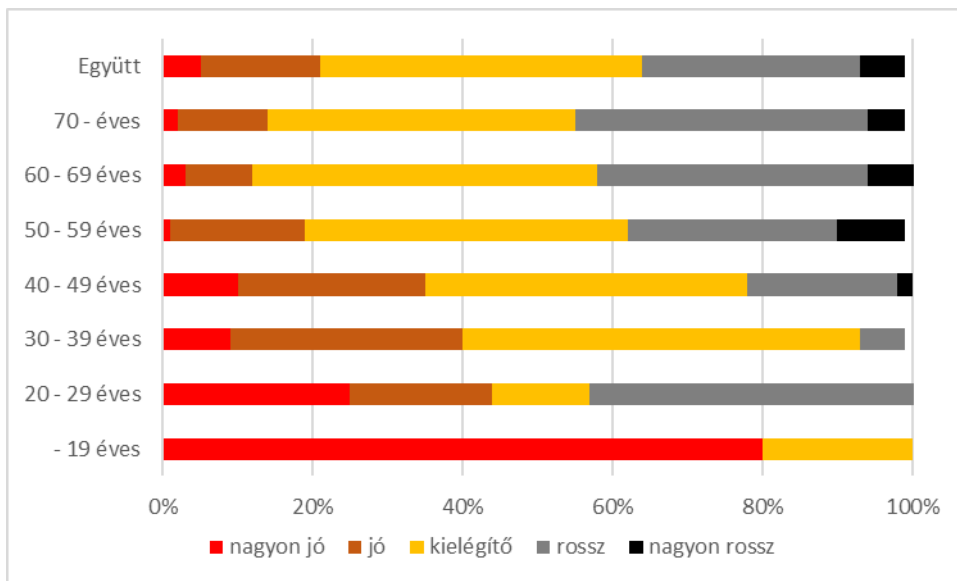
6

Figyelemmel a fenti adatokra megállapítható, hogy a hajléktalan személyek ellátásával érintett ügyfelek legszélesebb körben és gyakorlatilag a teljes korfát lefedve a nappali melegedőt veszik igénybe. A legfiatalabb nappali melegedőt igénybe vevő személy 2022-ben 18, míg a legidősebb 98 éves volt. A nappali melegedőt igénybe vevők medián életkora 2022-ben 54 év, az éjjeli menedékhelyet igénybe vevők medián életkora 53 év, míg az átmeneti szállást igénybe vevők medián életkora 58 év volt.

„A vizsgált populáció egészségi állapota (a saját maga megítélése alapján) általában kielégítőnek (43%), illetve rossznak (35%) mondható. Azt várnánk, hogy az életkor előrehaladtával csökken a jó és növekszik a rossz egészségi állapotban lévők aránya, azonban esetünkben ennél némileg bonyolultabb a helyzet. A válaszokból azt látjuk, hogy **laknak az átmeneti szállókon többen is olyan fiatalabbak, illetve középkorúak, akik vagy valóban rossz egészségi állapotban vannak, vagy legalábbis így érzik magukat.** Saját megítélésük szerint a közterületen élők sem érzik úgy, hogy az átmeneti szállókon lakóknál rosszabb lenne az egészségi állapotuk kivéve a 60 évesnél idősebb közterületen élőket, akik közül minden második ember maga is rossz, vagy nagyon rossz egészségi állapotról számolt be. Az ő ellátásuk nyilvánvalóan speciális feladatokat igényel. (Rákossy Zs. – Szeitl B. 2018)”

⁶ Forrás: KENYSZI adatok, Hajléktalan ellátásban részesülők létszáma, korévenként, 2022 évben

5. ábra: Átmeneti szállón lakók megoszlása az egészségi állapot szerint korcsoportonként



Az egészségi állapot önbevallásos megítélésénél borúsabb képet mutat annak megítélése, hogy az elmúlt időszakban (az elmúlt egy év során) javult, romlott, vagy éppen változatlan maradt-e a kérdezett egészségi állapota. **Igen magas arányban vannak olyan átmeneti szállókon lakók (39%), akik úgy érzik, inkább romlott az állapotuk, s ez nem különbözik a közterületen élők körében tapasztalhatótól (41%).** Az állapotromlás vagy -javulás egyértelműen összefügg az életkor előrehaladtával – s talán csak az lehet ennek pozitív ellenpontja, hogy a viszonylag fiatal átmeneti szálló-lakók számottevő arányban érzik úgy (32-38%), hogy inkább javult az állapotuk az elmúlt egy év során, miközben ezt a hasonló korú közterületen élők egyáltalán nem mondhatták el magukról (3-4%). **(Ha e mögött a megkapott, nyújtott segítség hatása is fölfedezhető, akkor az igen jelentős eredménynek tekinthető!)** (Balogi Anna, Bernát Anikó, Dr. Győri Péter, Tóbiás Dániel 2020. 62 oldal)⁷

⁷ Balogi Anna - Bernát Anikó - Dr. Győri Péter - Tóbiás Dániel - Hajléktalan ellátó szolgáltatások átfogó vizsgálata - Intézményi gyakorlatok vizsgálata a kliensek kiléptetésével kapcsolatban 2020.

Az ellátórendszer igénybevételeinek adatai⁸

Az alábbi táblázatból jól kivehető, hogy a 2022. évi igénybevételek esetén – ami a gyakorlatból is kitűnik – a halmozott intézményi igénybevétel lényegesen gyakoribb a csak egy intézményi ellátási altípushoz kapcsolódó igénybevételi adatokhoz viszonyítottan. Az adatokból is megállapítható, hogy önmagában csak a szálláshasználat nem képes kielégíteni az ügyfelek által támasztott igényeket, legyen szó éjjeli menedékhelyről, vagy átmeneti szállásról. Mindkét bentlakást nyújtó intézménytípus esetén jellemző, hogy az ellátottak a nappali melegedő szolgáltatásait is igénybe veszik. Úgy is, hogy az átmeneti szállása szolgáltatásai között több olyan is megjelenik, amelyet a nappali melegedő is nyújt, továbbá az éjjeli menedékhellyel szemben az átmeneti szállása a nap 24 órájában nyitva tart. Az éjjeli menedékhelyek és nappali melegedők együttes igénybevételét az is erősíti, hogy a szociálpolitikáért felelős miniszter által kijelölt nappali melegedők az esetek döntő többségében egy telephelyen található az éjjeli menedékhelyekkel és az éjjeli menedékhelyet igénybe vevő személyek az éjjeli menedékhely zárva tartásának időszakában a nappali melegedő szolgáltatásait veszik igénybe.

Hajléktalan ellátásban részesülők létszáma, ellátástípusok szerint, 2022 évben:

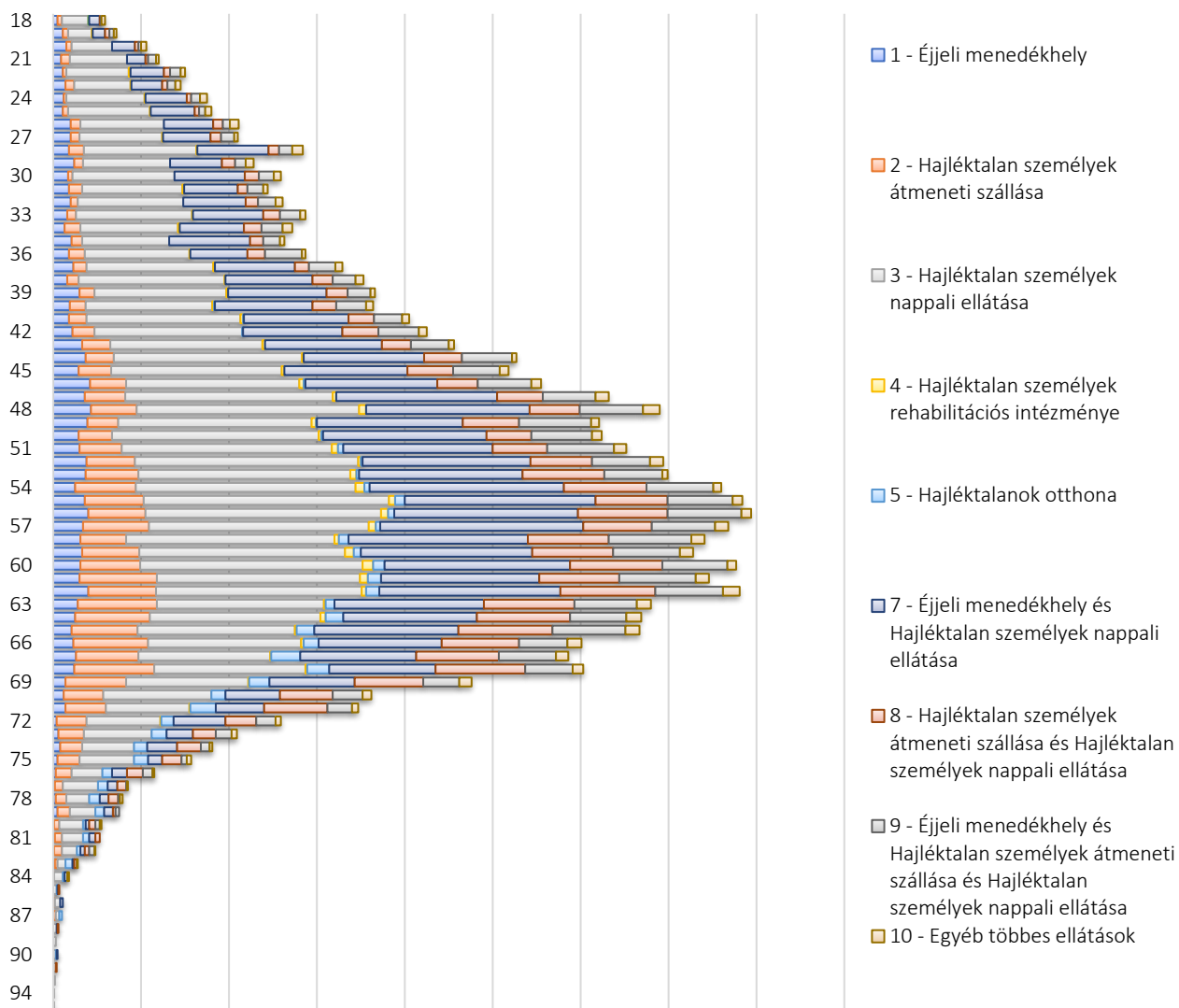
ellátás típusok, kombinációk	létszám
egyféle ellátás esetén	
1 - Éjjeli menedékhely	1 344
2 - Hajléktalan személyek átmeneti szállása	2 248
3 - Hajléktalan személyek nappali ellátása	9 297
4 - Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye	167
5 - Hajléktalanok otthona	438
több ellátást igénybe vevők	
6 - Éjjeli menedékhely és Hajléktalan személyek nappali ellátása	6 669
7 - Hajléktalan személyek átmeneti szállása és Hajléktalan személyek nappali ellátása	2 813
8 - Éjjeli menedékhely és Hajléktalan személyek átmeneti szállása és Hajléktalan személyek nappali ellátása	2 462
9 - Egyéb többes ellátások	566
létszám összesen	26 004

Párhuzamos igénybevételek⁹

A KENYSZI adatok tükrében a leggyakrabban párhuzamosan igénybe vett szolgáltatások az éjjeli menedékhely és a hajléktalan személyek nappali ellátásai, valamint a hajléktalan személyek átmeneti szállása és hajléktalan személyek nappali ellátásai voltak (*minTEgy 6 669 és 2 813 különböző személy*).

⁸ Forrás: KENYSZI 2022. évben legalább egy napon ellátást igénybe vevő különböző személyek

⁹ N=26 004 különböző személy

6. ábra: Ellátási kombinációk életkor szerinti bontásban¹⁰

Érdemes még megemlíteni, hogy a családok átmeneti otthonát (a továbbiakban: CSÁO) igénybe vevők - elsősorban a CSÁO-k 18 év feletti igénybe vevői - egy része is használja a hajléktalan személyeknek biztosított ellátásokat az alábbiak szerint:

Ellátási kombináció	Ellátott különböző személyek száma 2022 évben
Hajléktalan személyek nappali ellátása, Családok átmeneti otthona	70
Éjjeli menedékhely, Hajléktalan személyek nappali ellátása, Családok átmeneti otthona	40
Éjjeli menedékhely, Családok átmeneti otthona	21

¹⁰ Forrás: KENYSZI 2022. évben legalább egy napon ellátást igénybe vevő különböző személyek

Éjjeli menedékhely, Hajléktalan személyek átmeneti szállása, Hajléktalan személyek nappali ellátása, Családok átmeneti otthona	17
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, Családok átmeneti otthona	9
Hajléktalan személyek átmeneti szállása, Hajléktalan személyek nappali ellátása, Családok átmeneti otthona	6
Hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye, Családok átmeneti otthona	2

A hajléktalanság változó arca

A hajléktalanságról kialakult társadalmi kép hosszú időn keresztül elsősorban a munkanélküliséghez, az alkoholproblémákhoz és a lakásvesztéshez kapcsolódott. A rendszerváltást követően tömegesen jelentek meg azok a személyek, akik gazdasági okokból, a munkahelyek megszűnése, az elszegényedés vagy a családi kapcsolatok felbomlása következtében veszítették el lakhatásukat. A hajléktalanság ekkor elsősorban szociálpolitikai és lakhatási problémaként jelent meg.

Az elmúlt másfél-két évtized során azonban fokozatos változás következett be a hajléktalan populáció összetételében. A hajléktalanellátó intézmények ügyfélköre egyre inkább két, jól elkülöníthető csoportra osztható. Az első csoportba azok a személyek tartoznak, akik valamilyen krízishelyzet következtében veszítik el lakhatásukat, azonban megfelelő támogatás mellett nagy eséllyel visszavezethetők az önálló életvitelhez. A második csoportot azok alkotják, akik hosszú idő óta hajléktalan élethelyzetben élnek, egészségi állapotuk jelentősen romlott, társadalmi kapcsolataik beszűkültek, és önálló életvezetésük csak korlátozottan vagy egyáltalán nem képzelhető el.

A szakmai tapasztalatok alapján egyre inkább ez utóbbi csoport válik meghatározóvá a bentlakásos hajléktalanellátó intézményekben. Míg korábban az átmeneti szállás a társadalomba való visszatérés egyik fontos állomásának számított, addig napjainkra egyre több intézményben jelent meg az a jelenség, hogy az eredetileg re-integrációs célból létrehozott férőhelyeken tartós gondozást igénylő ügyfelek élnek. Az intézményrendszer egy része így fokozatosan olyan funkciókat kezdett ellátni, amelyek eredetileg nem szerepeltek alapfeladatai között.

Az idősödő hajléktalan populáció

A hajléktalanellátás egyik legjelentősebb változása az ügyfélkör látványos előregedése. A KENYSZI-adatok alapján a hajléktalanellátásban megjelenő személyek átlagéletkora már 2018-ban megközelítette az 56 évet, és az ezt követő években sem mutatott érdemi csökkenést. Az átmeneti szállások igénybevevőinek átlagéletkora 2022-ben 55,5 év volt, míg a hajléktalanok otthona szolgáltatást igénybe vevők átlagéletkora elérte a 67 évet.

A beteg hajléktalan embereket ellátó intézmények adatai még markánsabb képet mutatnak. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Feszty Árpád utcai és a Fő utcai intézményeiben¹¹ 2016-ban ellátott 191 ember közül a legnagyobb csoportot a 61-70 év közötti korosztály alkotta, amely az összes ellátott 37%-át jelentette. A 71 év felettiek ugyan kisebb arányban jelentek meg, de figyelemre méltó jelenség, hogy a 30 év alatti ellátottak száma alig érte el az összes ügyfél egy százalékát. Az ellátottak átlagéletkora mintegy 57 év volt.

Ez a jelenség több szempontból is jelentős. Egyrészt azt mutatja, hogy a hajléktalanság nem kizárólag átmeneti élethelyzetként jelenik meg, hanem sok esetben évtizedeken át fennmaradó állapotként. Másrészt arra utal, hogy az ellátórendszerben egyre nagyobb számban jelennek meg olyan emberek,

¹¹ Magyar Máltai Szeretetszolgálat Gondviselés Háza, hajléktalan személyek átmeneti szállása, illetve Befogadás Háza, hajléktalan személyek átmeneti szállása

akiknek szükségletei már inkább hasonlítanak az idősgondozásban ellátott személyekéhez, mint a klasszikus hajléktalanellátás ügyfélköréhez.

Az öregedés következményei nem csupán a betegségek számának emelkedésében mutatkoznak meg. Az idősebb hajléktalan emberek esetében gyakoribb a mozgáskorlátozottság, az önellátási képesség csökkenése, a demencia, a krónikus fájdalom, valamint a szociális izoláció. Ezek a tényezők önmagukban is indokolják a hagyományos szállásnyújtó ellátások újragondolását.

A hajléktalan populáció egészségi állapotának romlása

Az életkor növekedése önmagában nem magyarázza a hajléktalan emberek egészségi állapotában tapasztalható súlyos problémákat. Az utcán vagy intézményi környezetben eltöltött hosszú idő, a szegénység, a nem megfelelő táplálkozás, a folyamatos stressz, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés együttesen gyorsítják a biológiai öregedést.

A vizsgált intézményekben ellátott személyek egészségi állapota egyértelműen ezt a folyamatot tükrözi. A 191 főre vonatkozó adatfelvétel során összesen 715 diagnózist regisztráltak. Ez azt jelenti, hogy egy ellátottra átlagosan közel négy különböző diagnózis jutott. Az esetek jelentős részében ugyanazon személynél egyszerre jelent meg szív- és érrendszeri betegség, pszichiátriai zavar, mozgásszervi probléma, valamint valamilyen krónikus légzőszervi vagy emésztőrendszeri megbetegedés.

A leggyakoribb betegségek közé a keringési megbetegedések tartoztak, amelyek az ellátottak 69%-át érintették. Emellett magas volt a mozgásszervi problémák, az emésztőrendszeri betegségek, a neurológiai állapotromlás és a légzőszervi megbetegedések előfordulása is. Különösen figyelemre méltó a pszichiátriai problémák előfordulása, amelyek az ellátottak számát meghaladó mértékben jelentek meg, vagyis több esetben egy személy egyszerre több pszichiátriai diagnózissal is rendelkezett.

Minderre jól alkalmazható a szakirodalomban ismert multimorbiditás fogalma, amely több krónikus betegség egyidejű fennállását jelenti. A hajléktalan populáció esetében azonban ez a jelenség nem kivételnek, hanem szinte általánosnak tekinthető. A beteg hajléktalan emberek jelentős része ugyanis nem egyetlen jól körülhatárolható egészségügyi problémával lép be az ellátórendszerbe, hanem egyszerre több szakterületet érintő szükséglettel rendelkezik.

A hajléktalanság és az intézményrendszer új kihívásai

A populáció előregedése és egészségügyi állapotának romlása szükségszerűen új kihívások elé állítja az ellátórendszert. Az átmeneti szállások, éjjeli menedékhelyek és nappali melegedők eredetileg nem arra a célra jöttek létre, hogy súlyosan beteg, mozgáskorlátozott vagy tartós ápolásra szoruló embereket lássanak el. A valóság azonban egyre inkább ezt a szerepet kényszeríti rájuk.

A beteg hajléktalan embereket ellátó intézmények kihasználtsági mutatói jól szemléltetik ezt a nyomást. A vizsgált intézmények telítettsége tartósan 100% körül alakult, miközben az ellátottak átlagosan 226 napot töltöttek az intézményekben. A hosszú tartózkodási idő arra utal, hogy az ellátottak jelentős részének nincs reális lehetősége az önálló lakhatás megteremtésére, ugyanakkor egészségi állapotuk miatt más intézményi forma sem képes őket befogadni.

Ennek következtében fokozatosan kirajzolódik egy új célcsoport: azok a beteg, idősödő hajléktalan emberek, akik számára sem a klasszikus hajléktalanellátás, sem az idősgondozás, sem az egészségügyi ellátórendszer nem tud önmagában megfelelő megoldást biztosítani. Az ő esetükben olyan integrált szolgáltatásokra van szükség, amelyek egyidejűleg képesek kezelni a lakhatási, egészségügyi és szociális szükségleteket.

A fejezet legfontosabb megállapítása

A hajléktalan populáció átalakulása nem egyszerű demográfiai jelenség, hanem az ellátórendszer egészét érintő strukturális kihívás. Az idősödő, multimorbid hajléktalan emberek növekvő száma azt jelzi, hogy a hajléktalanság ma már nem elsősorban lakhatási probléma, hanem egyre inkább egészségügyi és szociális gondozási kérdés is. A jövő hajléktalanellátásának ezért az integrált, szociomedikális megközelítés irányába kell elmozdulnia.

II. fejezet: A multimorbiditás és a beteg hajléktalan emberek egészségügyi profilja

A multimorbiditás mint alapállapot

A hajléktalan emberek egészségi állapotáról folyó szakmai gondolkodást hosszú időn keresztül elsősorban egy-egy domináns probléma határozta meg. A közbeszédben leggyakrabban az alkoholdependencia, a pszichiátriai betegségek, a fertőző betegségek vagy a rossz higiénés körülményekből fakadó egészségkárosodások kerültek előtérbe. A beteg hajléktalan emberekkel végzett napi munka azonban ennél lényegesen összetettebb képet mutat. Az egészségügyi problémák döntő többsége nem önállóan, hanem egymással párhuzamosan, egymást erősítve jelenik meg.

A Fő utcai és Feszty Árpád utcai intézményekben 2016-ban végzett adatfelvétel során 191 ellátott egészségügyi dokumentációjának feldolgozására került sor. Az elemzés összesen 715 diagnózist azonosított, ami személyenként átlagosan 3,74 dokumentált betegséget jelentett. A tényleges szám ennél vélhetően még magasabb volt, hiszen számos esetben az intézménybe történő bekerülést követő kivizsgálások során újabb betegségek kerültek felismerésre.

A számok önmagukban is figyelemre méltóak, ugyanakkor valódi jelentőségük akkor válik érthetővé, amikor összevetjük őket az általános ellátási modellek logikájával. Az egészségügyi rendszer jellemzően egy domináns diagnózis mentén szerveződik. A szociális ellátórendszer szintén egy elsődleges probléma mentén közelít az ügyfélhez. A beteg hajléktalan emberek esetében azonban az egyén ritkán rendelkezik egyetlen fő problémával. Sokkal inkább olyan komplex egészségügyi és szociális állapottal találkozunk, amelyben egyszerre vannak jelen belgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai, addiktológiai és szociális szükségletek.

Ennek megfelelően a multimorbiditás nem kivételes jelenségnek, hanem az ellátott populáció egyik meghatározó jellemzőjének tekinthető.

A betegségek szerkezete

A vizsgált populáció egészségügyi profilja jól tükrözi az előregedő, hosszú ideje társadalmi hátrányok között élő emberek állapotát.

1. táblázat: A leggyakoribb betegségek előfordulása a vizsgált populációban (N=191)

Betegségcsoport	Esetszám	Előfordulás
Pszichiátriai megbetegedések	206	108%
Keringési betegségek	132	69%
Mozgásszervi betegségek	88	46%
Emésztőrendszeri betegségek	65	34%
Bőrbetegségek	59	31%
Neurológiai betegségek	53	28%
Légzőszervi betegségek	38	20%

Kiválasztó szervrendszeri betegségek	30	16%
Érzékszervi betegségek	26	14%
Daganatos betegségek	18	9%

Az adatok egyik legfontosabb üzenete, hogy a pszichiátriai betegségek előfordulása meghaladta a teljes populáció létszámát. Ez nem statisztikai hiba, hanem azt jelzi, hogy több ügyfél esetében egyszerre több pszichiátriai vagy addiktológiai eredetű probléma állt fenn.

A keringési betegségek dominanciája

A keringési rendszer betegségei a vizsgált ügyfélkör közel hetven százalékát érintették. A magas vérnyomás, a szívelégtelenség, az érelmeszesedés, a stroke és a stroke utáni maradványállapotok rendszeresen megjelentek az egészségügyi dokumentációkban.

A hajléktalan populáció esetében a keringési betegségek megjelenése több tényezőre vezethető vissza.

Elsőként említhető a hosszú évekig fennálló kezeletlen magas vérnyomás. Sok ügyfél kizárólag az intézményi bekerülést követően kerül rendszeres gyógyszeres kezelés alá. Másodsorban jelentős szerepet játszik a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nem megfelelő táplálkozás és a krónikus stressz. Harmadrészt a rendszeres egészségügyi kontroll hiánya miatt a betegségek gyakran csak előrehaladott állapotban kerülnek felismerésre.

Jól mutatja a probléma súlyosságát, hogy a vizsgált populációban számos amputáció, stroke következtében kialakult féloldali bénulás, illetve súlyos mozgáskorlátozottság is dokumentálható volt.

A pszichiátriai és addiktológiai problémák szerepe

A hajléktalan emberek egészségi állapotának vizsgálata nem végezhető el a mentális betegségek figyelembevétele nélkül.

A dokumentációk alapján a pszichiátriai problémák kiemelkedő gyakorisággal fordultak elő. Ide tartoztak:

- alkoholdependencia,
- depresszió,
- személyiségzavarok,
- paranoid tünetcsoportok,
- szkizofrénia spektrumzavarok,
- demencia,
- egyéb mentális és viselkedészavarok.

A pszichiátriai betegségek vizsgálata során fontos hangsúlyozni, hogy azok nem egyszerűen kísérőjelenséggként jelennek meg. Sok esetben közvetlenül hozzájárultak a hajléktalanná váláshoz, majd később a hajléktalan életmód fenntartásához is. A mentális állapotromlás csökkenti a munkavállalási képességet, rontja a kapcsolatok fenntartásának esélyeit és megnehezíti az együttműködést az ellátórendszerrel.

A hajléktalanság és a pszichiátriai betegségek kapcsolata ezért sok esetben kölcsönösen erősítő folyamatként írható le.



A *(beteg)* hajléktalan emberek sajátos jellemzője a funkcionális képességek korai elvesztése.

A 191 főből 49 személy valamilyen mozgást segítő eszköz használatára szorult. A kerekesszék, a járókeret vagy a rollátor alkalmazása messze meghaladta azt az arányt, amely a hajléktalanellátás hagyományos képével összekapcsolható lenne.

A mobilitás csökkenésének hátterében több tényező állt:

- stroke utáni állapotok,
- amputációk,
- cukorbetegség szövődményei,
- ortopédiai elváltozások,
- traumás sérülések,
- fagyási sérülések,
- neurológiai megbetegedések.

Mindez különösen fontossá teszi az akadálymentesítést, a gyógytorna és az egészségügyi rehabilitáció szerepét a hajléktalanellátáson belül.

A láthatatlan gondozási szükséglet

A diagnózisok önmagukban nem mutatják meg az ellátási igény teljes mértékét. A vizsgált intézményekben az alábbi egészségügyi beavatkozások rendszeresen váltak szükségessé:

Beavatkozás	Esetszám
Rendszeres kötözés	37
Rendszeres fürdetés	25
Érszűkület miatti amputáció	11

Szürkehályog műtétet követő gondozás	11
Törések utáni rehabilitáció	6
Dialízis	1

Ezek a számok arra utalnak, hogy az intézmények jelentős részben olyan feladatokat láttak el, amelyek túlmutatnak a klasszikus szociális gondozáson. A rendszeres sebkezelés, a napi higiénés segítségnyújtás, a gyógyszerelés és az egészségügyi monitorozás folyamatos szakmai jelenlétet igényeltek.

Ez a modell jól mutatja, hogy a beteg hajléktalan emberek egészségi állapota nem írható le egyetlen diagnózissal. Sokkal inkább egy olyan összetett szükségleti rendszerrel találkozunk, amelyben az egészségügyi, mentális és szociális problémák egymástól elválaszthatatlanul jelennek meg.

Következtetések

A vizsgált populáció egészségügyi jellemzői alapján kijelenthető, hogy a hajléktalan emberek jelentős része multimorbid betegként jelenik meg az ellátórendszerben. A krónikus betegségek, a pszichiátriai problémák, a mozgáskorlátozottság és a funkcionális állapotromlás együttes jelenléte alapvetően kérdőjelezi meg azt a szemléletet, amely a hajléktalanságot kizárólag lakhatási problémaként értelmezi. A beteg hajléktalan emberek esetében a sikeres segítségnyújtás feltétele olyan integrált szolgáltatási rendszer kialakítása, amely egyszerre képes egészségügyi, gondozási és szociális szükségleteik kezelésére.

III. fejezet: Az integrált szociomedikális ellátási modell kialakulása és működése

Amikor a szociális ellátás már nem elég, de a kórház sem megoldás

A hajléktalan emberek ellátásának egyik legnehezebb kérdése, hogy számos esetben sem az egészségügyi, sem a szociális ellátórendszer önmagában nem képes megfelelő választ adni az ügyfelek szükségleteire. A klasszikus egészségügyi intézmények feladata elsősorban az akut állapotok kezelése, a diagnózis felállítása és a terápiás folyamat elindítása. A szociális intézmények ezzel szemben lakhatást, gondozást, ügyintézési segítséget és mentális támogatást biztosítanak. A beteg hajléktalan emberek élethelyzete azonban e két rendszer határán helyezkedik el.

A gyakorlatban naponta jelennek meg olyan ügyfelek, akik már nem igényelnek aktív kórházi kezelést, ugyanakkor egészségi állapotuk miatt egy éjjeli menedékhelyen vagy hagyományos átmeneti szálláson sem helyezhetők el biztonságosan. Tipikus példa erre a törések utáni rehabilitáció, az amputációt követő lábadozás, a stroke maradványtüneteivel élő betegek gondozása, a COPD súlyos stádiumában lévő személyek folyamatos megfigyelése, vagy a daganatos betegséggel élő emberek állapotkövetése.

A hajléktalan ember számára az egészségügyi ellátásból történő elbocsátás sok esetben valójában nem a gyógyulás végét, hanem egy újabb krízis kezdetét jelenti. A „saját otthonában lábadozzon” egészségügyi logika ugyanis nem alkalmazható olyan személyre, akinek nincs saját otthona. Éppen ebből a problémából született meg Magyarországon a lábadozó típusú intézmények gondolata, amelyek az egészségügyi és szociális rendszerek közötti átmeneti térként működnek.

A szociomedikális megközelítés elméleti alapjai

A beteg hajléktalan emberek ellátásában a problémák nem választhatók szét szigorúan egészségügyi és szociális dimenziókra. Egy amputált, alkoholdependens, lakhatással nem rendelkező, jövedelem nélküli ember esetében nem létezik olyan beavatkozás, amely kizárólag az egyik problémára koncentrálna tartós eredményt tudna elérni.

A vizsgált intézmények működésének egyik legfontosabb tanulsága éppen az, hogy sikeres rehabilitáció csak akkor valósulhat meg, ha az egyén problémarendszerét komplex egészként kezeljük. Megfigyelhető, hogy a hajléktalanság és az egészségromlás kölcsönösen erősítő folyamatot alkot. Ebből következően az ellátásnak is egyszerre kell reagálnia mindkét terület problémáira.

Az integrált betegút

A gyakorlatban kialakult ellátási folyamat jól leírható egy többlépcsős betegút-modell segítségével.

Azonosítás

Az ügyfél rendszerint valamelyik alábbi ponton kerül a rendszer látókörébe:

- utcai gondoó szolgálat,
- egészségügyi centrum,
- kórházi osztály,
- éjjeli menedékhely,
- átmeneti szállás,
- közterületi krízishelyzet.

A 2016-os adatok alapján a legnagyobb számban kórházakból (55 fő) és közterületekről (57 fő) érkeztek ügyfelek a lábadozó intézményekbe.

Állapotfelmérés

A bekerülést követően megtörténik:

- az egészségügyi státusz rögzítése;
- a szociális interjú;
- a lakhatási helyzet vizsgálata;
- a mentális állapot felmérése;
- a jövedelmi helyzet feltérképezése.

A gyakorlat egyik gyakori tapasztalata volt, hogy a bekerüléskor ismert diagnózisok száma jelentősen bővült az első hetek során. Az intézménybe utalt ügyfelek sokszor összetettebb egészségkárosodással rendelkeztek, mint amit az átadó intézmények dokumentációja jelzett.

Stabilizáció

Ez a szakasz foglalja magában:

- gyógyszerelés rendezését;
- ápolást és sebkezelést;
- rendszeres orvosi kontrollt;
- megfelelő táplálkozás biztosítását;
- higiénés segítségnyújtást;
- mozgásrehabilitációt.

A dokumentáció alapján az ellátottak jelentős része napi szintű kötözést, fürdetést vagy egyéb egészségügyi segítséget igényelt.

A szociális munka szerepe az egészségügyi rehabilitációban

Talán a legnagyobb szakmai félreértés, hogy a lábadozó intézményekben az egészségügyi tevékenység dominál. A gyakorlat ennek éppen az ellenkezőjét bizonyítja.

Az egészségügyi rehabilitáció eredményességének egyik legfontosabb feltétele a párhuzamos szociális munka.

A gondozási folyamat során rendszeresen szükségessé vált:

- személyi okmányok pótlása;
- TAJ-jogviszony rendezése;
- nyugdíjigény benyújtása;
- rokkantsági ellátások ügyintézése;
- közgyógyellátás megszerzése;
- hozzátartozók felkutatása;
- további intézményi elhelyezés megszervezése.

Az egészségügyi állapot javulása önmagában ritkán jelentett elegendő feltételt a rendszerből való kilépéshez. Az ügyfelek jelentős része csak akkor tudott továbblépni, ha szociális helyzete is stabilizálódott.

Tesszük fel a talán költői kérdést: miért nem elegendő önmagában sem az egészségügyi, sem a szociális ellátórendszer a beteg hajléktalan emberek problémáinak kezelésére? A vizsgált intézmények működési tapasztalatai alapján három olyan tipikus helyzet azonosítható, amelyek jól szemléltetik az integráció hiányából fakadó rendszerhibákat.

A. Az egészségügyi dominancia csapdája

Az első esetben az egészségügyi beavatkozás sikeresen megtörténik. A beteg megkapja a szükséges kórházi kezelést, állapota stabilizálódik, ezért az egészségügyi intézmény elbocsátja. A probléma azonban az, hogy a gyógyulás társadalmi feltételei gyakran hiányoznak. Az érintett személy nem rendelkezik megfelelő lakhatással, rendszeres jövedelemmel, támogató családi háttérrel vagy olyan kapcsolati hálóval, amely segíthetné a felépülés folyamatát. Ennek következtében az egészségügyi intézményből történő távozást gyakran újabb utcai lét követi, amely rövid időn belül az egészségi állapot újbóli romlásához vezet. A folyamat végén az egyén ismét egészségügyi ellátásra szorul, és újra megjelenik a kórházi rendszerben. Így egy olyan ismétlődő körforgás alakul ki, amelyben az egészségügyi kezelés ugyan megtörténik, de a munkaképességet, lakhatást vagy társadalmi integrációt érintő problémák megoldatlanok maradnak.

B. A szociális dominancia csapdája

A második helyzetben az ellátórendszer elsődlegesen lakhatási és szociális választ ad a problémára. Az ügyfél szállást, étkeztést és szociális támogatást kap, azonban az egészségügyi szükségletek kezelése nem megfelelő mélységben történik meg. A krónikus betegségek, pszichiátriai problémák vagy mozgásszervi károsodások folyamatos gondozás hiányában fokozatosan súlyosbodnak. Az ellátott ugyan rendelkezik lakhatással, de állapota folyamatosan romlik, önálló képessége csökken, rehabilitációs lehetőségei beszűkülnek, és idővel már a meglévő ellátási forma sem képes biztonságosan kezelni szükségleteit. A kizárólag szociális megközelítés ezért ugyanúgy zsákutcába vezethet, mint a kizárólag egészségügyi szemlélet.

C. A párhuzamos ellátások problémája

A harmadik tipikus kudarcforrás akkor jelenik meg, amikor az ügyfél egyszerre több ellátó rendszerrel is kapcsolatban áll, de ezek között nincs érdemi koordináció. A hajléktalan ember párhuzamosan lehet kapcsolatban háziorvossal, kórházi szakrendeléssel, pszichiátriai szolgáltatással, utcai szolgálattal, átmeneti szállással vagy más szociális intézménnyel. Bár az egyes szereplők önmagukban megfelelő szakmai munkát végezhetnek, a közös célok, a folyamatos kommunikáció és az összehangolt esetkezelés hiánya miatt az ellátási folyamat széttöredezetté válik. Az ügyfél szempontjából ez gyakran azt eredményezi, hogy ugyanazon problémákkal többször is foglalkoznak, míg más problémák kezelés nélkül maradnak. Az ellátási út követhetetlenné válik, ami jelentősen rontja a beavatkozások eredményességét.

A Baross-modell mint rendszerszintű válasz

A Baross utcai fejlesztési koncepció¹² egyik legfontosabb újítása az volt, hogy nem különálló intézményeket kívánt létrehozni, hanem egy egymásra épülő, integrált szolgáltatási rendszert. A modell alap gondolata szerint az ügyfélnek nem egy adott intézményhez kell alkalmazkodnia, hanem az ellátási rendszernek kell alkalmazkodnia az ügyfél aktuális egészségi és szociális szükségleteihez. Az ellátott az állapotának megfelelő szolgáltatási szintre kerül, majd állapotváltozás esetén lehetősége van arra, hogy az ellátási lépcsők között mozogjon.

A modell az utcai gondozással kezdődik, ahol az ellátórendszer kapcsolatba kerül a segítségre szoruló személlyel. Ezt követi az egészségi és szociális állapot felmérése, valamint szükség esetén az egészségügyi centrumban történő stabilizáció. Az akut problémák rendezését követően az ügyfél lábadozó vagy szociomedikális ellátásba kerülhet, ahol egyszerre valósul meg az egészségügyi rehabilitáció és a szociális esetkezelés. A következő lépcsőt a rehabilitációs folyamat jelenti, amelynek célja az önállóság növelése, a készségek fejlesztése és a hosszabb távú élethelyzet rendezése. Ennek eredményeként az érintett személy

¹² Alagi Szilárd koncepciója egy jövőbeni szociomedikális központ létrehozásának lehetőségéről (2017)

támogatott lakhatásba, külső férőhelyre, hajléktalanok otthonába vagy más, állapotának megfelelő ellátási formába kerülhet.

A modell legfontosabb sajátossága, hogy megszünteti azt a hagyományosan meglévő szakadékot, amely az egészségügyi és a szociális ellátórendszer között húzódik. Az integrált működés következtében az ügyfél nem különálló szolgáltatások sorával találkozik, hanem egy egységes ellátási folyamat részesévé válik. A Baross-modell legfontosabb üzenete ezért nem egy új intézmény létrehozása, hanem annak felismerése, hogy a beteg hajléktalan emberek szükségletei csak egy összehangolt, szociomedikális szemléletű ellátórendszerben kezelhetők eredményesen.

Fejezetzáró következtetések

A beteg hajléktalan emberek ellátása során az egészségügyi és szociális szükségletek olyan mértékben összefonódnak, hogy azok egymástól elválasztva nem kezelhetők eredményesen. A vizsgált intézmények gyakorlata azt mutatja, hogy a sikeres rehabilitáció feltétele egy olyan integrált szociomedikális modell működtetése, amely egyszerre biztosít egészségügyi stabilizációt, szociális esetkezelést, rehabilitációt és hosszú távú gondozást. Az ellátórendszer jövőbeli fejlesztése során ezért nem önálló szolgáltatások létrehozása, hanem a rendszerek közötti kapcsolatok megerősítése tekinthető a legfontosabb feladatnak.

IV. fejezet: Reintegráció, intézményi utak és az ellátórendszerből való kilépés dilemmái

A rehabilitáció fogalmának újraértelmezése

A hajléktalanellátás szakmai céljait általában a társadalmi reintegráció fogalmával írjuk le. A közgondolkodásban ez legtöbbször azt jelenti, hogy az ellátott önálló lakhatáshoz jut, munkát vállal, és tartósan elhagyja az ellátórendszert. A beteg és idősödő hajléktalan emberek esetében azonban ez a megközelítés gyakran túlságosan leegyszerűsítő.

A vizsgált populáció jelentős része olyan mértékű egészségkárosodással, pszichiátriai problémával vagy funkcionális állapotromlással rendelkezik, amely mellett az önálló életvitel helyreállítása már nem minden esetben tekinthető reális célnak. A reintegráció fogalmát ezért szükséges tágabban értelmezni. Az eredményesség nem kizárólag az önálló lakhatás elérésében mérhető, hanem abban is, hogy az érintett személy stabilabb, biztonságosabb és emberhez méltóbb élethelyzetbe kerül-e.

A beteg hajléktalan emberek esetében a rehabilitáció gyakran nem visszatérést jelent egy korábbi állapothoz, hanem egy új, fenntartható élethelyzet kialakítását.

Az intézménybe vezető utak

A reintegrációs folyamat megértéséhez először azt szükséges megvizsgálni, hogy az ellátottak honnan érkeznek az intézményekbe.

A 2016-os adatok alapján a 191 vizsgált személy az alábbi forrásokból került be az ellátásba:

2. táblázat: Belépési pontok a lábadozó ellátásba

Honnan érkezett	Fő	%
Utca	57	29,8
Kórház	55	28,8
Málta átmeneti szállás	23	12
Málta éjjeli menedékhely	20	10,5
24 órás egészségügyi centrum	17	8,9
Külső átmeneti szállás	5	2,6
Külső éjjeli menedékhely	5	2,6
Hajléktalanok otthona	5	2,6
Lakás	2	1
Egyéb	2	1
Összesen	191	100

Az adatok alapján két domináns belépési út figyelhető meg.

Az első a közterületről érkező ügyfelek csoportja. Esetükben az utcai gondozó szolgálatok és az egészségügyi centrumok játszanak kulcsszerepet az ellátásba kerülés elősegítésében.

A második csoportot a kórházból érkezők alkotják. Esetükben már megtörtént az akut egészségügyi probléma kezelése, azonban a gyógyuláshoz szükséges környezet hiánya miatt további támogatás válik szükségessé. Ez önmagában is alátámasztja azt az állítást, hogy a lábadozó jellegű intézmények valójában átmenetet képeznek az egészségügyi és a szociális rendszer között.

Az intézményben töltött idő mint szükségletindikátor

A hajléktalanellátásban gyakran feltételezik, hogy a lábadozó ellátás rövid időtartamú szolgáltatás. A rendelkezésre álló adatok azonban ennél jóval árnyaltabb képet mutatnak.

A vizsgált 191 fő átlagosan 226 napot töltött az intézményekben. Az eloszlás ugyanakkor rendkívül egyenlőtlen volt. A legnagyobb csoport 0-50 nap között tartózkodott az ellátásban, ugyanakkor jelentős számú ügyfél több mint 400 napot töltött bent.

Ez két különböző ügyfélcsoport jelenlétére utal:

1. Rövid idejű rehabilitációs esetek

Jellemzőik:

- akut egészségügyi probléma;
- jó rehabilitációs potenciál;
- meglévő kapcsolatok;
- kisebb fokú szociális sérülés.

2. Hosszú távú gondozási esetek

Jellemzőik:

- súlyos multimorbiditás;
- pszichiátriai problémák;
- mozgáskorlátozottság;
- kapcsolati hiányállapot;
- önálló lakhatás alacsony esélye.

Az átlagos bent töltött idő valójában nem az ellátórendszer hatékonyságáról, hanem az ügyfélkör szükségleteinek összetettségéről ad képet.

Kilépési utak és kimenetek

A reintegrációs folyamatokat legjobban a kilépési adatok elemzése mutatja meg.

3. táblázat: Kilépési útvonalak és kimenetek (N=125)

Hova távozott	Fő	%
Éjjeli menedékhely (Málta)	19	15,2
Hajléktalanok otthona	17	13,6
Rokonhoz, albérletbe, ismerőshöz	16	12,8
Önként távozott	14	11,2
Fegyelmi távozás	12	9,6
Külső átmeneti szálló	9	7,2
Halálozás	9	7,2

Málta átmeneti szállás	8	6,4
Külső éjjeli menedékhely	8	6,4
Szociális vagy pszichiátriai otthon	5	4
Egyéb	5	4
Kórház	3	2,4
Összesen	125	100

A számok alapján látható, hogy az önálló lakhatásba történő kilépés csak az egyik lehetséges eredmény.

A kilépési utak elemzése alapján megállapítható, hogy az ellátottak legnagyobb része nem önálló lakhatásba, hanem az ellátórendszer valamely más elemébe került tovább. A leggyakoribb kimeneti forma a hajléktalanellátó intézmények közötti továbblépés volt, miközben a rokonhoz, albérletbe vagy ismerőshöz költözők aránya 12,8%-ot tett ki. Külön figyelmet érdemel a 7,2%-os halálozási arány, amely jól érzékelteti a célcsoport egészségi állapotának súlyosságát. Valójában az esetek jelentős részében az ellátórendszeren belüli előrelépés tekinthető sikernek.

A reintegrációs utak tipológiája

A vizsgált adatok alapján négy alapvető reintegrációs típust különíthetünk el.

1. Stabil társadalmi reintegráció

Ide sorolhatók azok, akik:

- rokonhoz költöznek;
- albérletet találnak;
- önálló lakhatást teremtenek.

Ez tekinthető a klasszikus reintegrációs modellnek.

2. Intézményes reintegráció

Ebbe a csoportba tartoznak azok, akik:

- hajléktalanok otthonába;
- idősgondozó intézménybe;
- pszichiátriai otthonba

kerülnek.

Esetükben nem az önállóság visszaszerzése a cél, hanem az állapotuknak megfelelő hosszú távú ellátás biztosítása.

3. Ciklikus reintegráció

Ez a hajléktalanellátás egyik legfontosabb kihívása.

Jellemzője az ismétlődő intézményhasználat.

4. Megszakadt reintegráció

Ebbe a körbe tartoznak:

- az önként távozók;
- a fegyelmi okból távozók;

- a halálozások.

Itt a gondozási folyamat nem tud kiteljesedni vagy lezárulni.

A visszatérő ügyfelek jelensége

A reintegrációs folyamatok egyik legérdekesebb eleme a visszatérők megjelenése.

A Feszty utcai intézmény 2011 és 2015 közötti adatai szerint:

4. táblázat. Visszatérő ügyfelek megoszlása az elhelyezések száma szerint (N=284)

Elhelyezések száma	Fő	%
1 alkalom	244	85,9
2 alkalom	32	11,3
3 alkalom	6	2,1
4 alkalom	2	0,7
Összesen	284	100

Első pillantásra ez kedvező adatnak tűnik, hiszen az ügyfelek nagy többsége nem tér vissza. A részletes elemzés azonban azt mutatja, hogy a visszatérők körében bizonyos betegségek kiugró gyakorisággal jelentek meg.

- Ezek közé tartoztak:
- alkoholdependencia;
- magas vérnyomás;
- stroke;
- COPD;
- szívelégtelenség;
- ortopédiai problémák.

Másképpen fogalmazva: a visszatérés egyik legerősebb előrejelzője az egészségkárosodás volt.

Az önálló lakhatás korlátai

A hajléktalanellátásban gyakran a lakhatás megteremtését tekintik végső célnak. Az adatok azonban arra utalnak, hogy ez önmagában nem elegendő.

A vizsgált ügyfelek átlagjövedelme mindössze 31 465 forint volt, a jövedelemmel rendelkezők esetében pedig 50 240 forint körül alakult. Az ellátottak 37%-a semmiféle rendszeres jövedelemmel nem rendelkezett.

Ez azt jelenti, hogy jelentős részük még javuló egészségi állapot esetén sem képes a piaci lakhatás finanszírozására.

A reintegráció legnagyobb akadálya ezért sok esetben nem az együttműködés hiánya vagy az egészségügyi probléma fennmaradása, hanem a megfelelő lakhatási alternatívák hiánya.

Fejezetzáró következtetések

A reintegráció a beteg hajléktalan emberek esetében nem egységes folyamatként értelmezhető. Az ellátottak különböző élethelyzetei eltérő kimeneteket eredményeznek. A sikeres ellátás nem kizárólag az önálló lakhatás létrejöttében mérhető, hanem abban is, hogy az érintett személy állapotának megfelelő, biztonságos és fenntartható élethelyzetbe kerül-e. A vizsgált adatok alapján a hajléktalanellátás egyik

legfontosabb feladata a differenciált reintegrációs utak kialakítása, valamint az intézményes és támogatott lakhatási formák bővítése.

V. fejezet: Esettanulmányok: életutak a statisztikák mögött

Bevezetés

A hajléktalanellátásban használt statisztikai adatok alkalmasak arra, hogy bemutassák egy populáció egészségi állapotát, demográfiai jellemzőit vagy intézményhasználati szokásait. Arra azonban kevésbé alkalmasak, hogy érzékeltesék azokat az egyéni életutakat, döntéseket, veszteségeket és sikeres vagy sikertelen beavatkozásokat, amelyek a számok mögött húzódnak meg. Egyetlen százalékos mutató sem képes visszaadni annak az embernek a történetét, aki évtizedeken át él közterületen, majd egy súlyos stroke következtében elveszíti maradék önállóságát. Nem látható a statisztikákból annak a daganatos betegnek a helyzete sem, aki számára a szociális munka utolsó feladata már nem a reintegráció, hanem az emberi méltóság megőrzése az élet végéig.

A következő esetek nem egyedi különlegességek. Éppen ellenkezőleg: olyan tipushelyzeteket mutatnak be, amelyek rendszeresen megjelennek a beteg hajléktalan emberek ellátásában, és jól szemléltetik a korábbi fejezetekben ismertetett strukturális problémákat.

I. A rehabilitálható beteg: Sándor története

Sándor hatvanas éveiben járó férfiként került az ellátórendszerbe. Életútját hosszú éveken keresztül meghatározta a társadalmi kirekesztődés, a büntetés-végrehajtási intézetben eltöltött időszakok és az ezt követő lakhatási bizonytalanság. Szabadulását követően nem rendelkezett stabil lakhatással, családi támogatása gyakorlatilag megszűnt, egészségi állapota pedig fokozatos romlásnak indult.

Az intézménybe kerülését közvetlenül egy súlyos stroke előzte meg. A betegség következtében részleges mozgáskorlátozottság alakult ki, önellátó képessége jelentősen romlott, és egyértelművé vált, hogy korábbi életformájához nem térhet vissza. A kórházi kezelés befejezését követően azonban nem állt rendelkezésére olyan családi vagy lakhatási háttér, amely a rehabilitációt lehetővé tette volna.

Az eset jól szemlélteti a lábadozó intézmények egyik legfontosabb funkcióját. A rehabilitációs folyamat ugyanis nem a mozgásterápia megszervezésével kezdődött, hanem azzal, hogy létre kellett hozni azokat az alapfeltételeket, amelyek nélkül semmilyen rehabilitáció nem lehet sikeres. Meg kellett szervezni az orvosi kontrollokat, a gyógyszerelést, a gyógytornát, a jövedelmi helyzet rendezését és a hosszú távú elhelyezést.

A folyamat végül sikeres intézményi re-integrációhoz vezetett. Az ügyfél számára olyan tartós bentlakásos elhelyezést sikerült találni, amely egészségi állapotának megfelelt, és hosszú távon biztosítani tudta számára a szükséges támogatást. Az eset egyik legfontosabb tanulsága, hogy a siker nem az önálló életvitel helyreállítása volt, hanem az állapotnak megfelelő élethelyzet megteremtése.

II. A terminális beteg: amikor a re-integráció már nem cél

A hajléktalanellátás szakmai céljait hagyományosan a társadalmi re-integráció fogalma köré szervezzük. A gyakorlat ugyanakkor rendszeresen szembesíti a szakembereket olyan helyzetekkel, amikor ez a cél már nem reális.

A vizsgált intézményekben több olyan daganatos beteg is megjelent, akinek prognózisa már a bekerülés pillanatában rendkívül kedvezőtlen volt. A betegség előrehaladott stádiuma, a hajléktalanságban eltöltött hosszú évek, a hiányos egészségügyi előzmények és az általánosan rossz fizikai állapot jelentősen korlátozták a terápiás lehetőségeket.

Ezekben az esetekben a szociális munka fókusza szükségszerűen megváltozik. Már nem elsődleges cél a munkaerőpiaci reintegráció, a lakhatás megteremtése vagy a társadalomba való visszavezetés. A hangsúly áttevődik az életminőség javítására, a pszichés támogatásra, a kapcsolatok rendezésére és az emberi méltóság megőrzésére.

A terminális állapotú ügyfelek gondozása során különösen fontossá válik az egészségügyi és szociális szakemberek együttműködése. A fájdalomcsillapítás, az ápolás, a mentális támogatás és a hozzátartozókkal való kapcsolattartás összehangolt tevékenységet igényel. A hajléktalan emberek esetében ezt gyakran tovább nehezíti a családi kapcsolatok hiánya vagy hosszú éveken át tartó megszakadása.

Az ilyen életutak arra emlékeztetnek, hogy a hajléktalanellátás egyik feladata nem kizárólag az élethelyzetek megváltoztatása, hanem bizonyos esetekben a veszteségek és a haldoklás emberi kísérése is.

III. A pszichiátriai és addiktológiai problémákkal élő fiatal ügyfél

A beteg hajléktalan emberek populációja elsősorban idősebb korosztályból áll, ugyanakkor időről időre fiatalabb emberek is megjelennek az ellátásban. Az ő esetükben a meghatározó problémát gyakran nem a testi betegségek, hanem a pszichiátriai és addiktológiai nehézségek jelentik.

A dokumentált esetek között szerepel olyan fiatal férfi, aki mentális problémái miatt veszítette el társadalmi kapcsolatait és lakhatását. Egészségi állapota ugyan nem tette szükségessé a folyamatos ápolást, azonban pszichés nehézségei miatt nem volt képes stabilan fenntartani az önálló életvitelhez szükséges készségeket.

Az eset során jól láthatóvá vált, hogy a foglalkoztatás nem csupán jövedelemszerzési lehetőségként jelenik meg. A rendszeres munkavégzés növelte az önértékelést, strukturálta a mindennapokat és hozzájárult a mentális állapot stabilizálásához. A szakmai beavatkozás így egyszerre tartalmazott mentális gondozást, szociális esetmunkát és munkaerőpiaci támogatást.

Az eset egyik legfontosabb tanulsága, hogy a fiatalabb hajléktalan emberek esetében a rehabilitáció esélye sokszor magasabb, ugyanakkor ennek feltétele az időben történő beavatkozás. Minél hosszabb ideig marad fenn a hajléktalan életforma, annál nagyobb az esélye annak, hogy a problémák krónikussá váljanak.

IV. A transznacionális hajléktalanság esete

Az elmúlt években egyre nagyobb számban jelentek meg olyan hajléktalan emberek, akik más országból érkeztek Magyarországra. Ez új kihívásokat hozott az ellátórendszer számára.

A dokumentált esetek között szerepelt olyan román állampolgár, aki súlyos egészségi állapotban került az ellátórendszer látókörébe. A nyelvi nehézségek, a hiányos dokumentáció, a családi kapcsolatok hiánya és a bizonytalan társadalombiztosítási helyzet egyaránt nehezítették az esetkezelést.

Ebben a helyzetben a szociális munka egyik legfontosabb feladata az ügyfél helyzetének rekonstruálása volt. Az alapvető adminisztratív kérdések rendezése éppolyan fontossá vált, mint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása. Az ügyfél helyzetének stabilizálása végül csak több intézmény és több ország hatóságainak együttműködésével vált lehetővé.

Az eset jól mutatja, hogy a hajléktalanság napjainkban már nem kizárólag helyi vagy országos szociális kérdésként jelenik meg, hanem egyre gyakrabban kapcsolódik migrációs, állampolgársági és nemzetközi együttműködési problémákhoz is.

Esettanulságok összegzése

A bemutatott életutak első pillantásra nagyon különbözőek. Közelebbről vizsgálva azonban ugyanazon strukturális problémák jelennek meg bennük.

5. táblázat: Az esettanulmányok közös mintázatai

Tényező	Megjelenés
Multimorbiditás	Gyakori
Jövedelmi sérülékenység	Szinte minden esetben
Családi kapcsolatok gyengesége	Meghatározó
Hosszú hajléktalan múlt	Gyakori
Pszichiátriai vagy addiktológiai probléma	Gyakori
Integrált beavatkozás szükségessége	Minden esetben

A történetek egyik legfontosabb tanulsága, hogy a hajléktalan emberek problémái ritkán választhatók szét különálló egészségügyi, pszichológiai vagy szociális dimenziókra. Az eredményes szakmai beavatkozás minden esetben azok együttes kezelésén alapult.

Fejezetzáró következtetések

Az esettanulmányok megerősítik a korábbi fejezetek megállapításait. A beteg hajléktalan emberek ellátása során nem egyetlen probléma megoldásáról, hanem összetett élethelyzetek kezeléséről van szó. A sikeres esetkezeléshez egyszerre szükséges egészségügyi stabilizáció, mentális támogatás, szociális munka, jövedelemrendezés és megfelelő lakhatási perspektíva biztosítása. A bemutatott életutak azt igazolják, hogy az integrált szociomedikális modell nem elméleti konstrukció, hanem a mindennapi szakmai gyakorlatból fakadó szükségszerűség.

VI. fejezet A Baross-modell és a beteg hajléktalan emberek jövőbeni ellátási szükségletei:

Bevezetés

A korábbi fejezetek bemutatták, hogy a hajléktalan populáció jelentős része mára olyan összetett szükségletrendszerrel rendelkezik, amelyre sem a hagyományos hajléktalanellátás, sem az egészségügyi ellátórendszer önmagában nem képes megfelelő választ adni. Az előregedő ügyfélkör, a multimorbiditás egyre gyakoribb előfordulása, a pszichiátriai és addiktológiai problémák magas aránya, valamint a hosszú távú gondozási szükségletek megjelenése új intézményi megoldásokat tesz szükségessé.

A Baross utcai fejlesztési koncepció eredetileg gyakorlati válaszként született erre a problémára. Utólag visszatekintve azonban a koncepció túlmutatott egy egyszerű intézményi átszervezésen. Valójában egy olyan ellátásfilozófia körvonalazódott benne, amely a beteg hajléktalan emberek szükségleteiből indul ki, és nem az ellátórendszer hagyományos szerkezetéből.

6. táblázat: A szociomedikális szükségletet alátámasztó fő indikátorok (N=191)

Indikátor	Érték	Szakmai jelentés
Átlagéletkor	57 év	Előregedő hajléktalan populáció
Átlagos bent tartózkodás	226 nap	Tartós gondozási szükséglet
Diagnózisok száma	715	Magas multimorbiditás
Diagnózis/ellátott arány	3,74	Többszörös krónikus betegségek jelenléte
Pszichiátriai érintettség	108%	Mentális problémák domináns szerepe
Keringési betegségek	69%	Jelentős krónikus egészségkárosodás
Mozgást segítő eszközt használók	49 fő	Funkcionális állapotromlás
Rendszeres kötözés	37 fő	Ápolási szükségletek jelenléte
Intézményi kihasználtság	közel 100%	Kielégítetlen ellátási igény
61-70 éves korcsoport	37%	Idősödő célcsoport dominanciája

Forrás: saját adatfelvétel és intézményi dokumentáció feldolgozása, 2016.

A következőkben ezt a megközelítést nevezem Baross-modellnek.

A hagyományos ellátási logika korlátai

A jelenlegi ellátórendszer alapvetően szolgáltatástípusok szerint szerveződik.

A hajléktalan ember vagy:

- utcai ellátásban részesül,
- nappali melegedőt használ,
- éjjeli menedékhelyre jár,
- átmeneti szálláson él,
- rehabilitációs intézménybe kerül,
- hajléktalanok otthonában kap ellátást.

Ugyanekkor az egészségügyi rendszer:

- alapellátást,

- szakellátást,
- járóbeteg-ellátást,
- fekvőbeteg-ellátást,
- rehabilitációt
- biztosít számára.

E két rendszer működése között azonban jelentős strukturális távolság áll fenn. A gyakorlatban rendszeresen megjelenik az a helyzet, amikor egy személy:

- nem elég beteg a kórházi ellátáshoz,
- ugyanakkor túl beteg egy átlagos hajléktalanszálló számára.

Az ilyen ügyfelek gyakran az ellátórendszerek közötti „szürke zónába” kerülnek.

A Baross-modell alapelve

A modell lényege nem egy új intézménytípus létrehozása, hanem egy új szervezési logika kialakítása.

Az alapfeltevés egyszerű: Nem az intézményt kell a jogszabályi kategóriákhoz igazítani, hanem a szolgáltatásokat kell az ügyfél szükségletei köré szervezni.

Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az ellátott nem egyetlen intézmény szolgáltatását kapja meg, hanem egymásra épülő, összehangolt beavatkozások rendszerében részesül.

A modell alapstruktúrája az alábbiak szerint írható le:

Az integrált ellátási út logikája

Az integrált szociomedikális modell az ellátott szükségleteiből indul ki, és egy egymásra épülő, folyamatos ellátási folyamatként értelmezi a segítségnyújtást. A folyamat első lépése az utcai jelenlét és a kapcsolatfelvétel, amely során az utcai szociális munkások vagy más szolgáltatások kapcsolatba kerülnek a segítségre szoruló személlyel. Ezt követi az állapotfelmérés, amely egyaránt kiterjed az egészségi, mentális, szociális és lakhatási helyzet feltérképezésére.

Az állapotfelmérés eredménye alapján kerül sor az egészségügyi stabilizációra. Ennek célja az akut vagy súlyos egészségügyi problémák kezelése, a gyógyszerelés rendezése, a diagnosztikai vizsgálatok elvégzése, valamint az ügyfél általános fizikai állapotának javítása. A stabilizációt követően válik lehetővé a szociális rehabilitációs folyamat megkezdése, amely magában foglalja a szociális ügyintézkedést, a jövedelmi helyzet rendezését, a személyes iratok pótlását, a családi kapcsolatok feltárását és helyreállítását, valamint az önálló életvezetéshez szükséges készségek fejlesztését.

A rehabilitáció eredményeként kerülhet sor a megfelelő lakhatási megoldás kialakítására. Ez az egyén szükségleteitől és képességeitől függően jelenthet önálló lakhatást, támogatott lakhatást, külső férőhelyet, hajléktalanok otthonában történő elhelyezést vagy más bentlakásos ellátási formát. A folyamat azonban ezzel nem zárul le. A hosszú távú eredményesség érdekében szükség van utógondozásra is, amely segíti a kialakított élethelyzet fenntartását, megelőzi a visszaesést, és támogatást nyújt az új életkörülményekhez való alkalmazkodásban.

Az integrált modell sajátossága, hogy a hangsúly nem az egyes intézményeken vagy szolgáltatásokon van, hanem az ellátotti út folyamatosságán. Az ellátás célja nem egy adott intézményben történő elhelyezés biztosítása, hanem annak elősegítése, hogy az ügyfél szükségleteinek megfelelő időben és megfelelő formában jusson hozzá azokhoz a szolgáltatásokhoz, amelyek az egészségi állapot stabilizálását, a társadalmi re-integrációt és a lehető legjobb életminőség elérését szolgálják.

Az integrált beteg-hajléktalan centrum koncepciója

A Baross utcai elképzelés egyik legfontosabb eleme egy olyan intézményi komplexum kialakítása volt, amely különböző szükségletű ügyfélcsoportok számára képes megfelelő ellátást biztosítani ugyanazon szervezeti kereten belül.

A Baross-modell alapvető célja egy olyan integrált szociomedikális intézmény kialakítása volt, amely képes reagálni a beteg hajléktalan emberek eltérő egészségi, mentális és szociális szükségleteire. A modell nem egyetlen homogén célcsoportot feltételez, hanem különböző ellátási szükségleti szinteket különböztet meg, amelyekhez eltérő szolgáltatási elemek kapcsolódnak.

A. Lábadozó részleg

A lábadozó részleg elsődleges célcsoportját azok az ügyfelek alkotják, akik akut egészségügyi eseményt követően már nem igényelnek aktív fekvőbeteg-szakellátást, ugyanakkor egészségi állapotuk miatt még nem helyezhetők el hagyományos hajléktalanellátó intézményben.

Jellemzően ide tartoznak:

- műtéten átesett személyek;
- törésekből felépülő betegek;
- akut egészségügyi krízisből kilábalók;
- kórházi kezelést követően utógondozásra szorulóak.

A részleg feladata:

- rövid távú rehabilitáció biztosítása;
- egészségügyi stabilizáció;
- ápolási szükségletek kezelése;
- az egyén egészségügyi és szociális állapotának komplex felmérése;
- szociális diagnózis elkészítése.

B. Krónikus gondozási részleg

A részleg a jelentős egészségkárosodással élő, tartós egészségügyi felügyeletet igénylő személyek számára biztosít ellátást.

Ide tartozhatnak például:

- súlyos belgyógyászati betegek;
- COPD-ben szenvedők;
- szívelégtelenségben érintettek;
- dialíziskezelésben részesülők;
- többszörösen krónikus betegek.

A részleg fő feladata:

- hosszú távú állapotfenntartás;
- rendszeres egészségügyi monitorozás;
- gyógyszerelés felügyelete;
- ápolási és gondozási szükségletek biztosítása.

C. Hospice-jellegű férőhelyek

A modell külön figyelmet fordít a terminális állapotú hajléktalan emberek szükségleteire is.

A célcsoportot alkotják:

- előrehaladott daganatos betegek;
- terminális állapotú személyek;
- palliatív ellátásra szoruló ügyfelek.

A részleg elsődleges célja nem a rehabilitáció, hanem:

- az életminőség javítása;
- a fájdalom csökkentése;
- pszichoszociális támogatás biztosítása;
- az emberi méltóság megőrzése;
- méltóságteljes életvégi gondozás nyújtása.

D. Rehabilitációs egység

A rehabilitációs egység azon ügyfelek számára biztosít ellátást, akik rendelkeznek rehabilitációs potenciállal, és megfelelő támogatás mellett képesek lehetnek önállóbb életvitel kialakítására.

A részleg célcsoportja:

- rehabilitálható ügyfelek;
- pszichiátriai diagnózissal élők;
- addiktológiai problémával küzdők;
- tartós hajléktalanságból kilépni kívánó személyek.

A részleg céljai:

- készségfejlesztés;
- mentális támogatás;
- munkavállalási képesség erősítése;
- rehabilitációs programok megvalósítása;
- önálló vagy támogatott lakhatás előkészítése.

A TRIAGE-szemlélet alkalmazása

A Baross-konceptió egyik legfontosabb innovációja a hagyományos férőhelyalapú gondolkodás meghaladása volt. A jelenlegi hajléktalanellátás számos eleme elsősorban a rendelkezésre álló férőhelyek logikája szerint működik: az ügyfél ott kerül elhelyezésre, ahol szabad kapacitás áll rendelkezésre. Ez a megoldás ugyan átmenetileg kezelheti a lakhatási problémát, de nem feltétlenül biztosítja azt az ellátási formát, amely az adott személy szükségleteinek leginkább megfelel.

A Baross-modell ezzel szemben egy egészségügyi TRIAGE-rendszerhez hasonló működési logikát javasolt. A folyamat kiindulópontja nem az intézmény vagy a férőhely, hanem az ügyfél aktuális egészségi, mentális és szociális állapota. A bekerülést követően komplex állapotfelmérés történik, amely alapján meghatározható az ellátási szükséglet intenzitása, és kijelölhető az ennek megfelelő részleg vagy szolgáltatás.

Ebben a modellben az ellátott nem egyetlen intézményt használ, hanem egy szükségleteihez igazodó ellátási úton halad végig. Állapotjavulás esetén alacsonyabb támogatási intenzitású ellátásba kerülhet, míg állapotromlás esetén magasabb szükségletű részlegbe irányítható át. Az ellátási folyamat így dinamikusan alkalmazkodik az egyén változó helyzetéhez.

A TRIAGE-szemlélet legfontosabb eredménye, hogy az ellátott nem intézmények között „vándorol”, hanem egyetlen integrált rendszerben mozog. Ez jelentősen csökkenti az egészségügyi és a szociális ellátórendszer közötti átmenetekből fakadó veszteségeket, és lehetővé teszi az ügyfél állapotának folyamatos nyomon

követését. A modell így nem pusztán férőhelyeket vagy szolgáltatásokat integrál, hanem magát az ellátotti utat szervezi új alapokra.

A hagyományos hajléktalanellátás működése sok esetben elsősorban a rendelkezésre álló férőhelyek logikájára épül. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy az ellátásba kerülő személy elhelyezésének elsődleges feltétele nem feltétlenül az aktuális szükségleteinek vizsgálata, hanem az, hogy az adott időpontban rendelkezésre áll-e szabad férőhely. Amennyiben van üres kapacitás, az ügyfél felvételre kerül, ellenkező esetben várakozásra vagy más szolgáltatás igénybevételére kényszerül. Ebben a modellben az elhelyezés lehetősége sokszor megelőzi a szükségletek részletes feltárását, ami azt eredményezheti, hogy az érintett személy nem a számára leginkább megfelelő ellátási formába kerül.

A szükségletalapú megközelítés ezzel szemben alapvetően eltérő logikát követ. A folyamat kiindulópontja minden esetben az ellátásba történő belépés és az ezt követő komplex állapotfelmérés. Az állapotfelmérés során nem csupán az egészségi állapotot szükséges vizsgálni, hanem az egyén mentális helyzetét, szociális kapcsolatait, lakhatási előzményeit, jövedelmi viszonyait és önálló képességét is. Az összegyűjtött információk alapján meghatározható az adott személy ellátási kategóriája, vagyis az, hogy szükségletei alapján milyen intenzitású és milyen típusú támogatást igényel. Ezt követően jelölhető ki az a szolgáltatási szint vagy részleg, amely a leghatékonyabban képes reagálni az adott élethelyzetre.

Ebben a modellben tehát nem a szabad férőhely határozza meg az ellátás tartalmát, hanem az ügyfél szükségletprofilja. A hangsúly az egyén állapotához igazodó szolgáltatás kiválasztásán, valamint az ellátási utak tudatos szervezésén van. A cél nem egyszerűen az elhelyezés biztosítása, hanem annak garantálása, hogy az érintett személy a számára megfelelő időben, megfelelő intenzitású és megfelelő szakmai tartalmú ellátáshoz jusson. Ez a megközelítés teremti meg annak lehetőségét, hogy az egészségügyi, mentális és szociális problémák ne egymástól elkülönülten, hanem egy integrált ellátási folyamat részeként kerüljenek kezelésre.

Ennek előnye, hogy ugyanazon intézményrendszer képes differenciált válaszokat adni eltérő szükségletű ügyfelek számára.

Az ellátórendszerben jelenleg hiányzó szolgáltatások

Az elemzések alapján több olyan szolgáltatási elem azonosítható, amely jelenleg országos szinten alulreprezentált.

1. Idős hajléktalan emberek ellátása

A hajléktalan emberek átlagéletkora folyamatosan emelkedik, miközben a klasszikus idősgondozási rendszer korlátozott mértékben képes kezelni a hajléktalansághoz kapcsolódó komplex problémákat.

2. Pszichiátriai és addiktológiai férőhelyek

A rendelkezésre álló adatok alapján a pszichiátriai problémák előfordulása kiugróan magas. Ennek ellenére az ellátórendszer speciális kapacitásai továbbra is szűkösek.

3. Támogatott lakhatás

A hajléktalanellátásból való kilépés egyik legnagyobb akadálya a megfizethető lakhatási lehetőségek hiánya.

4. Utógondozás

Sok esetben a sikeres rehabilitációt követően hiányzik az a támogató rendszer, amely megelőzhetné a visszacsúszást.

A jövő hajléktalanellátása: szükségletalapú rendszer

A szükségletalapú modell alapvető célja, hogy az ellátás szervezésének középpontjába ne az intézménytípus, hanem az ügyfél aktuális szükségletprofilja kerüljön. Az alacsony szükségletű ügyfelek esetében a lakhatás biztosítása és az önálló életvitel támogatása áll a középpontban, míg a magasabb szükségleti szinteken fokozatosan növekszik az egészségügyi, mentális és gondozási támogatás intenzitása. A modell legfelső szintjén azok a személyek állnak, akik komplex egészségkárosodásuk vagy önellátási korlátozottságuk miatt hosszú távú, akár élethosszig tartó gondozásra szorulnak. A megközelítés lényege, hogy az ellátottak állapotváltozásuknak megfelelően mozoghassanak az egyes szintek között, biztosítva ezzel a szükségleteikhez leginkább illeszkedő támogatási formát.

A hajléktalanellátás hagyományos modellje elsősorban intézménytípusokban gondolkodik. A jövő rendszerének viszont az alábbi kategóriákban kellene gondolkodnia:

Szükségleti szint	Jellemzők	Elsődleges ellátási forma
Alacsony szükség	Jó önellátó képesség, stabil egészségi állapot, kisebb mértékű szociális támogatási igény	Lakhatási támogatás
Közepes szükségletű ügyfelek	Szociális segítséget, esetkezelést és készségfejlesztést igénylő személyek	Szociális rehabilitáció
Magas szükségletű ügyfelek	Komplex egészségügyi, mentális és szociális problémákkal élők	Integrált szociomedikális ellátás
Nagyon magas szükségletű ügyfelek	Jelentős egészségkárosodás, tartós gondozási vagy ápolási szükséglet, önellátási korlátozottság	Élethosszig tartó gondozás

Ez a megközelítés közelebb áll az ügyfelek valós szükségleteihez, mint a jelenleg domináns intézménycentrikus logika.

Fejezetzáró következtetések

A beteg hajléktalan emberek szükségletei alapján kirajzolódó Baross-modell túlmutat egy intézményfejlesztési elképzelésen. Olyan szemléleti keretet kínál, amely az egészségügyi és a szociális rendszerek közötti átmenetekre, az egyéni szükségletekre és az ellátási utak folyamatosságára épül. A modell legfontosabb üzenete, hogy a hajléktalan emberek egy jelentős része esetében a megfelelő válasz nem egyetlen szolgáltatás fejlesztése, hanem egy integrált, szociomedikális ellátási rendszer kialakítása.

VII. fejezet: Strukturális problémák és szakpolitikai válaszok

Bevezetés

A beteg hajléktalan emberek ellátásával kapcsolatos tapasztalatok túlmutatnak az egyes intézmények működésének kérdésén. Az előző fejezetekben bemutatott demográfiai adatok, egészségügyi mutatók, ellátotti utak és esettanulmányok valójában egy rendszerszintű átalakulás jeleit mutatják. A hajléktalanellátás hagyományos intézményei olyan szükségletekkel találkoznak nap mint nap, amelyek kezelésére eredetileg nem jöttek létre.

A probléma lényege nem az, hogy az ellátórendszer rosszul működik, hanem az, hogy a jelenlegi struktúra jelentős részben egy olyan ügyfélkör igényeire épült, amely mára alapvetően megváltozott. Az intézmények jelentős része továbbra is lakhatási szolgáltatásként definiálja önmagát, miközben az ellátottak egyre nagyobb hányada egészségügyi, mentális és gondozási szükségletekkel jelenik meg.

A hajléktalanság új természete

A rendelkezésre álló adatok alapján megfogalmazható az első fontos szakpolitikai állítás:

A hajléktalanság egy jelentős ügyfélcsoport esetében már nem elsősorban lakhatási probléma.

A vizsgált populáció:

- átlagéletkora meghaladta az 55 évet;
- személyenként átlagosan közel négy diagnózissal rendelkezett;
- jelentős részük pszichiátriai problémával élt;
- sokan mozgásukban korlátozottak voltak;
- az ellátásban eltöltött idő gyakran meghaladta a fél évet.

Ezek az adatok arra utalnak, hogy a beteg hajléktalan emberek jelentős csoportja esetében a lakhatás hiánya csak egy eleme a problémarendszernek. Az önálló lakhatás megteremtése önmagában nem biztosít tartós megoldást olyan személy számára, aki napi gyógyszerelésre, rendszeres sebkezelésre vagy állandó felügyeletre szorul. Ez a felismerés alapvetően kérdőjelezi meg azokat a szakpolitikai megközelítéseket, amelyek a hajléktalanságot kizárólag lakhatási problémaként értelmezik.

Az egészségügyi és szociális rendszer közötti strukturális rés

A második jelentős probléma az egészségügyi és a szociális ellátórendszer közötti átmenetek hiánya.

A gyakorlatban az ellátottak jelentős része az alábbi helyzetek valamelyikében találja magát:

Az egészségügyi és szociális ellátórendszer között jelenleg jelentős strukturális rés figyelhető meg. A gyakorlatban gyakran jelennek meg olyan ügyfelek, akik egészségi állapotuk alapján már nem szorulnak aktív kórházi kezelésre, ugyanakkor állapotuk még nem teszi lehetővé, hogy hagyományos hajléktalanellátó intézményben vagy önálló lakhatásban éljenek. Ezek a személyek tulajdonképpen „túl egészségesek” a kórházi ellátáshoz, ugyanakkor „túl betegek” a klasszikus hajléktalanszállások által biztosított szolgáltatási szinthez. Az ellátórendszerben ilyenkor gyakran nem áll rendelkezésre olyan köztes szolgáltatási forma, amely biztonságos átmenetet biztosítana a gyógyulás és a társadalmi reintegráció között. Ennek következtében az érintettek könnyen az ellátórendszer peremére sodródhatnak, miközben egészségi és szociális problémáik tovább súlyosbodnak.

Hasonló problémát jelent, amikor a kórházi kezelés ugyan sikeresen lezárul, de az ellátott számára nem áll rendelkezésre megfelelő lakhatási és rehabilitációs háttér. A beteg ilyenkor egészségügyi szempontból elbocsáthatóvá válik, azonban a gyógyulás társadalmi feltételei hiányoznak. Lakhatás hiányában nem biztosítható a megfelelő pihenés, a gyógyszeres kezelés követése vagy az egészségügyi kontrollvizsgálatok

rendszeres igénybevétele. Amennyiben rehabilitációs vagy szociális támogatás sem kapcsolódik a folyamatba, az egyén rövid időn belül ismét utcára kerülhet, ami gyakran egészségi állapotának gyors romlásához vezet. E folyamat eredményeként sok esetben újabb egészségügyi krízis áll elő, amely ismételten kórházi ellátást tesz szükségessé. A jelenség jól mutatja, hogy az akut egészségügyi beavatkozások önmagukban nem képesek tartós eredményt elérni a megfelelő szociális és lakhatási háttér nélkül.

VIII. Fejezet: Összegzés és következtetések

Túl a lakhatáson

A hajléktalanságról folyó szakmai és társadalmi gondolkodást hosszú időn keresztül a lakhatás hiánya köré szerveztük. Ez a megközelítés részben ma is érvényes, hiszen a hajléktalanná válás közvetlen oka sok esetben valóban a lakás elvesztése, a szegénység vagy a társadalmi kapcsolatok megszakadása. A jelen tanulmányban bemutatott adatok és gyakorlati tapasztalatok ugyanakkor arra utalnak, hogy a hajléktalan emberek egy jelentős csoportjának esetében a probléma ennél jóval összetettebbé vált.

A beteg hajléktalan emberek ellátásában szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a lakhatási hiány gyakran csak egy eleme annak a komplex szükségletrendszernek, amelyben egészségügyi problémák, pszichiátriai betegségek, szenvedélybetegségek, funkcionális állapotromlás, társas izoláció és jövedelmi bizonytalanság egyidejűleg vannak jelen. Ebben az összefüggésrendszerben a lakhatás önmagában szükséges, de nem elegendő feltétele a társadalmi re-integrációnak.

Az elemzés során bemutatott életutak és statisztikai adatok egyaránt megerősítik, hogy a hajléktalanság napjainkra sok esetben nem egyszerű szociális probléma, hanem komplex egészségügyi és szociális állapot.

A kutatás legfontosabb megállapításai

A vizsgálatok és az intézményi tapasztalatok alapján öt alapvető következtetés fogalmazható meg.

1. tétel

A hajléktalan populáció jelentős része előregedett

A vizsgált intézmények ellátottainak átlagéletkora meghaladta az 55 évet, miközben az idősebb korcsoportok aránya folyamatos növekedést mutat. Az országos adatok szintén azt igazolják, hogy a hajléktalanellátás egyre inkább az időskorhoz kapcsolódó problémákkal szembesül.

Ez a folyamat alapvetően átalakítja az ellátórendszer feladatait. A korábban domináns lakhatási és foglalkoztatási szükségletek mellett egyre nagyobb szerepet kap a gondozás, az ápolás, a rehabilitáció és a krónikus betegségek kezelése.

2. tétel

A multimorbiditás a beteg hajléktalan emberek meghatározó jellemzője

A 191 ellátott személy egészségügyi dokumentációjának elemzése során összesen 715 diagnózis került azonosításra. Ez azt jelenti, hogy egy ügyfélre átlagosan közel négy különböző diagnózis jutott. A keringési betegségek, pszichiátriai zavarok, mozgásszervi problémák, légzőszervi megbetegedések és neurológiai károsodások rendszerint nem önállóan, hanem együttesen jelentek meg.

A multimorbiditás következtében az ellátottak szükségletei túllépik az egyetlen intézménytípus által kezelhető problémakört. Ez megkérdőjelezi a kizárólag egészségügyi vagy kizárólag szociális megközelítések hatékonyságát.

3. tézis

Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer között strukturális rés található

A beteg hajléktalan emberek jelentős része olyan helyzetben van, hogy már nem igényel aktív kórházi ellátást, ugyanakkor egészségi állapota miatt hagyományos hajléktalanszállón sem helyezhető el biztonságosan. Ez az ellátási szakadék az egyik legfontosabb strukturális problémája a jelenlegi rendszernek.

A lábadozó intézmények, egészségügyi centrumok és speciális átmeneti ellátások létrejötte éppen erre a hiányra adott válaszként értelmezhető. Működésük azt bizonyítja, hogy szükség van olyan szolgáltatásokra, amelyek képesek összekapcsolni az egészségügyi és a szociális ellátás logikáját.

4. tézis

A reintegráció nem azonos az önálló lakhatással

A vizsgált esetek alapján a rehabilitáció különböző formákban valósulhat meg. Egyes ügyfelek valóban önálló lakhatásba vagy családi környezetbe tudnak visszatérni. Mások esetében azonban az intézményi elhelyezés jelenti a legjobb és legbiztonságosabb megoldást.

A beteg hajléktalan emberek esetében ezért a sikeres reintegráció fogalmát tágabban kell értelmezni. Az eredmény nem feltétlenül az intézményrendszer teljes elhagyása, hanem az állapotnak megfelelő, stabil és méltó élethelyzet kialakítása.

5. tézis

A jövő útja az integrált szociomedikális ellátás

Az intézményi tapasztalatok alapján a beteg hajléktalan emberek szükségletei kizárólag olyan rendszerben kezelhetők hatékonyan, amely egyszerre biztosít:

- egészségügyi ellátást;
- ápolást és gondozást;
- szociális esetkezelést;
- mentális támogatást;
- rehabilitációt;
- lakhatási megoldásokat.

Az integrált szociomedikális modell nem egyszerűen intézményi innováció, hanem a célcsoport szükségleteiből következő szakmai szükségszerűség.

Kitekintés: a hajléktalanellátás következő évtizede

A következő évek egyik legfontosabb kérdése az lesz, hogy a hajléktalanellátás miként tud alkalmazkodni a célcsoport változó összetételéhez.

Az idősödő hajléktalan népesség növekedése, a pszichiátriai és addiktológiai problémák magas prevalenciája, valamint a komplex egészségügyi szükségletek várhatóan tovább erősödnek. Ezzel párhuzamosan növekedni fog az igény a támogatott lakhatási formák, a rehabilitációs szolgáltatások és a tartós gondozási kapacitások iránt.

A jövő hajléktalanellátásának ezért nem csupán több férőhelyre, hanem differenciáltabb, komplexebb és integráltabb szolgáltatásokra lesz szüksége.

Záró gondolat

Több mint másfél évtized szakmai tapasztalata alapján kijelenthető, hogy a hajléktalan emberek jelentős része nem pusztán fedél nélküli ember, hanem olyan személy, aki egyszerre küzd egészségügyi, mentális,

szociális és egzisztenciális problémákkal. A hajléktalanság ebben az értelemben nem állapot, hanem egymásra rakódó veszteségek összessége.

A segítségnyújtás sikeressége ezért nem kizárólag abban mérhető, hogy valaki elhagyja-e az intézményrendszert. Sokszor már önmagában eredmény az egészségi állapot stabilizálása, az emberi méltóság megőrzése, a kapcsolatok helyreállítása vagy egy biztonságos élethelyzet kialakítása.

A beteg hajléktalan emberek ellátásának jövője nem választható el az egészségügyi és a szociális rendszerek együttműködésétől. Az integrált szociomedikális szemlélet nem a jövő egyik lehetséges útja, hanem a jelen egyik legfontosabb szakmai feladata.

Szerzői utószó

A jelen tanulmány története valójában nem 2026-ban kezdődött.

A kézirat első változatai több mint tíz évvel ezelőtt születtek, egy olyan időszakban, amikor napi szinten beteg hajléktalan embereket ellátó intézmények működtetésével foglalkoztam. Az akkor végzett adatgyűjtések, elemzések, intézményi beszámolók és fejlesztési elképzelések nyomán már akkor körvonalazódott bennem egy olyan szakmai felismerés, hogy a hajléktalanság egy jelentős ügyfélcsoport esetében messze túlmutat a lakhatás kérdésén. A beteg, idősödő, multimorbid hajléktalan emberek szükségletei olyan komplexek, hogy azokra sem a hagyományos hajléktalanellátás, sem az egészségügyi rendszer önmagában nem képes megfelelő választ adni.

Az anyag azonban akkor nem készült el. Az élet, a szakmai feladatok és az új kihívások más irányba sodortak. Az azt követő években intézményvezetői, módszertani, szakpolitikai és fejlesztéspolitikai feladatok követték egymást, így az egykori kézirat félkész, jegyzetek, elemzések és dokumentumok formájában megmaradt a háttérben.

Évekkel később újra előkerült. Amikor ismét átolvastam a korábbi feljegyzéseket és adatokat, az volt az első benyomásom, hogy a bennük megfogalmazott problémák nem veszítettek jelentőségükből. Sőt, bizonyos értelemben ma talán aktuálisabbak, mint akkor voltak. Az idősödő hajléktalan népesség, a multimorbiditás, a pszichiátriai problémák jelenléte, az egészségügyi és szociális rendszerek közötti átmenetek hiányosságai, valamint a hosszú távú gondozási szükségletek azóta sem tűntek el. Sok esetben inkább felerősödtek.

Ezért döntöttem úgy, hogy befejezem azt, amit egy évtizeddel korábban elkezdtem.

A mostani kézirat ugyanakkor már nem azonos az egykori változattal. Az elmúlt évek tapasztalatai, szakpolitikai munkái, módszertani fejlesztései, stratégiai tervezési folyamatai és vezetői feladatai szükségszerűen beépültek a szövegbe. Ezáltal az anyag túl tudott lépni az egyes intézmények működésének bemutatásán, és megjelenhetett benne a módszertani, szakpolitikai és stratégiai szemlélet is. Az egykori intézményi tapasztalatok így egy tágabb rendszerben nyertek értelmet.

Visszatekintve különösen érdekes számomra, hogy már az eredeti adatgyűjtések és elemzések során is erősen jelen volt az a szemlélet, amelyet ma adatvezérelt döntéshozásnak nevezünk. Akkor még nem használtam ezt a kifejezést, és talán nem is tudtam pontosan megfogalmazni, amit keresek. Mégis folyamatosan adatokat gyűjtöttem, összefüggéseket kerestem, mintázatokot elemeztem, és a döntéseket a rendelkezésre álló információkra próbáltam alapozni. Utólag visszatekintve egyértelműen látható, hogy ez a gondolkodásmód már akkor is meghatározta szakmai munkámat.

A jelen tanulmány így egyszerre tekinthető egy korábban megkezdett munka lezárásának és egy hosszabb szakmai út összegzésének. Nem kíván végleges válaszokat adni, és nem tekinthető lezárt szakmai állásfoglalásnak sem. Sokkal inkább egy gondolkodási keret, amely reményeim szerint hozzájárulhat ahhoz, hogy a hajléktalanságról, a beteg hajléktalan emberek szükségleteiről és az ellátórendszer jövőjéről árnyaltabban gondolkodjunk.

Ha van egyetlen gondolat, amelyet az olvasó magával visz ebből a kéziratból, azt remélem, hogy ez lesz:

A hajléktalan embereket nem intézményi kategóriák, hanem emberi szükségleteik alapján kell megértenünk, és csak az ezekre épülő, adatvezérelt, integrált és emberközpontú szolgáltatások képesek valódi válaszokat adni a 21. század hajléktalanságának kihívásaira.

Alagi Szilárd
Budapest, 2026

Felhasznált irodalom

Monográfiák, kutatások, tanulmányok

Balogi Anna – Bernát Anikó – Győri Péter – Tóbiás Dániel (2020): Hajléktalan ellátó szolgáltatások átfogó vizsgálata. Intézményi gyakorlatok vizsgálata a kliensek kiléptetésével kapcsolatban. Budapest.

Rákossy Zsuzsa – Szeitl Blanka (2018): A hajléktalan emberek egészsége. Demográfia. Budapest.

Győri Péter és mtsai: Február Harmadika Munkacsoport kutatásai és jelentései (2016-2024). Budapest.

Saját kutatások, intézményi dokumentumok

Alagi Szilárd (2016): Összesített beszámoló. Befogadás Háza Hajléktalanok Átmeneti Szállása és Gondviselés Háza Hajléktalanok Átmeneti Szállása. Budapest.

Alagi Szilárd (2016): Beszámoló. Feszty Árpád utcai Hajléktalanok Átmeneti Szállása. Budapest.

Alagi Szilárd (2015): Feszty Árpád utcai Hajléktalanok Átmeneti Szállása. Statisztikai adatbázis és intézményi elemzés. Budapest.

Alagi Szilárd: Baross utcai Integrált Beteg Hajléktalan Ellátó Központ koncepciója. Kézirat. Budapest.

Alagi Szilárd (2024): Vezetői koncepció a Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei vezetésére. Kézirat. Budapest.

Módszertani kiadványok

Alagi Szilárd – Bukovenszky Zsolt – Horváth-Takács Bernadett – Lakatos Gabriella – Stankovics Erika – Orsós Veronika (2023): Szakmai ajánlás utcai szociális szolgáltatást biztosítók és végzők számára. Belügyminisztérium, Budapest.

Alagi Szilárd – Balatoni Ágnes – Biczók Zoltán – Szaller Péter (2023): Utcái szociális munkás képzés. Hallgatói tananyag. Budapest.

Alagi Szilárd és mtsai.: Módszertani útmutató az éjjeli menedékhely szolgáltatást biztosítók és végzők számára. Budapest.

Alagi Szilárd és mtsai.: Módszertani útmutató utcai szociális munkát végző szolgáltatók számára. Budapest.

Publikációk

Alagi Szilárd (2023): Elsőként lakhatást! I-IV. rész. Szociális Portál. Budapest.

Alagi Szilárd (2023): Elsőként lakhatással kapcsolatos szakmai elemzések és monitoring publikációk. Szociális Portál. Budapest.

Monitoring jelentések, elemző anyagok

Alagi Szilárd: Elsőként lakhatás (Housing First) monitoring jelentés. Budapest.

Statisztikai adatforrások

KENYSZI (Központi Elektronikus Nyilvántartás a Szolgáltatást Igénybevevőkről) 2018-2024 közötti aggregált adatai.

MŰKENG (Működési Engedélyezési Nyilvántartás) országos és budapesti férőhelyadatai.

SzocVIR országos hajléktalan ellátási adatok.

NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) egészségügyi kapacitás- és betegforgalmi adatai.

Február Harmadika Munkacsoport adatfelvételei (2016-2024)

Jogszabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.

2012 évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről.

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

Szerző saját, a tanulmány elkészítéséhez felhasznált primer adatforrásai

Feszty Árpád utcai Hajléktalanok Átmeneti Szállása ellátotti adatbázisa (2011-2016).

Gondviselés Háza Hajléktalanok Átmeneti Szállása egészségügyi és szociális adatbázisa (2016).

Befogadás Háza Hajléktalanok Átmeneti Szállása intézményi dokumentációja (2016).

Saját intézményvezetői beszámolók, esettanulmányok és nyilvántartások (2011-2017).